



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 48, NÚMERO 143
RIO DE JANEIRO, OUT-DEZ 2024
ISSN 2358-2898

SAÚDE EM DEBATE

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

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

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

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa – Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> – dotorana@gmail.com
Elda Coelho de Azevedo Bussinguer – Faculdade de Direito de Vitória, Vitória (ES), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> – 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
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
Gicelle Galvan Machineski – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> – 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
Jamilli Silva Santos – Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> – jamilli.santos@ufba.br
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> – lenauralobato@uol.com.br
Mario Parada – Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile. <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> – 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
Raquel Abrantes Pego – Aposentada, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> – 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

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Ademar Arthur Chioro dos Reis – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7184-2342> – arthur.chioro@unifesp.br
Alicia Stolkner – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-9372-7556> – astolkner@gmail.com
Ana Maria Costa – Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> – dotorana@gmail.com
Angel Martinez Hernaiz – Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, España. <https://orcid.org/0000-0002-5122-7075> – angel.martinez@urv.cat
Breno Augusto Souto Maior Fontes – Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7285-9012> – brenofontes@gmail.com
Carlos Botazzo – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8646-1769> – cbotazzo@hotmail.com
Cornelis Johannes van Stralen – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0921-098X> – stralen@medicina.ufmg.br
Debora Diniz – Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6987-2569> – d.diniz@anis.org.br
Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), Mexico. <https://orcid.org/0000-0003-1483-0390> – emenendez1@yahoo.com.mx
Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8995-6089> – freese@cpqam.fiocruz.br
Elda Coelho de Azevedo Bussinguer – Faculdade de Direito de Vitória, Vitória (ES), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> – 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
Elias Kondilis – Queen Mary University of London, London, England. <https://orcid.org/0000-0001-9592-2830> – 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
Gicelle Galvan Machineski – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> – gmachineski@gmail.com
Helena Rodrigues Corrêa Filho – Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8056-8824> – helenocorreia@uol.com.br
Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-5021-6377> – 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
Jairnilson Silva Paim – Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0783-262X> – jairnil@ufba.br
Jamilli Silva Santos – Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> – jamilli.santos@ufba.br
Jean Pierre Unger – Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique. <https://orcid.org/0000-0001-5152-6545> – contact@jeanpierrunger.com

José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1961-557X> – bragajcs@uol.com.br
Jose da Rocha Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3745-4802> – jrcarval@fiocruz.br
Kenneth Rochel de Camargo Jr – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3606-5853> – kenneth@uerj.br
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> – lenauralobato@uol.com.br
Ligia Giovanella – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6522-545X> – ligiagianovella@gmail.com
Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5746-5170> – luizfacchini@gmail.com
Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3335-0619> – odorico@saude.gov.br
Maria Salette Jorge – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6461-3015> – 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
Mario Parada – Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile. <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> – mapale.2008@gmail.com
Mario Roberto Rovere – Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-6413-2120> – 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
Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6778-2834> – 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
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1969-380X> – pttarso@gmail.com
Raquel Abrantes Pego – Aposentada, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> – 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
Rubens de Camargo Ferreira Adorno – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8772-3222> – radorno@usp.br
Sonia Maria Fleury Teixeira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7678-7642> – profsoniafleury@gmail.com
Sulamis Dain – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4118-3443> – sulamis@uol.com.br
Walter Ferreira de Oliveira – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1808-0681> – wfolive@terra.com.br

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

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

EDITORA ASSISTENTE | ASSISTANT EDITOR

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

DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | LAYOUT AND DESKTOP PUBLISHING

Rita Loureiro. <http://www.apoioacultura.com.br> – rita.loureiro@apoioacultura.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)
Carlos Eduardo Chiba – Tikinê Edição Ltda. (inglês/english)
Eloiza de Oliveira Frederico (inglês/english)
Katia Muller (inglês/english)
Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês/portuguese and english)
Maria Cristina R. Otálora (espanhol e inglês/spanish and english)
Marília Daniele Soares Vieira (português e inglês/portuguese and english)
Philip Gradon Reed (inglês/english)
Wanderson Ferreira da Silva (normalização, português e inglês/normalization, portuguese and english)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 48, NÚMERO 143
RIO DE JANEIRO, OUT-NOV 2024

EDITORIAL | EDITORIAL

Saúde Única - um conceito ambíguo sob debate

One Health - an ambiguous concept under debate

Maria Lucia Frizon Rizzotto, Ana Maria Costa, Alexandre Pessoa Dias, Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Karen Friedrich, Lia Giraldo da Silva Augusto

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

Por uma nova governança da gestão do saneamento básico no Amazonas: perspectivas baseadas na noção do sistema de garantias de direitos

Towards a new governance model for basic sanitation management in Amazonas state: A system of guarantees of rights-based approach

Marcilio Sandro de Medeiros, Luciete Almeida Silva, Zulma Maria de Medeiros, Renato Ferreira de Souza, Jessica Reco Cruz, Erivaldo Cavalcanti e Silva Filho, Carla Cristina Alves Torquato

Mapeamento das evidências de medicamentos isentos de prescrição registrados no Brasil: análise comparativa segundo método Grade

Mapping the evidence of over-the-counter medicines registered in Brazil: Comparative analysis according to the GRADE method

Nara Amanda Laismann, Gustavo Pereira Calado, Ana Paula de Oliveira Barbosa, Rodrigo Fonseca Lima, Rafael Santos Santana

Barreiras de acesso: uma análise a partir da percepção das trabalhadoras do Consultório na Rua

Access barriers: Analysis based on the perception of Street Clinic workers

Priscilla Victória Rodrigues Fraga, Celina Maria Modena, Paloma Ferreira Coelho Silva

Perspectivas e desafios do cuidado em saúde mental de adolescentes em regime socioeducativo: um estudo de caso

Perspectives and challenges of mental health care for adolescents in a socio-educational regime: A case study

Aldo Pacheco Ferreira, Doralice Sisnande dos Santos, Eduardo Dias Wermelinger

Sofrimento mental dos trabalhadores dos Caps: um olhar da gestão

Mental suffering in mental health workers: A management perspective

Eliza Piazzetta Carniato, Sergio Roberto de Lucca

O olhar para uma população desassistida: determinantes sociais da saúde em Angola

Looking at an underserved population: Social determinants of health in Angola

Marcial António Simão Songa, Suzely Adas Saliba Moimaz, Nemre Adas Saliba, Fernando Yamamoto Chiba, Tânia Adas Saliba

Caracterización epidemiológica de la morbilidad por Tuberculosis Extrapulmonar en Brasil, 2010-2021

Epidemiological characterization of morbidity from Extrapulmonary Tuberculosis in Brazil, 2010-2021

Kirenia Leyva Boza, Luciene de Oliveira Morais, Katia Christina Leandro

Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde em uma capital do nordeste brasileiro

Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care in a northeastern Brazilian capital

Bruno Wesley Ramalho Cirilo Ferreira, Franklin Delano Soares Forte, Antônio Rodrigues Ferreira Júnior, Felipe Proença de Oliveira

Educação Interprofissional na Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde: análise fenomenológica

Interprofessional Education in Multiprofessional Residency in Primary Health Care: Phenomenological analysis

Aline Vieira Medeiros, Franklin Delano Soares Forte, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

A atuação da Rede de Mulheres Produtoras do Pajeú na construção de territórios agroecológicos na convivência com o Semiárido

The role of the Network of Women Producers of Pajeú in the construction of agroecological territories in coexistence with the Semi-arid region

Andresa Lira Silva, Wanessa da Silva Gomes, Mariana Olivia Santana dos Santos, André Monteiro Costa

Atendimento de saúde a residentes fronteiriços: construção de uma realidade a partir de valores éticos

Health care for border residents: Construction of a reality based on ethical values

Giane Zupellari Santos-Melo, Selma Regina Andrade, José Ilcleson Mendes Coelho, Raquel Lins Fuza, Antonia Mirely Inocencio da Silva, Vera Maria Ribeiro Nogueira, Angela Xavier Monteiro

Percepção de racismo em ambientes de saúde e fatores associados em mulheres negras

Perception of racism in healthcare environments and associated factors in black women

Nathyelle Maria de Oliveira Cândido, Priscila Pavan Detoni, Shana Ginar-Silva

Fatores sociais e técnicos relacionados ao desenvolvimento da gestão municipal da Assistência Farmacêutica: resultados do Qualifica AF

Social and technical factors related to the development of municipal management of Pharmaceutical Services: Qualifica AF results

Samara Jamile Mendes, Emília Baierle Faraco, Noemia Liege Maria Bernardo de Almeida, Rafaela Tavares Peixoto, Benilson Beloti Barreto, Letícia Mendes Ricardo, Ediane de Assis Bastos, Silvana Nair Leite

**Atitudes colaborativas interprofissionais na
Estratégia Saúde da Família e fatores associados**

*Interprofessional collaborative attitudes in the Family
Health Strategy and associated factors*

Ilana Barros Moraes da Graça, André Luiz Barros Sousa,
Maria Almira Bulcão Loureiro, Edeane Rodrigues Cunha,
Aline Sampieri Tonello, Sally Cristina Moutinho Monteiro

**Disparidades sociodemográficas no câncer
colorretal no Brasil, 1990-2019**

*Socio-demographic disparities in colorectal cancer in
Brazil, 1990-2019*

Anelise Camila Schaedler, Guilherme Augusto Veloso,
Betine Pinto Moehlecke Iser, Deborah Carvalho Malta,
Maria Paula Curado, Max Moura de Oliveira

**Precarização do trabalho em plataformas digitais:
narrativas de desgaste e desalento de motoristas
e entregadores**

*The precariousness of work on digital platforms:
Narratives of wear and tear and discouragement
among drivers and couriers*

Nara Leticia Pedroso Ramos Rodrigues, Sergio Roberto de
Lucca

**Indicadores de saúde dos adolescentes nos países
do Mercosul: análise dos dados de inquéritos
escolares**

*Adolescent health indicators in Mercosur countries:
Analysis of school survey data*

Évelin Angélica Herculano de Moraes, Alanna Gomes da
Silva, Juliana Bottoni de Souza, Júlia Bicas Buback, Dolores
Ondarsuhu, Mery Natali Silva Abreu, Deborah Carvalho
Malta

**O dentista 'sem motor': cuidado em saúde bucal
no SUS durante a pandemia de covid-19**

*The dentist 'without high-speed instruments': Oral
health care in the SUS during the COVID-19 pandemic*

Luís Fernando Nogueira Tofani, André Luiz Bigal, Fernando
Tureck, Rosemarie Andreazza, Arthur Chioro

ENSAIO | ESSAY

**Geografia e saúde: a produção contemporânea de
uma teoria espacial enferma**

*Geography and health: The contemporary production of
a diseased spatial theory*

Eguimar Felício Chaveiro, Luiz Carlos Fadel de
Vasconcelos, Ricardo Junior de Assis Fernandes Gonçalves

Saúde Única – um conceito ambíguo sob debate

Maria Lucia Frizon Rizzotto^{1,2}, Ana Maria Costa^{1,3}, Alexandre Pessoa Dias⁴, Heleno Rodrigues Corrêa Filho^{1,5}, Karen Friedrich⁶, Lia Giraldo da Silva Augusto⁷

DOI: 10.1590/2358-28982024143ED-P

AO LONGO DO ANO DE 2024, VÁRIOS ACONTECIMENTOS RELACIONADOS com o tema de Saúde Única (*One Health*) ocorreram no Brasil, como a Lei nº 14.792, de 5 de janeiro de 2024¹, que instituiu o Dia Nacional da Saúde Única; o Plano de Ação Conjunta, com as principais linhas de ação² e a promulgação do Decreto nº 12.007, de 25 de abril de 2024³. Além da urgência com que foi instituída em espaços de governo e em instituições acadêmicas, observa-se a ausência de um documento esclarecedor dessa proposição no contexto da política de saúde no Brasil. Há movimentos que ora defendem, ora questionam a abordagem da Saúde Única, tal qual vem se dando em nosso País, onde as partes interessadas da sociedade e dos profissionais de saúde desconhecem as implicações que essa propositura terá para o Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios e diretrizes.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), enquanto entidade do Movimento da Reforma Sanitária (MRS) que defende o direito à saúde, os princípios e as diretrizes constitucionais e que adota o conceito ampliado da saúde ancorado na sua determinação social e econômica, elaborou um texto⁴ para debate com o objetivo de provocar discussões sobre as implicações da adoção do conceito de Saúde Única no contexto nacional. Trata-se de refletir sobre os efeitos dessa política no enfrentamento das iniquidades e desigualdades que caracterizam nossa realidade, bem como na mobilização das instituições para as necessárias adequações ante a emergência climática em curso. Este editorial mantém a proposta do Cebes de estimular o debate no campo da saúde coletiva e na comunidade que luta pelo direito à saúde. Nesse sentido, reproduzimos partes do referido texto e das discussões subsequentes que se deram a partir da sua divulgação.

O ponto de partida apresentado pelo Cebes para discussão é a própria Constituição Federal de 1988 (CF/88)⁵, que garante o direito à saúde mediante políticas econômicas e sociais que contribuam para a redução do risco de doenças e agravos, assumindo, por meio do conceito ampliado de saúde, que existe uma associação direta entre ausência de saúde, as desigualdades socioeconômicas e a injustiça social, ou seja, reafirma a importância da teoria da Determinação Social da Saúde (DSS) e da saúde como produto da acumulação social^{6,7}.

Sob essa perspectiva, uma política que busca integrar a saúde humana, animal, vegetal e ambiental (Saúde Única), mas que desconsidera aspectos da realidade nacional, a trajetória, os referenciais teóricos, os arranjos político-administrativos e o arcabouço jurídico do nosso sistema de saúde deve ser objeto de reflexão e discussão.

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. marialuciarizzotto@gmail.com

²Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Cascavel (PR), Brasil.

³Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasil.

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde (Lavsa) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências da Saúde (FS) – Brasília (DF), Brasil.

⁶Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁷Fórum Nacional de Combate aos Impactos dos Agrotóxicos e Transgênicos – Brasília (DF), Brasil.



A interconexão entre saúde ambiental, animal e humana tem sido debatida em diferentes perspectivas ao longo da história. Recentemente, ganhou força o conceito de *One Health*⁸, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma abordagem integrada e unificadora para equilibrar e otimizar a saúde das pessoas, dos animais e do ambiente, sendo particularmente importante para prevenir, prever, detectar e responder a ameaças à saúde global.

A compreensão de que as relações entre a população humana e os outros animais e seres vivos do planeta Terra são interdependentes é amplamente reconhecida, e nunca houve negação desse fato na compreensão do modelo da determinação socioambiental da saúde. Além disso, entende-se que essas relações devem ser contextualizadas em toda sua complexidade, e não apresentadas de forma simplista⁴.

A Saúde Única aponta, com evidências científicas, a interdependência entre os seres vivos no que se convencionou chamar de 'biosfera', mas se omite e simplifica quando não faz qualquer referência à forma como a ação humana (antrópica) destrutura os ecossistemas, destrói a biodiversidade e provoca a emergência de doenças infecciosas e as mudanças climáticas. Assim, as soluções propostas não provocam o impacto necessário nas urgências sanitárias e climáticas⁴.

A abordagem de *One Health* vem sendo promovida por diferentes organismos do sistema da Organização das Nações Unidas (ONU) desde o início do século XX, como a Organização para a Alimentação e Agricultura (FAO)⁹ e a OMS, por meio do documento 'One World, One Health'¹⁰, voltado especialmente para ações que integram saúde humana, animal e ambiental no contexto das zoonoses.

A proposição da *One Health* existe de longa data nos Estados Unidos da América e sofreu críticas em seu próprio território. A retomada dessa proposição por outros organismos internacionais vem no rastro da pandemia de covid-19, que é inicialmente de origem zoonótica, porém, com enormes implicações

socioambientais em seu processo de determinação. Outras zoonoses prévias à covid-19 também produziram epidemias no século XXI.

Os críticos da *One Health* com sobejas evidências demonstram que essas zoonoses surgiram fundamentalmente pelo modelo capitalista de produção, devastador do ambiente, por meio do extrativismo, do desflorestamento, da desertificação, da perda de biodiversidade, que, no Brasil, deve-se ao modelo do agronegócio baseado na produção de *commodities* agrícolas químico-dependentes e transgênicas, e da produção de proteína animal para exportação. Portanto, qualquer abordagem que se proponha a contribuir para mitigar e promover adaptações ante a emergência climática deve enfrentar, de forma crítica e responsável, esse modelo de desenvolvimento econômico⁴.

O conceito de Saúde Única ganhou relevância com a emergência da resistência antimicrobiana, especificamente aos antibióticos, cujo maior consumo se dá na pecuária, selecionando bactérias resistentes com potencial de provocar, em seres humanos, infecções que não respondem aos antibióticos existentes e disponíveis. Entendemos que urge um acordo sobre uso racional de antibióticos na pecuária, mas a questão que se coloca é se existe disposição política para isso.

Recentemente, com a pandemia de covid-19, o conceito de *One Health* ganhou mais evidência, particularmente no contexto do Tratado de Pandemias⁴. Desde o início das negociações, a abordagem de *One Health* foi incluída de forma central no novo instrumento, apesar das críticas, notadamente de países do Sul Global. A abordagem de *One Health* adotada nas minutas do Tratado de Pandemias, especialmente a partir da agenda política do bloco europeu, buscou responsabilizar igualmente os países por coletar informações sobre condições ambientais, de saúde animal e humana de seu território e compartilhá-las com a OMS, produzindo um banco de informações acessível ao mundo⁴.

A resistência dos países se apoiou no aspecto econômico relacionado com essa abordagem já que os países do Sul Global

teriam de investir seus próprios recursos em mecanismos de vigilância em saúde e compartilhar os resultados com o resto dos países, sem qualquer retribuição. Tais informações, no entanto, poderiam ser usadas livremente para desenvolvimento de tecnologias, sendo apropriadas pela indústria, principalmente farmacêutica, que protege suas inovações por meio de mecanismos de propriedade intelectual, cobrando altos preços para os mesmos países que forneceram os dados⁴.

No contexto brasileiro, observa-se há algum tempo o avanço do conceito de Saúde Única, tanto em espaços institucionais, como no plano da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) de enfrentamento da resistência aos antimicrobianos¹¹; quanto no volume de artigos acadêmicos que se valem dessa perspectiva. Neste ano, a proposta de Saúde Única ganhou maior institucionalidade, por meio da divulgação do Decreto nº 12.007/2024³, que instituiu o Comitê Técnico Interinstitucional de Uma Só Saúde, e do Plano de Ação Nacional de Uma Só Saúde². Tanto a composição do Comitê como a definição das linhas de ação que compõem o Plano de Ação Conjunta não foram objeto de discussão em espaços de participação social, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), tampouco se observou qualquer consulta ao público interessado no tema ou ao legislativo.

Na composição desse Comitê, que tem como objetivo elaborar e apoiar a implementação do Plano de Ação Nacional de Uma Só Saúde, há ausências que chamam atenção ante os atores históricos fundamentais na construção permanente do direito à saúde e do SUS, tais como o CNS, o Conselho Nacional de Meio Ambiente (Conama), o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) – sem considerar a ausência das entidades científicas, como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), envolvendo os campos das ciências da terra, biomédico e das ciências sociais. Pelas especificidades, as entidades representativas da saúde coletiva, tais como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Cebes, e da Agroecologia, como

a Associação Brasileira de Agroecologia (ABA), e os representantes dos territórios de populações vulneráveis como o Grupo da Terra já instituído de modo interministerial. Entretanto, está presente uma excessiva participação corporativa e empresarial, como os Conselhos Federais de Biologia, Enfermagem, Farmácia, Medicina e de Medicina Veterinária, o Ministério da Agricultura e Pecuária (Mapa) e a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa)⁴.

O Decreto nº 12.007/2024³ não se reporta à CF/88⁵, tampouco ao SUS, mas menciona genericamente o Plano, sem apontar a base política e legal de sua institucionalidade. O entendimento é de que tanto a CF/88 como a Lei Orgânica da Saúde¹² foram relegados a segundo plano na elaboração dos documentos citados. É importante pontuar que a intersectorialidade das políticas econômicas e sociais convocada para a saúde na CF/88 e o próprio SUS, por sua estrutura abrangente da assistência à vigilância, reforçados pelo princípio da integralidade, poderiam sustentar as questões candentes apresentadas pelos defensores da *One Health* para as doenças zoonóticas. Na verdade, o SUS só não avançou suficientemente nessa área porque os que hoje defendem a Saúde Única sempre fizeram questão de se manter apartados – haja vista, por exemplo, o modelo de controle vetorial, inalterado e mantido politicamente de modo coeso com a adesão dos fóruns técnico-científicos daqueles que trabalham com doenças transmissíveis. Nada mais antiecológico, antiambiental e contra a saúde animal e vegetal do que o uso de agrotóxicos, tratados eufemisticamente como ‘insumos químicos’, sem considerar os danos para o ambiente e para os agentes biológicos não alvos, incluindo o ser humano.

Os graves problemas sanitários decorrentes das mudanças climáticas exigem medidas de mitigação e adaptativas; requerem transformações que contrariam o histórico posicionamento do setor agrário brasileiro, que se recusa a apoiar uma política de redução do uso de agrotóxicos no Brasil e que permanece

firme contra uma transição tecnológica em direção da agroecologia. Isso coloca dúvidas sobre o que, de fato, esses setores trarão de contribuição para a Saúde Única, uma vez que negam e ignoram as evidências científicas de danos à saúde e ao meio ambiente pelo modelo hegemônico de produção de *commodities* agrícolas e minerais que devastam o ambiente e os territórios de povos tradicionais, indígenas, ribeirinhos e camponeses.

Recentemente, a Anvisa e o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais (Ibama) perderam sua condição de órgãos reguladores dos agrotóxicos (produtos e serviços), concentrando poder no Mapa. Os temas sanitários relacionados com os animais destinados à alimentação são afetos a esse ministério que, historicamente, tem conflitos com o setor saúde e ambiental. Sempre que há demandas para ampliar a regulação e a fiscalização tanto dos aspectos preventivos que afetam a saúde humana e a biodiversidade como a questão da mortandade de abelhas e o desaparecimento de espécie, eles se posicionam de forma contrária.

O discurso instituído pela ‘Uma Só Saúde’ coloca o nível do mundo dos homens, dos animais, dos vegetais e do contexto biológico em um só plano, sem considerar o biopoder e a biopolítica existentes nas relações sociedade-natureza e capital-trabalho. Parece-nos um retrocesso substituir as políticas de saúde pública, pautadas pelos conceitos do campo da saúde coletiva, apenas pelo olhar do controle de zoonoses, das ‘boas práticas de laboratório’, do ‘uso de drones’ e de ‘gadgets’, dispensando a epidemiologia crítica e social, as ciências sociais e humanas, a ecologia política, entre outros campos disciplinares que tão bem foram amalgamados no confronto da realidade contemporânea, que, a partir da metade do século XX, evidenciaram como as nocividades decorrentes da exploração social e da natureza afetam a saúde de modo interdependente e estão a produzir novas crises sanitárias cada vez mais complexas⁴.

Assim, o texto⁴ conclui com uma série de questionamentos que visam provocar o debate acerca do tema: quais os referenciais teórico-conceituais e sob que paradigma se fundamenta a racionalidade científica da Saúde Única no Brasil? Qual a relação da Saúde Única com a determinação econômica, ambiental e social da saúde e o que esta traz de inovação para a saúde coletiva? Quais são os princípios e fundamentos da Saúde Única no Brasil e como explicitam a defesa do direito universal da população humana à saúde e o fortalecimento do SUS público, estatal, integral, universal e de qualidade? A partir da implementação da Saúde Única, que necessárias mudanças nas políticas agrícolas e ambientais irão garantir manutenção de biomas, controle na degradação do meio ambiente e preservação da vida? Como avançar na compreensão dos problemas de saúde, superando abordagens simplistas que não considerem os contextos complexos nem problematizem as limitações das pesquisas biomédicas, quando apenas centradas em escalas e relações econômicas, como as de custo-benefício? Como garantir a participação social e as abordagens metodológicas investigativas para a compreensão e o enfrentamento dos impactos à saúde e ao ambiente, aos quais os interesses de setores produtivos trazem passivos socioambientais, como a questão das contaminações químicas, poluição do ar, precarização do trabalho, desastres ampliados, perda de biodiversidade, desflorestamento, desertificação, entre outras, em que as novas pandemias estão associadas a elas?

Nenhuma proposta exógena deve ser impingida ao Brasil, que desconsidere os princípios e as estratégias de fortalecimento do SUS público, enquanto política de Estado. O SUS não pode ser diluído em processos que possam flexibilizá-lo e privatizá-lo. A integralidade é um dos princípios que podem perfeitamente atender às perspectivas de ações intersetoriais que visem incidir sobre os processos de determinação social, especialmente sobre aqueles relacionados com o modo de produção, de consumo e as mudanças climáticas.

O Cebes acredita que democracia é saúde e que a saúde e a vida humana na Terra são processos socioambientais historicamente determinados e cada vez mais mediados pelos modos de produzir, trabalhar, consumir, valorar a natureza e de se relacionar com as dimensões culturais das subjetividades, da política, da cultura e das artes. Por isso, reafirma que a saúde é produto da acumulação social e uma conquista popular. Atuar com base nesses princípios implica intervir no biopoder e na biopolítica, no comando das políticas institucionais de saúde pública subordinadas ao processo de participação social e com base

nos pressupostos da saúde coletiva fundada na determinação econômica e social da saúde⁴.

Colaboradores

Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)*, Costa AM (0000-0002-1931-3969)*, Dias AP (0000-0002-5594-7221)*, Corrêa Filho HR (0000-0001-8056-8824)*, Friedrich K (0000-0002-3661-6179)* e Augusto LGS (0000-0002-9322-6863)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Presidência da República (BR). Lei nº 14.792, de 5 de janeiro de 2024. Institui o Dia Nacional da Saúde Única. 2024. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2024 Jan 8 [acesso em 2024 set 9]; Edição 5; Seção I:4. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L14792.htm
2. Ministério da Saúde (BR). Plano de Ação Conjunta: linhas de ação. Gov.br [Internet]; 2023 [acesso em 2024 set 9]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/uma-so-saude/plano-de-acao-conjunto>
3. Presidência da República (BR). Decreto nº 12.007, de 25 de abril de 2024. Institui o Comitê Técnico Interinstitucional de Uma Só Saúde. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2024 Abr 26 [acesso em 2024 set 9]; Edição 81; Seção I:3. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/d12007.htm
4. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Saúde única ou uma só saúde? Quais as questões no contexto brasileiro? Portal Cebes [Internet]; 2024 set 11 [acesso em 2024 set 9]. Disponível em: <https://cebes.org.br/saude-unica-ou-uma-so-saude-quais-as-questoes-no-contexto-brasileiro/35004/>
5. Senado Federal (BR). Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF; 1988 Out 5 [acesso em 2024 set 9]; Edição 191-A; Seção I:1-32. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/DOUconstituicao88.pdf
6. Jaime B. La categoría determinación social como herramienta emancipadora: los pecados de la “experticia”, a propósito del sesgo epistemológico de Minayo. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(12):e00237621. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00237621>
7. Almeida-Filho N. Mais além da determinação social: sobredeterminação, sim! *Cad Saúde Pública*. 2021;37(12):e00237521. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00237521>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Lerner H, Berg C. The concept of health in One Health and some practical implications for research and education: what is One Health? *Infect Ecol Epidemiol*. 2015;5:25300. DOI: <https://doi.org/10.3402/iee.v5.25300>
9. Food and Agriculture Organization Of the United Nations. One Health. What is One Health? [Internet] [local desconhecido]; FAO; 2023 [acesso em 2024 set 9]. Disponível em: <https://www.fao.org/one-health/overview/one-health-overview/en>
10. One World, One Health. About “One World, One Health” [Internet]. [local desconhecido]; One World, One Health, 2009 [acesso em 2024 set 9]. Disponível em: <https://www.oneworldonehealth.org/>
11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. PAN-Serviços de Saúde: Plano Nacional para Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos em Serviços de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Anvisa; 2023 [acesso em 2024 set 9]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/pnpciras-e-pan-servicos-de-saude/pan-servicos-de-saude-2023-2027-final-15-12-2023.pdf>
12. Presidência da República (BR). 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 [Internet], Brasília, DF; 1990 Set 20 [acesso em 2024 set 9]; Edição 182; Seção I:18055-18059. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

One Health – an ambiguous concept under debate

Maria Lucia Frizon Rizzotto^{1,2}, Ana Maria Costa^{1,3}, Alexandre Pessoa Dias⁴, Heleno Rodrigues Corrêa Filho^{1,5}, Karen Friedrich⁶, Lia Giraldo da Silva Augusto⁷

DOI: 10.1590/2358-28982024143ED-1

THROUGHOUT 2024, SEVERAL EVENTS RELATED TO THE THEME OF ONE HEALTH took place in Brazil, such as Law No. 14,792, of January 5, 2024¹, which establishes the National One Health Day; Joint Action Plan, with the main lines of action² and the enactment of Decree No. 12,007, of April 25, 2024³. In addition to the urgency instituted in government spaces and academic institutions, there is the absence of a document clarifying this proposition in Brazil's health policy context. Some movements either defend or question the One Health approach, as has been happening in our country, where stakeholders in society and health professionals are unaware of the implications this proposal will have on the Unified Health System (SUS), its principles, and guidelines.

The Brazilian Center for Health Studies (CEBES), as an entity of the Health Reform Movement (MRS) that defends the right to health, constitutional principles and guidelines, and adopts the expanded concept of health anchored in its social and economic determination, prepared a text for debate⁴ with the objective of provoking discussions about the implications of adopting the concept of One Health in the national context. It is about reflecting on the effects of this policy in confronting the inequities and inequalities that characterize our reality and in mobilizing institutions for the necessary adjustments in the face of the ongoing climate emergency. This editorial maintains CEBES' proposal to stimulate debate in the field of collective health and in the community that fights for the right to health. In this sense, we reproduce parts of the text mentioned above and the subsequent discussions after publication.

The starting point presented by CEBES for discussion is the Federal Constitution of 1988 (CF/88)⁵, which guarantees the right to health through economic and social policies that contribute to the reduction of the risk of diseases and injuries, assuming, through the expanded concept of health, that there is a direct association between the absence of health, socioeconomic inequalities, and social injustice, that is, it reaffirms the importance of the theory of the Social Determination of Health (SDH) and of health as a product of social accumulation^{6,7}.

From this perspective, a policy that seeks to integrate human, animal, plant, and environmental health (One Health) but disregards aspects of the national reality, trajectory, theoretical references, political-administrative arrangements, and legal framework of our health system should be the object of reflection and discussion.

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. marialuciarizzotto@gmail.com

²Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Cascavel (PR), Brasil.

³Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasil.

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde (Lavsa) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências da Saúde (FS) – Brasília (DF), Brasil.

⁶Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁷Fórum Nacional de Combate aos Impactos dos Agrotóxicos e Transgênicos – Brasília (DF), Brasil.



The interconnection between environmental, animal, and human health has been debated from different perspectives throughout history. Recently, the concept of One Health⁸ has gained strength, defined by the World Health Organization (WHO) as an integrated and unifying approach to balance and optimize the health of people, animals, and the environment, being particularly important for preventing, predicting, detecting, and responding to threats to global health.

The understanding that the relationships between the human population and other animals and living beings on planet Earth are interdependent is widely recognized, and this fact has always been accepted in the explanatory understanding of the socio-environmental health determination model. In addition, it is understood that these relationships should be contextualized in all their complexity and not presented in a simplistic way⁴.

One Health points out, with scientific evidence, the interdependence between living beings in what is conventionally called the 'biosphere,' but omits and simplifies when it does not make any reference to how human action (anthropic) disrupts ecosystems, destroys biodiversity, and causes the emergence of infectious diseases and climate change. Thus, the proposed solutions do not have the necessary impact on health and climate emergencies⁴.

Since the beginning of the twentieth century, different bodies of the United Nations (UN) system, such as the Food and Agriculture Organization (FAO)⁹ and the WHO, have promoted the One Health approach through the document 'One World, One Health'¹⁰. This approach aims mainly at actions integrating human, animal, and environmental health in zoonoses.

One Health's proposition has long existed in the United States of America and has been criticized in its territory. The resumption of this proposition by other international organizations comes in the wake of the COVID-19

pandemic, which is initially of zoonotic origin but with enormous socio-environmental implications in its determination process. Other zoonoses before COVID-19 also produced epidemics in the twenty-first century.

One Health's critics, with abundant evidence, demonstrate that these zoonoses arose fundamentally from the capitalist mode of production, devastating the environment through extractivist, deforestation, desertification, and loss of biodiversity, which, in Brazil, is due to the agribusiness model based on the production of commodities chemical-dependent and transgenic agricultural products, and the production of animal protein for export. Therefore, any approach that sets out to help mitigate and promote adaptation to the climate emergency must critically and responsibly confront this model of economic development⁴.

The concept of One Health has gained relevance with the emergence of antimicrobial resistance, specifically to antibiotics, the greatest consumption of which occurs in livestock farming, selecting resistant bacteria with the potential to cause infections in humans that do not respond to existing and available antibiotics. We understand that there is an urgent need for agreement on the rational use of antibiotics in livestock farming, but the question is whether there is the political will to do so.

Recently, with the COVID-19 pandemic, the concept of One Health has gained more prominence, particularly in the context of the Pandemic Treaty⁴. Since the beginning of the negotiations, the One Health approach has been centrally included in the new instrument despite criticism, notably from countries in the Global South. The One Health approach adopted in the drafts of the Pandemic Treaty, especially from the European bloc's political agenda, sought to make countries equally responsible for collecting information on environmental, animal, and human health conditions in their territory and sharing it with the WHO, producing an information bank accessible to the world⁴.

The countries' resistance was based on the economic aspect related to this approach since the countries of the Global South would have to invest their resources in health surveillance mechanisms and share the results with the rest of the countries without any retribution. Such information, however, could be freely used to develop technologies that the industry appropriates, especially pharmaceuticals, which protect its innovations through intellectual property mechanisms, charging high prices to the same countries that provided the data⁴.

In the Brazilian context, the concept of One Health has been advancing for some time, both in institutional spaces, such as in the plan of the Brazilian Health Regulatory Agency (ANVISA) to combat antimicrobial resistance¹¹ and in the volume of academic articles that use this perspective. This year, the One Health proposal gained greater institutionality by disseminating Decree No. 12,007/2024³, which established the Interinstitutional Technical Committee for One Health and the National Action Plan for One Health². Both the composition of the Committee and the definition of the lines of action that make up the Joint Action Plan were not the subject of discussion in spaces of social participation, such as the National Health Council (CNS), nor was there any consultation with the public interested in the subject or with the legislature.

In the composition of this Committee, which aims to prepare and support the implementation of the National Action Plan for One Health, some absences draw attention to the fundamental historical actors in the permanent construction of the right to health and the SUS, such as the CNS, the National Environment Council (CONAMA), the National Council for Food Security and Nutrition (CONSEA) – without considering the absence of scientific entities, such as the Brazilian Society for the Advancement of Science (SBPC), involving the fields of Earth, biomedical and social sciences. Due to the specificities, the representative entities of collective health, such as the Brazilian Public Health Association (ABRASCO) and

CEBES, and of Agroecology, such as the Brazilian Association of Agroecology (ABA), and the representatives of the territories of vulnerable populations, such as the Earth Group, already established in an interministerial manner. However, there is excessive corporate and business participation, such as the Federal Councils of Biology, Nursing, Pharmacy, Medicine and Veterinary Medicine, the Ministry of Agriculture and Livestock (MAPA), and the Brazilian Agricultural Research Corporation (EMBRAPA)⁴.

Decree No. 12,007/2024³ does not refer to CF/88⁵ nor SUS but generically mentions the Plan without pointing out the political and legal basis of its institutionality. The understanding is that the CF/88 and the Organic Health Law¹² were relegated to the background in preparing the documents mentioned above. It is essential to point out that the intersectionality of economic and social policies called for health in the CF/88 and the SUS itself, due to its comprehensive structure of surveillance care, reinforced by the principle of comprehensiveness, could sustain the burning issues presented by the defenders of One Health for zoonotic diseases. In fact, the SUS has not advanced sufficiently in this area only because those who today defend One Health have always made a point of keeping themselves apart – see, for example, the vector control model, unchanged and politically maintained cohesively with the adherence of the technical-scientific forums of those who work with communicable diseases. Nothing is more anti-ecological, anti-environmental, and against animal and plant health than the use of pesticides, euphemistically treated as 'chemical inputs', without considering the damage to the environment and to non-target biological agents, including human beings.

The serious health problems resulting from climate change require mitigation and adaptive measures; they require transformations that contradict the historical position of the Brazilian agrarian sector, which refuses to support a policy to reduce the use of pesticides

in Brazil and remains firm against a technological transition towards agroecology. This raises doubts about what these sectors will bring in terms of contribution to One Health since they deny and ignore the scientific evidence of damage to health and the environment by the hegemonic model of production of agricultural and mineral commodities that devastate the environment and the territories of traditional, indigenous, riverine and peasant peoples.

Recently, ANVISA and the Brazilian Institute of Environment and Renewable Natural Resources (IBAMA) lost their status as regulatory bodies for pesticides (products and services), concentrating power in MAPA. Health issues related to animals intended for food are assigned to this ministry, which historically has conflicts with the health and environmental sectors. Whenever there are demands to expand regulation and inspection of preventive aspects that affect human health and biodiversity and the issue of bee mortality and the disappearance of species, they take the opposite position.

The discourse instituted by 'One Health' places the level of the world of men, animals, plants, and the biological context on a single plane without considering the biopower and biopolitics existing in the relations between society and nature and capital and labor. It seems to us a step backward to replace public health policies, guided by the concepts of the field of collective health, only by the look of zoonoses control, 'good laboratory practices,' the 'use of drones' and 'gadgets,' dispensing with critical and social epidemiology, social sciences and humanities, political ecology, among other disciplinary fields that have been so well amalgamated in the confrontation of contemporary reality, which, from the middle of the twentieth century onwards, have shown how the harmfulness resulting from social and nature exploitation affects health in an interdependent way and is producing new and increasingly complex health crises⁴.

Thus, the text⁴ concludes with a series of questions that aim to provoke a debate on the subject: what are the theoretical-conceptual references and under what paradigm is the scientific rationality of One Health in Brazil based? What is the relationship between One Health and the economic, environmental, and social determination of health, and what does it bring in terms of innovation to collective health? What are the principles and foundations of One Health in Brazil, and how do they explain the defense of the universal right of the human population to health and the strengthening of the public, state, comprehensive, universal, and quality SUS? From implementing One Health, what changes in agricultural and environmental policies will ensure the maintenance of biomes, control ecological degradation, and preserve life? How can we advance in understanding health problems, overcoming simplistic approaches that do not consider complex contexts, or problematize the limitations of biomedical research when only focused on scales and economic relationships, such as cost-benefit ratios? How can we ensure social participation and investigative methodological approaches to understanding and coping with the impacts on health and the environment to which the interests of productive sectors bring socio-environmental liabilities, such as the issue of chemical contamination, air pollution, precarious work, expanded disasters, loss of biodiversity, deforestation, desertification, among others, in which the new pandemics are associated with them?

No exogenous proposal disregarding the principles and strategies for strengthening the public SUS as a state policy should be foisted on Brazil. The SUS cannot be diluted in processes that make it more flexible and privatized. Comprehensiveness is one of the principles that perfectly meet the perspectives of intersectoral actions aimed at focusing on the methods of social determination, especially those related to the mode of production, consumption, and climate change.

CEBES believes that democracy is health and that health and human life on Earth are socio-environmental processes that are historically determined and increasingly mediated by the ways of producing, working, consuming, valuing nature, and relating to the cultural dimensions of subjectivities, politics, culture, and the arts. Therefore, he reaffirms that health is a product of social accumulation and a popular achievement. Acting based on these principles implies intervening in biopower and biopolitics, in the command of institutional public health policies subordinated to the process of social participation and based

on the assumptions of collective health based on the economic and social determination of health⁴.

Collaborators

Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)*, Costa AM (0000-0002-1931-3969)*, Dias AP (0000-0002-5594-7221)*, Corrêa Filho HR (0000-0001-8056-8824)*, Friedrich K (0000-0002-3661-6179)* and Augusto LGS (0000-0002-9322-6863)* have equally contributed to the elaboration of the manuscript.■

References

1. Presidência da República (BR). Lei nº 14.792, de 5 de janeiro de 2024. Institui o Dia Nacional da Saúde Única. 2024. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2024 Jan 8 [acesso em 2024 set 9]; Edição 5; Seção I:4. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L14792.htm
2. Ministério da Saúde (BR). Plano de Ação Conjunta: linhas de ação. Gov.br [Internet]; 2023 [acesso em 2024 set 9]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/uma-so-saude/plano-de-acao-conjunto>
3. Presidência da República (BR). Decreto nº 12.007, de 25 de abril de 2024. Institui o Comitê Técnico Interinstitucional de Uma Só Saúde. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2024 Abr 26 [acesso em 2024 set 9]; Edição 81; Seção I:3. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/d12007.htm
4. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Saúde única ou uma só saúde? Quais as questões no contexto brasileiro? Portal Cebes [Internet]; 2024 set 11 [acesso em 2024 set 9]. Disponível em: <https://cebes.org.br/saude-unica-ou-uma-so-saude-quais-as-questoes-no-contexto-brasileiro/35004/>
5. Senado Federal (BR). Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF; 1988 Out 5 [acesso em 2024 set 9]; Edição 191-A; Seção I:1-32. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/DOUconstituicao88.pdf
6. Jaime B. La categoría determinación social como herramienta emancipadora: los pecados de la “experticia”, a propósito del sesgo epistemológico de Minayo. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(12):e00237621. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00237621>
7. Almeida-Filho N. Mais além da determinação social: sobredeterminação, sim! *Cad Saúde Pública*. 2021;37(12):e00237521. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00237521>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Lerner H, Berg C. The concept of health in One Health and some practical implications for research and education: what is One Health? *Infect Ecol Epidemiol*. 2015;5:25300. DOI: <https://doi.org/10.3402/iee.v5.25300>
9. Food and Agriculture Organization Of the United Nations. One Health. What is One Health? [Internet] [local desconhecido]; FAO; 2023 [acesso em 2024 set 9]. Disponível em: <https://www.fao.org/one-health/overview/one-health-overview/en>
10. One World, One Health. About “One World, One Health” [Internet]. [local desconhecido]: One World, One Health, 2009 [acesso em 2024 set 9]. Disponível em: <https://www.oneworldonehealth.org/>
11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. PAN-Serviços de Saúde: Plano Nacional para Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos em Serviços de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Anvisa; 2023 [acesso em 2024 set 9]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/pnpciras-e-pan-servicos-de-saude/pan-servicos-de-saude-2023-2027-final-15-12-2023.pdf>
12. Presidência da República (BR). 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 [Internet], Brasília, DF; 1990 Set 20 [acesso em 2024 set 9]; Edição 182; Seção I:18055-18059. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

Por uma nova governança da gestão do saneamento básico no Amazonas: perspectivas baseadas na noção do sistema de garantias de direitos

Towards a new governance model for basic sanitation management in Amazonas state: A system of guarantees of rights-based approach

Marcilio Sandro de Medeiros¹, Luciete Almeida Silva¹, Zulma Maria de Medeiros^{2,3}, Renato Ferreira de Souza^{4,5}, Jéssica Reco Cruz^{6,7}, Erivaldo Cavalcanti e Silva Filho^{4,8}, Carla Cristina Alves Torquato⁸

DOI: 10.1590/2358-289820241438724P

RESUMO A dimensão política da gestão do saneamento básico no Brasil, sobretudo no que tange aos princípios da gestão participativa e democrática, constitui um dos maiores desafios a serem vencidos para garantir o acesso aos serviços como um direito humano. O objetivo deste artigo foi descrever uma proposta de governança da gestão de saneamento básico orientada pela noção do sistema de garantias de direitos. O método foi do tipo teórico-metodológico, orientado pela teoria da reprodução social de Juan Samaja. A área de estudo correspondeu aos municípios das Regiões de Saúde do Triângulo e do Alto Solimões do Amazonas. A operacionalidade do modelo de governança da gestão foi baseada no matriciamento de elementos, que compreende as responsabilidades e competências das instituições estatais e não estatais. Essas foram distribuídas segundo as dimensões da reprodução social, a qual representa o lócus de atuação de cada uma delas, respeitando as suas respectivas missões. O dispositivo possui componentes de transversalidade e de intersectorialidade, que fortalecerão o processo de trabalho de forma compartilhada, com os vários sujeitos implicados atuando de forma solidária no âmbito do comitê de monitoração permanente das condições de vida e saúde do local.

PALAVRAS-CHAVE Saneamento. Doenças transmitidas pela água. Governança em saúde. Direitos humanos. Ecossistema amazônico.

ABSTRACT *The political dimension of basic sanitation management in Brazil, especially the principle of participatory and democratic management, is one of the main challenges to guaranteeing access to these services as a human right. This article describes a proposal for governance of basic sanitation management guided by the system of guarantees of rights. We used a theoretical and methodological framework drawing on Juan Samaja's theory of social reproduction. The study area comprises the municipalities that make up the Triangle and Upper Solimões River health regions in the state of Amazonas. The operationality of the management governance model is based on a matrix of elements comprising the responsibilities and competency of state and non-state institutions. These are distributed across different dimensions of social reproduction, which represent the locus of action of each institution, respecting their respective missions. The matrix is made up of transversal and intersectoral components that strengthen joint work processes, with the various subjects involved in the process acting in solidarity within the scope of the committee for the ongoing monitoring of living conditions and health.*

KEYWORDS Sanitation. Waterborne diseases. Health governance. Human rights. Amazonian ecosystem.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Amazônia), Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD) - Manaus (AM), Brasil. muribeka@hotmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Pernambuco), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - Recife (PE), Brasil.

³Universidade de Pernambuco (UPE). Recife (PE), Brasil.

⁴Universidade Federal do Amazonas (Ufam) - Manaus (AM), Brasil.

⁵Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas - Dra. Rosemary Costa Pinto (FVS-RCP) - Manaus (AM), Brasil.

⁶Centro Universitário Maurício de Nassau (Uninassau-Cacoal) - Cacoal (RO), Brasil.

⁷Secretaria Municipal de Saúde de Cacoal (Semusa-Cacoal) - Cacoal (RO), Brasil.

⁸Universidade do Estado do Amazonas (UEA) - Manaus (AM), Brasil.



Introdução

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2015, estimaram que mais de 660 milhões de pessoas não possuem acesso a serviço de abastecimento de água adequado¹. No Brasil, em 2022, estimou-se que 35 milhões de pessoas viviam sem água tratada e cerca de 100 milhões não tinham acesso à coleta de esgoto, resultando em doenças que poderiam ser evitadas².

A importância do debate em torno do saneamento básico como Direito fundamental humano reverbera, entre outras situações, no contexto da pandemia da covid-19, por exemplo. O não acesso à água potável, para a devida higienização das mãos, foi a principal barreira para a contenção da pandemia, em especial, nos segmentos mais pobres e vulneráveis da nossa população³.

A literatura em saúde pública destaca que a baixa cobertura desses serviços age na determinação do perfil de morbimortalidade das Doenças Relacionadas a um Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI), constituídas por: i) Doenças de transmissão feco-oral; ii) Doenças transmitidas por inseto vetor; iii) Doenças transmitidas através do contato com a água; iv) Doenças relacionadas com a higiene; e v) Geo-helmintos e teníases⁴⁻⁸.

Segundo Aguiar et al., o Amazonas registrou a primeira e a quarta maior taxas de internação de DRSAI por transmissão feco-oral e DRSAI transmitidas por inseto, respectivamente, na região Norte, em 2016. Os autores explicam que a transmissão feco-oral está diretamente ligada à cobertura de esgotamento sanitário. Portanto, os serviços de saneamento básico são essenciais para a promoção da saúde pública⁵.

Somam-se aos fatores determinantes das DRSAI, sobretudo, os elementos relacionados à infraestrutura e à organização dos serviços de saneamento prestados à população. A Constituição Federal de 1988 descentralizou a gestão dos serviços públicos nas áreas de educação, saúde, assistência social e serviços

de saneamento. A justificativa se deu em razão da conjuntura sanitária deficitária e, especialmente, da formulação de políticas em bases mais consistentes a partir das realidades locais⁹.

Assim, coube aos municípios formular o plano e a política de saneamento básico exigindo um grande esforço técnico e político, bem como uma mudança de postura dos governos estaduais e das Companhias Estaduais de Saneamento Básico (CESBS), em prol da construção de um novo ambiente de cooperação interfederativa, o que não se concretizou¹⁰.

Existem resistências conjecturais em assimilar as mudanças, como, por exemplo, a intermitência no desembolso financeiro dos programas governamentais, somada à grande heterogeneidade de condições políticas, administrativas e técnicas dos municípios brasileiros, o que limita o atendimento às necessidades socio sanitárias dos municípios, sobretudo na ampliação da prestação dos serviços de saneamento básico¹⁰.

No que diz respeito à participação social, enquanto a saúde pública criava um sistema e instituía a saúde como dever do Estado e direito de todos, orientada por princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (descentralização, regionalização, hierarquização e participação social), no setor de saneamento, esse processo de abertura ao controle social não se efetivou, sendo essa, portanto, uma das maiores fragilidades da Lei nº 11.445/2007, que trata das diretrizes da política para a prestação dos serviços de saneamento básico, e da Lei nº 14.026/2020, que atualizou o marco legal do saneamento básico brasileiro e, por meio de contratos de concessão à iniciativa privada, tornou o processo ainda mais complexo¹¹⁻¹³.

Souza lembra que a prestação de serviços de saneamento somente ocorre na licitação (concessão) da empresa pública prestadora do serviço. Isso significa que, ao contrário do que ocorre com os serviços de telefonia, por exemplo, que, em algumas localidades, possuem diferentes concessionárias, no caso

dos serviços de saneamento, não haverá canos de diferentes empresas para levar água para as nossas casas, ou seja, estamos diante de um monopólio. Pelo mundo afora, a privatização elevou os preços sem necessariamente melhorar a qualidade e ampliar a cobertura. Com isso, algumas cidades desistiram da privatização e retomaram os serviços¹³.

Tais questões nos levam a refletir sobre a natureza jurídica da prestação dos serviços públicos de saneamento, que, em nosso país e no mundo, estão à mercê da conjuntura imposta pela financeirização da riqueza, pelas reformas do Estado, reestruturação produtiva e reforma da administração pública. Atualmente, a natureza jurídica dos serviços resume-se à delegação a um setor da administração municipal, a empresa estadual ou a empresa privada^{10,14-16}.

Tal situação justifica a investigação desse tema, pois a garantia ao acesso aos serviços de saneamento básico é um pré-requisito que expressa uma filosofia de ação para um objetivo amplo de saúde, de qualidade de vida, de desenvolvimento humano e de compromisso político no atendimento às necessidades das populações. Essa ação deve ser orientada por valores democráticos de justiça, equidade e participação social, conforme define a noção de territórios saudáveis¹⁷.

O objetivo deste estudo foi construir uma proposta de governança da gestão de saneamento básico, utilizando a noção de sistema de garantias de direitos, aplicada aos municípios de Fonte Boa, Jutai e Uarini, localizados no estado do Amazonas.

Material e métodos

Utilizou-se o método teórico-metodológico, baseado no exame da literatura e análise de dados primários e secundários. Sua

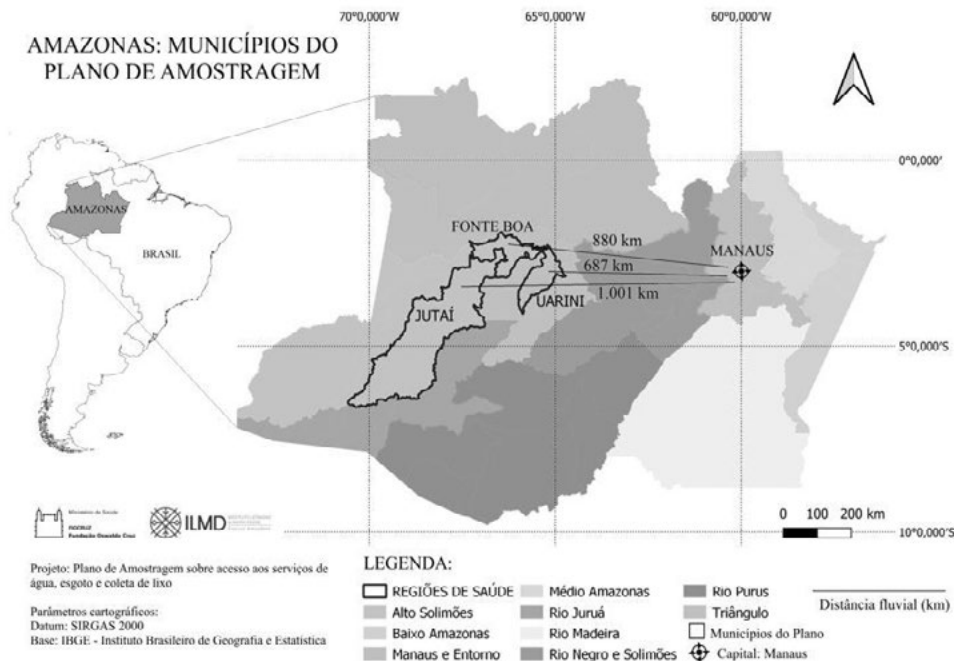
categoria de análise é a da noção de política como orientação para decisão e ação, sentido empregado para definir e compreender as políticas públicas. Em geral, essa perspectiva permite ir além da investigação do Estado enquanto ente, funções e aparatos legais e burocráticos, para verificar como atua, decide, interfere e impacta nos problemas por meio de políticas públicas^{18,19}.

A *figura 1* ilustra a localização dos municípios da área de estudo e as distâncias estimadas. O tempo médio de viagem em barco-recreio (embarcação de transporte de passageiros) até Manaus, capital do estado do Amazonas, varia de 84 horas para Jutai, 72 horas para Fonte Boa e 43 horas para Uarini.

Os dados primários foram obtidos de vivência em campo. As entrevistas abertas foram realizadas em reuniões presenciais e a distância com os gestores municipais das secretarias de meio ambiente, obras e de saúde. As fontes secundárias foram obtidas nos Censos Demográficos de 2000 e 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, e no Sistema Nacional de Informações de Saneamento (SNIS), do Ministério das Cidades²⁰⁻²².

O plano de análise de concepção do modelo de governança da gestão partiu da premissa de que a organização e a atuação das instituições estatais e não estatais fossem integradas, ou seja, fomentassem a intersectorialidade, cujo objetivo é superar os modelos de sobreposição de ações e de fragmentação da gestão, promovendo uma maior participação de todos os sujeitos implicados nas políticas públicas, inclusive os destinatários dos serviços (a população), conforme propõem Carmo e Guizardi e Inojosa^{23,24}.

Figura 1. Os municípios de Fonte Boa, Jutai e Uarini no contexto das Regiões de Saúde do Triângulo e do Alto Solimões e da capital do estado do Amazonas



Fonte: elaboração própria.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, pelo Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 55463216.5.0000.5190, Parecer nº 1.667.857, cumprindo os princípios éticos das pesquisas com seres humanos conforme o Conselho Nacional de Saúde^{25,26}. Outrossim, o estudo conta com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas.

Resultados

O contexto ecológico, demográfico e organizacional da prestação dos serviços de saneamento básico da região do médio Solimões, no Amazonas

A ecologia humana da região Amazônica é marcada pelo regime hídrico, cujas dinâmicas

de enchente, cheia, vazante e seca imprimem um ritmo de vida à população local que demonstra a adaptação do seu modo de vida à reprodução ecológica local. As casas tradicionais localizadas em terra firme são edificadas em palafitas a cerca de 1,5 metro de altura do chão, o que protege seus moradores dos ataques de cobras, jacarés, insetos e outros animais⁹.

Já residir nas casas flutuantes, outro tipo de moradia na região, proporciona um melhor acesso à água, o que facilita os afazeres domésticos. A mobilidade da casa acompanha o movimento de subida e descida das águas, e, além disso, elas são menos afetadas pelas cheias dos rios, sofrendo menos com a destruição de móveis e utensílios domésticos, situação à qual estão sujeitos os que residem nas palafitas em terra firme⁹.

Em 2010, a população absoluta da região era de 108.721 habitantes, e os municípios mais populosos foram Fonte Boa (22.817 habitantes), seguido por Jutai (17.992), Maraã (17.528), Tonantins (17.079), Alvarães (14.088),

Uarini (11.891) e Japurá (7.326 habitantes). A composição da população segundo raça e cor do IBGE é formada por parda (72,5%), branca (12,4%), indígena (9,9%), preta (4,7%) e amarela (0,5%)^{20,21}.

Com relação ao acesso canalizado à rede de abastecimento de água na região, no comparativo entre os dois censos demográficos, 2000 e 2010, verifica-se aumento proporcional dos domicílios das áreas urbanas canalizadas à rede de abastecimento, com exceção do município de Tonantins, que registrou variação negativa de 35,5%. Este último município apresentou crescimento demográfico na área urbana na ordem de 104%, o que talvez explique o déficit^{20,21}.

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) também registram o crescimento de domicílios rurais ligados à rede de distribuição de água, em especial, dos municípios de Jutai (de 0,4%, em 2000, para 10,0% em 2010), Japurá (6,0% para 7,0%) e Maraã (0,0 para 5,9%)^{20,21}.

O acesso ao banheiro é o maior desafio na região registrado nos dois últimos censos demográficos. Na *tabela 1*, são descritas as proporções registradas nos dois últimos censos demográficos. A redução de domicílios sem banheiro ou sanitário foi da ordem de 51,6% (desvio-padrão 20,2). Apesar disso, o acesso a banheiro apresenta proporções muito distintas, sobretudo nas zonas urbanas dos sete municípios. Em Jutai, por exemplo, a maior parte dos domicílios dispõe de sanitários (66,9%).

Importa informar que há diferenças conceituais entre banheiro e sanitário adotadas no Censo Demográfico de 2010. Banheiro pode ser definido como um cômodo limitado por teto e paredes e que dispõe de vaso sanitário e chuveiro, localizado dentro ou fora do domicílio, sendo de uso exclusivo dos moradores do domicílio. Já o sanitário é composto apenas por paredes, podendo ser de uso compartilhado entre moradores de vários domicílios, dispõe de vaso sanitário ou buraco para dejeções e fica localizado fora do domicílio²¹.

Tabela 1. Cobertura de banheiro ou sanitário por situação do domicílio, segundo municípios das Regiões de Saúde do Triângulo e do Alto Solimões do estado do Amazonas. Comparativo 2000 e 2010 – Proporção por 100

Estado/Município	Existência de banheiro ou sanitário	Ano	
		2000	2010
Brasil - Urbana	Com banheiro	-	97,0
	Com sanitário	-	2,4
	Com banheiro ou sanitário	97,4	-
	Sem banheiro ou sanitário	2,6	0,6
Brasil - Rural	Com banheiro	-	70,9
	Com sanitário	-	13,9
	Com banheiro ou sanitário	66,4	-
	Sem banheiro ou sanitário	33,6	15,1
Amazonas - Urbana	Com banheiro	-	87,7
	Com sanitário	-	10,5
	Com banheiro ou sanitário	94,7	-
	Sem banheiro ou sanitário	5,3	1,7
Amazonas - Rural	Com banheiro	-	27,2
	Com sanitário	-	52,2
	Com banheiro ou sanitário	63,2	-
	Sem banheiro ou sanitário	36,8	20,6

Tabela 1. Cobertura de banheiro ou sanitário por situação do domicílio, segundo municípios das Regiões de Saúde do Triângulo e do Alto Solimões do estado do Amazonas. Comparativo 2000 e 2010 - Proporção por 100

Estado/Município	Existência de banheiro ou sanitário	Ano	
		2000	2010
Alvarães - Urbana	Com banheiro	-	74,2
	Com sanitário	-	23,3
	Com banheiro ou sanitário	88,6	-
	Sem banheiro ou sanitário	11,4	2,5
Alvarães - Rural	Com banheiro	-	18,8
	Com sanitário	-	79,4
	Com banheiro ou sanitário	51,9	-
	Sem banheiro ou sanitário	48,2	1,8
Fonte Boa - Urbana	Com banheiro	-	74,5
	Com sanitário	-	19,6
	Com banheiro ou sanitário	78,6	-
	Sem banheiro ou sanitário	21,4	5,9
Fonte Boa - Rural	Com banheiro	-	16,8
	Com sanitário	-	9,6
	Com banheiro ou sanitário	6,5	-
	Sem banheiro ou sanitário	93,5	73,6
Japurá - Urbana	Com banheiro	-	60,8
	Com sanitário	-	35,1
	Com banheiro ou sanitário	91,1	-
	Sem banheiro ou sanitário	8,9	4,1
Japurá - Rural	Com banheiro	-	21,0
	Com sanitário	-	50,9
	Com banheiro ou sanitário	45,9	-
	Sem banheiro ou sanitário	54,1	28,1
Jutai - Urbana	Com banheiro	-	28,1
	Com sanitário	-	66,9
	Com banheiro ou sanitário	86,2	-
	Sem banheiro ou sanitário	13,8	5,0
Jutai - Rural	Com banheiro	-	5,1
	Com sanitário	-	40,1
	Com banheiro ou sanitário	21,9	-
	Sem banheiro ou sanitário	78,1	54,8
Maraã - Urbana	Com banheiro	-	73,8
	Com sanitário	-	23,7
	Com banheiro ou sanitário	89,2	-
	Sem banheiro ou sanitário	10,8	2,6
Maraã - Rural	Com banheiro	-	2,9
	Com sanitário	-	28,8
	Com banheiro ou sanitário	43,7	-
	Sem banheiro ou sanitário	56,3	68,4

Tabela 1. Cobertura de banheiro ou sanitário por situação do domicílio, segundo municípios das Regiões de Saúde do Triângulo e do Alto Solimões do estado do Amazonas. Comparativo 2000 e 2010 – Proporção por 100

Estado/Município	Existência de banheiro ou sanitário	Ano	
		2000	2010
Tonantins - Urbana	Com banheiro	-	55,3
	Com sanitário	-	44,2
	Com banheiro ou sanitário	100,0	-
	Sem banheiro ou sanitário		0,5
Tonantins - Rural	Com banheiro	-	5,9
	Com sanitário	-	73,2
	Com banheiro ou sanitário	65,0	-
	Sem banheiro ou sanitário	35,0	20,9
Uarini - Urbana	Com banheiro	-	44,9
	Com sanitário	-	49,5
	Com banheiro ou sanitário	87,2	-
	Sem banheiro ou sanitário	12,8	5,7
Uarini - Rural	Com banheiro	-	11,2
	Com sanitário	-	42,2
	Com banheiro ou sanitário	34,4	-
	Sem banheiro ou sanitário	65,6	46,6

Fonte: elaboração própria a partir de dados dos Censos Demográficos 2000 e 2010^{20,21}.

Na região, somente o município de Alvarães tem os serviços de abastecimento de água delegados à empresa estadual da Companhia de Saneamento do Amazonas (Cosama). Os demais municípios, Fonte Boa, Japurá, Jutai, Marã, Tonantins e Uarini, contam com uma secretaria ou diretoria municipal especial para realizar a administração do serviço de água, segundo informações do SNIS do governo federal, conforme será retomado mais adiante²².

Em geral, a água distribuída aos domicílios interligados à rede pública é proveniente de poços tubulares que não foram submetidos a nenhum processo de desinfecção, conforme preconiza a Portaria GM/MS nº 888²⁷, de 4 de maio de 2021, que define os padrões de potabilidade de água para consumo humano.

Nos municípios de Jutai e de Uarini, não há taxas de cobrança para o acesso ao serviço de abastecimento de água nem instalação de hidrômetros. No município de Fonte Boa, é

cobrado mensalmente o valor de R\$ 13,00 para famílias participantes do bolsa família, o que representa 70% dos consumidores. O valor para as demais famílias é de R\$ 40,00. Esses valores são arrecadados em conta única da Prefeitura, ou seja, o Serviço Municipal de Abastecimento de Água (SEMAA) não possui autonomia administrativa nem financeira.

Com relação ao Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua), os municípios de Fonte Boa e Uarini estão em fase de implementação das ações do Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua), sendo o Sisagua o instrumento de Vigilância em Saúde da Qualidade da Água, coordenado pelo Ministério da Saúde.

No contexto do estado do Amazonas, a situação da cobertura do Programa Vigiagua é ainda mais preocupante, haja vista que somente 10 dos 62 municípios informaram a situação municipal ao Ministério da Saúde²⁸.

Importa informar que os dados e informações repassados ao SNIS sobre as características da rede de serviços de água e os aspectos organizacionais dos serviços de saneamento são de responsabilidade dos municípios. Na *tabela 2*, nota-se que somente quatro municípios dispõem de equipe técnica para realizar os estudos para o SNIS. No contexto do estado do Amazonas, somente 38 dos 62 municípios estavam adimplentes. Na prática, além de os

municípios não estarem aptos ao recebimento de recursos públicos para ampliação dos serviços de saneamento básico, a ausência de dados e informações os torna invisíveis aos possíveis interesses econômicos da iniciativa privada, por meio de contratos de concessão, conforme determina a Lei nº 14.026/2020, que atualiza o marco legal do saneamento básico no Brasil²².

Tabela 2. Prestação dos serviços de água nos municípios das Regiões de Saúde do Triângulo e do Alto Solimões do estado do Amazonas, segundo características geográficas, natureza jurídica, número de funcionários, extensão da rede de distribuição de água e cobertura dos serviços de água, 2021

Município	Natureza Jurídica	Número de Funcionários	Extensão da Rede (Metros/Ligação)	Cobertura da sede municipal (Percentual)
Alvarães	Cosama	12	10,23	29,6
Fonte Boa	Municipal	17	25	100
Jutaí	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados
Japurá	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados
Maraã	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados
Tonantins	Municipal	7	8	100
Uarini	Municipal	5	8,2	100

Fonte: elaboração própria a partir de dados do Sistema Nacional de Informações de Saneamento, 2021²².

O modelo matricial do sistema de garantias de direitos

O Sistema de Garantias de Direitos, aqui apresentado, tem origem na Constituição Federal de 1988, no art. 227, que dispõe sobre os direitos da criança, do adolescente e do jovem, inaugurando, assim, a ideia de Proteção Integral da Criança. Porém, é somente com a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente que passa a ser operacionalizado o Sistema de Garantias de Direitos²⁹.

Nessa visão, o sistema estruturado de garantias de direitos, no âmbito da política nacional do saneamento básico, proposto neste estudo,

almeja o cumprimento das legislações vigentes no que tange à concretização dos direitos humanos fundamentais, respeitando o seu local de atuação nos âmbitos ecológico, político, técnico-econômico, cultural e biocomunal.

A ação integrada, ou seja, a intersetorialidade, objetiva superar os modelos de sobreposição das ações da gestão e traz à cena uma maior participação de todos os sujeitos implicados nas políticas públicas, inclusive as populações destinatárias dos serviços^{23,24}.

A operacionalidade, que dará concretude ao modelo de governança da gestão para o atendimento aos princípios norteadores do marco legal da política de saneamento básico,

sobretudo ao princípio do controle social, baseia-se na Matriz de Dados da Reprodução Social proposta por Juan Samaja, adaptada por Medeiros et al.^{9,30}.

No *quadro 1*, é apresentado o matriciamento dos elementos, que compreenderá o sistema de garantias de direitos. Ele está disposto de duas formas: horizontal e vertical, sendo a primeira delas denominada ‘unidades de análise’, com o matriciamento representado pelo nível de ancoragem de atuação das instituições estatais ou não estatais (contexto, ancoragem e subtexto).

A segunda, disposta em forma vertical, é chamada de ‘unidades de observação’. Nela, o referido matriciamento é representado pelas dimensões da reprodução social, a qual representa: i) o lócus de atuação de cada uma das instituições, nos âmbitos ecológico, político, técnico-econômico, cultural e biocomunal; ii) de acordo com as competências, responsabilidades e missão institucional.

Na dimensão denominada Reprodução Ecológica, as instituições estatais e não estatais participantes serão aquelas atuantes no espaço social, e sua missão é se debruçar nas ações que valorizam o modo de vida das populações dos campos, florestas e da água. Em geral, suas respectivas ações serão consideradas no que tange à Reprodução Política, pois esta se expressa no atendimento (ou não) às necessidades do ambiente social.

A Reprodução Tecno-econômica será analisada no que diz respeito aos anteparos jurídicos e institucionais, sobretudo nas relações de trocas comerciais, para avaliar se são desiguais e injustas, ou expõem os sujeitos a situações de risco ocupacional ou ambiental, por exemplo.

A Reprodução da Autoconsciência e da Conduta é uma dimensão que compreende a missão de todas as instituições. Muitas vezes,

ela é subestimada, pois compõe as subjetividades dos atores implicadas no problema do estudo. Essa dimensão também almeja contextualizar a cosmologia das populações dos campos, floresta e águas com relação ao direito humano, por exemplo.

As condições de vida são a expressão da Reprodução Biocomunal, a qual todas as instituições estatais e não estatais almejam, dentro do leque de ações compreendidas por suas competências, responsabilidades e missões. Em resumo, ela diz respeito ao impacto na base material dos indivíduos, onde o acesso aos bens e serviços sociais provenientes das Reproduções Política e Tecno-econômica são imprescindíveis para uma maior resiliência às adversidades da floresta.

O acesso ao saneamento básico, somado a outras políticas públicas, por exemplo, poderá determinar a forma e a frequência com que as populações adoecem, interferindo nos afazeres diários, necessários para reproduzir suas condições de organismos vivos sociais.

Importa, ainda, informar, para fins de definições, que as competências constitucionais podem ser entendidas como a capacidade jurídica de agir de um ente federado ou órgão público em uma determinada matéria; enquanto responsabilidades constitucionais ensejam atribuições e obrigações de todos os entes federados ou órgão público de assegurar, a favor do cidadão e da coletividade, o acesso efetivo ao direito³¹.

Dessa forma, almeja-se com o Sistema de Garantias de Direitos intervir na lógica sistêmica para dar conta da complexidade que compreende a rede de acontecimentos envolvidos na gestão dos serviços públicos municipais, em especial, os serviços de saneamento básico no interior do Amazonas.

Quadro 1. Modelo da matriz do sistema de garantias de direitos do acesso ao saneamento básico orientador da proposta de governança da gestão dos serviços públicos municipais das Regiões de Saúde do Triângulo e do Alto Solimões do estado do Amazonas

Unidades de análise da ancoragem	Unidades de observação das interações				
	Reprodução ecológica	Reprodução política	Reprodução tecnoeconômica	Reprodução, autoconsciência e da conduta	Reprodução biocomunal
Contextos					
... Territorial	As instituições estatais e não estatais participantes serão	Em geral, as ações no âmbito da Reprodução Ecológica se traduzem em	Serão consideradas as ações por meio de anteparos jurídicos e institucionais, nas relações de trocas comerciais. Um aspecto a ser avaliado diz respeito a se elas são desiguais e injustas, expondo os sujeitos a situações de risco ocupacional ou ambiental, por exemplo.	Muitas vezes, é subestimada, pois compreende a subjetividade dos atores implicadas no problema de interesse. A dimensão almeja contextualizar a cosmologia das populações com relação à diversidade socioambiental no consumo da água e na compreensão do bem comum como um direito humano, por exemplo.	A dimensão se debruça em compreender as condições materiais dos povos e comunidades amazônicas e suas repercussões na forma e na frequência que adoecem e morrem. Portanto, atravessa toda a estrutura social no tempo e no espaço. Ao formularmos a resolução dos problemas ancorados apenas em uma ou outra dimensão, sem considerar as demais, como também os tipos de interações sociais e sociabilidades produzidas (afastamento e aproximação), estamos fadados a reproduzir as iniquidades em saúde e as (in)justiças ambientais.
... Político	aquelas atuantes no espaço social, cuja missão é se debruçar em ações que valorizam o modo de vida das populações.	programas e iniciativas da Reprodução Política, pois essa se expressa no atendimento (ou não) às necessidades do ambiente social.			
... Federal					
... Estadual					
... Municipal					
Ancoragens					
... Atividades econômicas					
... Atividades domésticas					
... Atividades espirituais					

Fonte: elaboração própria.

Discussão

Universalizar o saneamento básico, em especial, o direito ao acesso a água potável dentro do domicílio, à construção de banheiros dentro do domicílio e à destinação adequada dos dejetos sanitários e resíduos sólidos (lixo), constitui um suporte social imprescindível para uma maior resiliência das cidades da floresta, localizadas na calha principal dos rios Solimões e Amazonas, no estado do Amazonas³²⁻³⁴.

De modo geral, as cidades amazônicas produzem riqueza por meio de atividades de exploração mineral, extrativista, madeireira e agrícola, trazendo consigo êxodo rural, elevadas taxas de urbanização e precárias condições de saneamento. Importa informar que essas ocupações foram conduzidas pelo Estado baseadas na noção de economia de fronteira, para explicar o papel do Brasil e dos demais países latino-americanos, na periferia

do sistema capitalista mundial, como produtores de commodities, à custa de (in)justiças ambientais^{35,36}.

Nesse contexto, o debate sobre o saneamento básico perpassa diversas dimensões da reprodução social, ou seja, os processos sociais que agem na determinação social dos problemas socio sanitários, incluída aí a melhoria das condições de vida e da situação de saúde dos povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo na Amazônia, historicamente apartados das políticas públicas^{9,28,37}.

No que tange à dimensão política, Brittonos lembra que a maioria dos municípios brasileiros (56%) não adotou nenhum mecanismo de controle social dos serviços de saneamento

básico. Entre os que adotaram mecanismos de controle social, os mais usuais foram os debates e as audiências públicas (62,4%), seguidos pelas Conferências das Cidades (41%), órgãos colegiados (24,1%) e consultas públicas (22,7%)¹⁰.

Medeiros, ao historicizar as melhorias sanitárias existentes em algumas comunidades da região, constatou que não se tratava de iniciativas do Estado, mas da Prelazia de Tefé e do Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá (IDSM). As melhorias se iniciaram com a instalação das bombas manuais para captação de água subterrânea, financiadas pelo governo holandês e instaladas no início da década de 1980 pela Igreja Católica, e, em seguida, abandonadas, por motivos técnicos (baixa potabilidade) e financeiros (alto custo)⁹.

Posteriormente, o IDSM desenvolveu projetos-piloto de captação e distribuição de água por energia solar fotovoltaica e por chuva, iniciados no ano 2000, que cobriram 200 dos 1.873 domicílios, distribuídos em 200 comunidades da Reserva de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá no ano de 2014, cujos recursos foram do Programa de Tecnologias Apropriadas à Várzea, obtidos com outras instituições nacionais e internacionais⁹.

Em 2023, o Governo do Amazonas, após notificação do Ministério Público Estadual e do Tribunal de Contas do Estado, devido à baixa cobertura dos serviços de abastecimento de água, ou mesmo ausência de tratamento e monitoramento da potabilidade das águas para fins de consumo humano, selecionou a tecnologia Salta Z, e intitulou o Programa Água Boa como política de governo, objetivando atender às comunidades rurais³⁸.

Portanto, esse debate também exigirá compreendermos a reprodução da autoconsciência e da conduta dos sujeitos implicados no problema do estudo, ou seja, as representações sociais, pois englobam as diversidades socioambientais no acesso e no uso das águas

pelas populações locais e o desenvolvimento de tecnologias sociais apropriadas à várzea para melhorias sanitárias pelas instituições estatais e não estatais que atuam na região.

Logicamente, estas últimas (não estatais) devem produzir um tipo de interação social de assimilação da ecologia de várzea, com relação à abundância e à escassez da água, e as formas de sociabilidade para enfrentar com criatividade e adaptabilidade os ciclos hidrológicos extremos registrados na região. Segundo Santos e Santana, as soluções alternativas de saneamento rural e de comunidades isoladas têm grande relevância para as populações dos campos, florestas e águas da Amazônia, sobretudo³⁹.

Com relação à disposição final ambientalmente adequada dos resíduos sólidos, cujo marco foi a Lei nº 12.305, de agosto de 2010 – que determinava um prazo de quatro anos, ou seja, até 2014 para a desativação dos lixões a céu aberto nos 62 municípios Amazonenses, assim como em outros municípios brasileiros –, pouco se avançou.

Desde 2017, entre as ações nos âmbitos político e administrativo, respectivamente, destacam-se: a proposta da Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas de criação da Comissão Especial com a finalidade de realizar estudo acerca da destinação ambientalmente adequada de resíduos sólidos, considerando a política Estadual de Resíduos Sólidos do Amazonas; o grupo de trabalho do Ministério Público do Estado do Amazonas, que monitora, por meio de mapa digital, a situação das áreas onde funcionam as lixeiras dos municípios, e o grupo de trabalho criado pela Associação Amazonense de Municípios para assessoramento do preenchimento do SNIS⁴⁰⁻⁴².

Importa lembrar que a Constituição Federal de 1988 preconiza que a saúde, como direito de todos e dever do Estado, seja garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos. O sistema público de prestação de serviços pode ser definido como um conjunto coerente

de diversos componentes inter-relacionados, tanto setoriais como intersetoriais, que produzam um efeito na população. A configuração do sistema é influenciada por seus objetivos e valores fundamentais⁴³.

Nessa visão, a prestação de serviço de saneamento básico não é somente uma lista de organizações e pessoas, mas um conjunto de relações estruturadas entre os dois principais componentes (setoriais e intersetoriais) que produzem um efeito na população. Podem-se prever algumas questões que explicam o aumento das interações sociais entre os sujeitos participantes de um sistema público de prestação de serviço na contemporaneidade, de forma direta ou indireta, pelo Estado, conforme preconiza a Lei nº 9.637/1998⁴⁴, que dispõe que a prestação dos serviços públicos de educação, saúde, assistência social e meio ambiente pode ser exercida por meio da contratação de organizações públicas não estatais. A complexidade de um sistema, assim, não está somente determinada pela heterogeneidade dos elementos (ou subsistemas) que o compõem, e, sim, em decorrência da quantidade e do tipo de interação entre os elementos dos seus subsistemas⁹.

Entende-se que a matriz do sistema de garantias de direitos do acesso ao saneamento básico, como modelo orientador da proposta de governança da gestão dos serviços, admitirá introduzir as incertezas na organização e no funcionamento do sistema, resultantes dos dois tipos de interação social, seja ele de aproximação ou de afastamento das finalidades dos serviços^{9,43}.

Portanto, a noção de política adotada pelo Sistema de Garantias de Direitos refere-se ao sentido empregado para definir e compreender as políticas públicas, sentido esse explorado pelas pesquisas científicas. Em geral, sua análise permite complementar e ir além do estudo do Estado enquanto ente, funções e aparatos legais e burocráticos, para verificar como atua, decide, interfere e impacta nos problemas por meio de políticas públicas^{18,19}.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Considerações finais

A governança da gestão municipal da prestação dos serviços de saneamento básico pode ser compreendida como um dispositivo social fundamental que permite identificar as competências e responsabilidades das instituições estatais ou não estatais, a fim de assegurar o direito e o acesso aos bens e serviços, evitando conflitos de ações em um determinado território.

O modelo recupera a dimensão política da gestão do saneamento básico, sobretudo no que tange aos princípios da gestão participativa e democrática. Sendo assim, encorajaremos instituições estatais e não estatais em prol da construção de agenda pública dos territórios saudáveis no Amazonas, atuando de forma solidária no âmbito do comitê de monitoração permanente das condições de vida e de saúde, sendo essa uma outra etapa do projeto de pesquisa.

Entendemos, também, que o debate do saneamento básico como um direito humano recuperará a noção da água como bem de uso comum, mas que o capitalismo transformou em mercadoria (primeiramente, em recurso 'natural', posteriormente, em *comodities*).

Colaboradores

Medeiros MS (0000-0002-7116-6097)* contribuiu para concepção, desenho e coordenação do trabalho, análise dos dados, redação e aprovação final do manuscrito. Silva Filho EC (0000-0001-7170-0213)* e Torquato CCA (0000-0001-8902-7565)* contribuíram para a coordenação do trabalho, análise dos dados, redação e aprovação final do manuscrito. Silva LA (0009-0002-4981-4059)*, Souza RF (0009-0004-3397-6381)* e Cruz JR (0000-0003-3123-5112)* contribuíram para a coleta de dados, georreferenciamento dos dados e referências bibliográficas. Medeiros ZM (0000-0002-4434-955X)* contribuiu para a revisão bibliográfica, interpretação dos dados e redação. ■

Referências

1. United Nations Children's Fund, World Health Organization. Progress on sanitation and drinking water: 2015 update and MDG assessment. Geneva: WHO; 2015.
2. Vasco PS. Estudo aponta que falta de saneamento prejudica mais de 130 milhões de brasileiros. Agência Senado [Internet]. 2022 mar 25 [acesso em 2022 dez 3]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2022/03/estudo-aponta-que-falta-de-saneamento-prejudica-mais-de-130-milhoes-de-brasileiros>
3. Observatório Nacional dos Direitos à Água e ao Saneamento (BR). Carta Aberta à sociedade brasileira: ONDAS e a epidemia da COVID-19 no Brasil. Ondas [Internet]. [data desconhecida] [acesso em 2021 ago 8]. Disponível em: <https://ondasbrasil.org/carta-aberta-a-sociedade-brasileira-ondas-e-a-epidemia-da-covid-19-no-brasil/>
4. Cairncross S, Feachem R. Environmental health engineering in the tropics: an introductory text. 2. ed. Chichester: Wiley & Sons; 1993.
5. Aguiar ES, Ribeiro MM, Viana JH, et al. Doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado e indicadores socioeconômicos na Amazônia brasileira. Res Soc Dev. 2020;9(9):1-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7302>
6. Chaves Fortes AC, Rubens P, Barrocas G, et al. A vigilância da qualidade da água e o papel da informação na garantia do acesso. Saúde debate. 2019;43(esp3):20-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S302>
7. Amaral MH, Oliveira LF, Ramos SB. Tendência das taxas de internação por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado (DRSAI): Brasil, 1998 a 2014. CiPraxis. 2017;9(17):43-8.
8. Souza CMN, Costa AM, Moraes LRSM, et al. Saneamento: promoção da saúde, qualidade de vida e sustentabilidade ambiental. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
9. Medeiros MS. Comunidade ribeirinhas na Amazônia Ocidental: Condições de vida e de saúde. Manaus: Reggo/EDUA; 2019.
10. Britto AL. A gestão do saneamento no Brasil: desafios e perspectivas seis anos após a promulgação da Lei 11.455/2007. e-metropolis. 2012;11(3):1-18.
11. Cordeiro BS. Desenvolvimento institucional. In: Rezende SC, coordenadora. Cadernos temáticos para o panorama do saneamento básico no Brasil. Brasília, DF: Ministério das Cidades; 2011. p. 475-542.
12. Heller L, Rezende SC, Heller PGB. Participação e controle social em saneamento básico: aspectos teórico-conceituais. In: Galvão Júnior AC, Ximenes MMF, editores. Regulação: controle social da prestação dos serviços de água e esgoto. Fortaleza: Pouchain Ramos; 2007. p. 37-68.
13. Sousa ACA. O que esperar do novo marco do saneamento? Cad Saúde Pública. 2020;36(12):e00224020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00224020>
14. Chesnais F. A globalização e o curso do capitalismo de fim-de-século. Econ Soc. 1995;5:1-30.
15. Fleury S. Social rights and financial constraints: tragic choices on universalization. Ciênc saúde coletiva. 2011;16(6):2686-2688. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600003>
16. Pereira LCB. Uma reforma gerencial da Administração Pública do Brasil. RSP. 1998;9(1):1-23. DOI: <https://doi.org/10.21874/rsp.v49i1.360>
17. Westpha MF. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. S Saúde soc. 1997;6(2):9-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12901997000200003>
18. Muller P, Surel Y. A Análise das Políticas Públicas. Pelotas: Educat; 2004.
19. Secchi L. Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning; 2010.

20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censo demográfico 2000: características gerais da população: resultados da amostra [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; [data desconhecida] [acesso em 2023 fev 16]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/83/cd_2000_caracteristicas_populacao_amostra.pdf
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo [Internet]. [Rio de Janeiro, RJ]: IBGE; [data desconhecida] [acesso em 2023 fev 16]. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_do_Universo/Agregados_por_Setores_Censitarios/
22. Ministério do Desenvolvimento Regional (BR). Sistema Nacional de Informação sobre Saneamento [Internet]. [Brasília, DF]: SNIS; 2021 [acesso em 2023 fev 16]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdr/pt-br/assuntos/saneamento/snis/painel>
23. Carmo ME, Guizardi FL. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. *Physis*. 2017;27(4):1265-1286. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400021>
24. Inojosa RM. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cad Fundap*. 2001;22:101-110.
25. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:549.
26. Ministério da Saúde (BR); 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. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2016 maio 24; Seção I:44.
27. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 888, de 4 de maio de 2021. Altera o Anexo XX da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2021 maio 4; Edição 85; Seção I:127.
28. Oliveira Júnior A, Magalhães TB, Mata RN, et al. Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua): características, evolução e aplicabilidade. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019;28(1):e2018117. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000100024>
29. Farinelli CC, Pierini AJ. O Sistema de Garantia de Direitos e a Proteção Integral à criança e ao adolescente: uma revisão bibliográfica. *O Social em Questão*. 2016;19(35):1-35.
30. Medeiros MS, Augusto LGS, Costa AM, et al. Social Reproduction as a methodological perspective for contextualized analysis of living and health conditions. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(10):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt150320>
31. Medeiros MS, Sacramento DS, Santiago-Neta IS, et al. Health care in environmental conservation units in Amazonas: conflict of competency or responsibility issue? *Rev Geonorte*. 2020;11(38):35-51. DOI: <https://doi.org/10.21170/geonorte.2020.V.11.N.38.35.51>
32. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz; 2009.
33. Browder JO, Godfrey BJ. Cidades da floresta: urbanização, desenvolvimento e globalização na Amazônia brasileira. Manaus: Eduam; 2006.

34. Scherer E, Oliveira JÁ, organizadores. *Amazônia: políticas públicas e diversidade cultural*. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
35. Becker BK. Geopolítica da Amazônia. *Estud Av*. 2005;19(53):71-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142005000100005>
36. Porto MF, Finamore R. Riscos, saúde e justiça ambiental: o protagonismo das populações atingidas na produção de conhecimento. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(6):1493-1501. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000600013>
37. 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(esp1):302-314. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S120>
38. Companhia de Saneamento do Amazonas (AM). Wilson Lima vai ampliar Programa Água Boa para alcançar mais 800 mil pessoas com água potável no interior. *Cosama* [Internet]. 2020 nov 18 [acesso em 2021 jan 25]. Disponível em: <http://www.cosama.am.gov.br/wilson-lima-vai-ampliar-programa-agua-boa-para-alcancar-mais-800-mil-pessoas-com-agua-potavel-no-interior/>
39. Santos GR, Santana AS. Gestão comunitária da água: soluções e dificuldades do saneamento rural no Brasil. *Texto para Discussão nº 2601*. Brasília, DF: Ipea; 2020.
40. Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas (AM). *Requerimento nº 2384 de 2019. Regimento Interno de constituição da Comissão Especial com a finalidade de realizar estudo acerca da destinação ambientalmente adequada de resíduos sólidos*. Manaus: Alem; 2019.
41. Ministério Público do Estado do Amazonas (AM). *Resíduos sólidos: Mapa dos Locais de Destinação dos Resíduos Sólidos no Amazonas elaborado pelo CAO-MAPH-URB* [Internet]. [Manaus, AM]: MPAM; [data desconhecida] [acesso em 2021 ago 8]. Disponível em: <https://www.mpam.mp.br/principais-temas/residuos-solidos>
42. Associação Amazonense de Municípios (AM). *Notícias* [Internet]. [Manaus, AM]: Grupo de trabalho de assessoramento do preenchimento do SNIS; [data desconhecida] [acesso em 2022 ago 12]. Disponível em: <https://www.aam.org.br/sobre-ntec>
43. Leite MSA, Bornia AC, Coelho CCSR. A contribuição da teoria da complexidade à modelagem de sistemas. In: *Anais do 24º Encontro Nacional de Engenharia de Produção*; 2004 nov 3-5; Florianópolis. Santa Catarina: 2004. p. 3494-3501.
44. Presidência da República (BR). *Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências*. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 1998 maio 18; Seção I:8.

Recebido em 15/06/2023

Aprovado em 07/06/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: este trabalho faz parte de uma pesquisa financiada pelo Edital nº 007/2021 - Programa Biodiversa/Fapeam: C,T&I para Ambiente e Biodiversidade da Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas - ANO I; e do Consórcio Humanitas da Universidade do Estado do Amazonas - Edital Capes - PDPG Amazônia Legal. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), número do processo 310426/2022-7 de Medeiros ZM

Editora responsável: Ingrid D'avilla Freire Pereira

Mapeamento das evidências de medicamentos isentos de prescrição registrados no Brasil: análise comparativa segundo método Grade

Mapping the evidence of over-the-counter medicines registered in Brazil: Comparative analysis according to the GRADE method

Nara Amanda Laismann¹, Gustavo Pereira Calado¹, Ana Paula de Oliveira Barbosa¹, Rodrigo Fonseca Lima¹, Rafael Santos Santana¹

DOI: 10.1590/2358-289820241438939P

RESUMO Os Medicamentos Isentos de Prescrição (MIP) ou de venda livre podem ser fornecidos sem exigência de receita. Este estudo objetivou analisar o perfil farmacológico, risco e qualidade da evidência dos MIP registrados no Brasil. Foram consultadas as bases de dados da Anvisa e a base de síntese Micromedex. As indicações de uso foram classificadas segundo Ciap, os medicamentos segundo ATC e a qualidade da evidência segundo método Grade. Foram identificados 188 MIP, com 376 apresentações. Os grupos de trato alimentar e respiratório tiveram os maiores números de fármacos, com 19% cada. No geral, 61% dos fármacos foram classificados como evidência alta ou moderada e 39% como baixa, muito baixa ou sem evidência. Apesar da prevalência de maior qualidade de evidência, as restrições precisam ser evidenciadas, pois cerca de 55% dos fármacos possuem força de recomendação fraca, 67% não podem ser utilizados por crianças menores de 6 anos, 95% não possuem informações confiáveis de segurança na gestação e 87% não possuem informações de uso na lactação. Mais pesquisas sobre o tema, políticas de autocuidado apoiado e monitoramento parecem essenciais para melhor compreender os riscos e benefícios associados aos MIP, garantindo uma prática clínica mais segura e baseada em evidências.

PALAVRAS-CHAVE Medicamentos sem prescrição. Prática clínica baseada em evidências. Farmácias. Automedicação.

ABSTRACT *Over-the-counter medications (OTC), also known as non-prescription drugs can be dispensed without a prescription. This study aimed to analyze the pharmacological profile, risk, and quality of evidence of OTC medications registered in Brazil. The databases of ANVISA and Micromedex synthesis were consulted. The indications for use were classified according to CIAP, the medications according to ATC, and the quality of evidence according to the GRADE method. A total of 188 OTC medications were identified, comprising 376 presentations. The groups related to the digestive tract and respiratory system had the highest number of drugs, each accounting for 19%. Overall, 61% of the drugs were classified as having high or moderate evidence, and 39% as low, very low, or lacking evidence. Despite the prevalence of higher-quality evidence, restrictions need to be highlighted, as approximately 55% of the drugs have a weak recommendation, 67% may not be used by children under the age of 6, 95% lack reliable safety information during pregnancy, and 87% lack clear information regarding use during lactation. Further research on the topic, supported self-care policies, and monitoring seem essential to better understand the risks and benefits associated with OTC medications, thus ensuring a safer and evidence-based clinical practice.*

KEYWORDS *Nonprescription drugs. Evidence-based practice. Pharmacies. Self-medication.*

¹Universidade de Brasília (UNB) – Brasília (DF), Brasil.
rafael.santana@unb.br



Introdução

Por ser um direito fundamental à saúde, o acesso a medicamentos reflete fatores que são determinantes e condicionantes à saúde, manifestando melhoria das situações de vida de uma população¹. Os medicamentos aprovados por agências sanitárias têm o intuito de diagnosticar, prevenir, curar ou aliviar os sintomas de doenças, pois são produtos farmacêuticos fabricados com rigor técnico elevado, com finalidade de garantia de segurança, eficácia e qualidade¹. Os Medicamentos Isentos de Prescrição (MIP), também chamados de medicamentos de venda livre ou medicamentos Over-the-counter (OTC), são aqueles que podem ser vendidos sem necessidade de prescrição, recomendados para o manejo de problemas de saúde autolimitados e, além disso, são integrados aos sistemas de saúde em todo o mundo e contribuem para os processos de debate acerca da automedicação¹⁻³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) informa que o uso de MIP promove o autocuidado, definido como a

Capacidade dos indivíduos promoverem a saúde, prevenção de doenças e lidar com doenças e incapacidades com ou sem o apoio de um profissional da saúde, reconhecendo os indivíduos como agentes ativos na gestão de sua própria assistência à saúde⁴.

Dessa forma, as intervenções de autocuidado incluem uso de medicamentos, aconselhamento, diagnósticos ou tecnologias digitais e, dependendo da intervenção, pode ser empregada com ou sem a supervisão de um profissional da saúde. Assim, o autocuidado abrange questões como higiene, nutrição, estilo de vida, fatores ambientais e socioeconômicos^{4,5}.

Nos dias atuais, a automedicação com MIP tem se tornado ainda mais comum e com condutas que podem trazer sérios riscos à saúde. Com esse cenário, é essencial a atuação do farmacêutico na prática da automedicação responsável como modelo de autocuidado e

uso racional de medicamentos, principalmente na indicação e prescrição de MIP³, atos respaldados pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 585 e 586, de 2013, do Conselho Federal de Farmácia (CFF) como atribuições clínicas do farmacêutico com intuito de estabelecer e conduzir uma relação de cuidado centrada no paciente³⁻⁹.

Apesar dos inúmeros riscos envolvidos na automedicação com MIP, existem poucas pesquisas que forneçam informações sobre o perfil desses medicamentos disponíveis e a qualidade das evidências. Sendo assim, devido à importância do acesso a informações atualizadas e confiáveis sobre os MIP comercializados no Brasil¹⁰, este estudo propõe realizar uma análise do perfil farmacológico, grau de risco e nível de evidência com força de recomendação dos medicamentos isentos de prescrição registrados no Brasil.

Material e métodos

Trata-se de estudo que analisou os medicamentos isentos de prescrição que constam na lista da Instrução Normativa (IN) nº 120, de 9 de março de 2022, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)¹¹. O processo então ocorreu em três etapas conforme informações a seguir.

Análise do perfil farmacológico e de uso

Após a identificação dos medicamentos da lista de MIP registrados no Brasil, foram coletadas informações básicas, como: nome do fármaco, apresentações disponíveis e indicação terapêutica simplificada por meio de bulas cadastradas no repositório da Anvisa e na base de dados Micromedex®.

Os MIP foram organizados segundo a Classificação Internacional de Atenção Primária – 2ª edição (Ciap-2)¹², uma ferramenta adequada à atenção básica que permite categorizar os problemas clínicos com base

na pessoa e não na doença, onde foi considerada a indicação clínica principal do medicamento descrito¹². Os MIP também foram organizados utilizando o sistema Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)¹³, no qual os medicamentos são divididos em diversos grupos com base em seus locais de ação, características terapêuticas e químicas¹³. Nesse sistema, foram considerados os códigos principais, o primeiro nível, referente ao grupo principal anatômico, bem como o terceiro nível, relativo ao subgrupo farmacológico. Quanto aos medicamentos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), as informações foram confirmadas com base na Relação Nacional dos Medicamentos Essenciais (Rename) através dos fármacos disponíveis¹⁴.

Análise do nível de evidência e força de recomendação

A análise da qualidade da evidência disponível foi realizada a partir de dados do Micromedex®, com checagem das fontes originais e enquadramento nas categorias a seguir:

CATEGORIAS DE NÍVEL DE EVIDÊNCIA

- Categoria A: Meta-análises de ensaios clínicos randomizados com homogeneidade quanto às direções e graus de resultados em estudos individuais. Foram identificados vários ensaios clínicos bem conduzidos que envolveram grande número de pacientes;
- Categoria B: Meta-análises de ensaios clínicos randomizados com conclusões conflitantes com relação às direções e graus de resultados entre estudos individuais. Ensaios clínicos randomizados que envolveram um pequeno número de pacientes ou tiveram falhas metodológicas significativas. Estudos não randomizados;
- Categoria C: Evidência baseada em dados derivados de opinião ou consenso de especialistas, relatos de casos ou séries de casos;

- Sem Evidência: Não foram localizadas evidências/estudos para o tratamento avaliado na referida indicação.

Após checagem nas bases e fontes, os medicamentos foram reclassificados conforme método Grade (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations), com base nas categorias dos níveis de evidência disponíveis no Micromedex^{®15,16}. Essa nova classificação foi realizada por entender que se trata de um método amplamente conhecido para análise da qualidade de evidências e por conta da sua facilidade de interpretação pelos leitores e comunidade científica. Foram utilizadas as categorias a seguir:

Nível de Evidência

- Alta: Baseada em conjunto de ensaios clínicos bem delineados, com amostras representativas e sem limitações significativas de risco de viés, inconsistência, evidência indireta, imprecisão ou viés de publicação;
 - Moderada: Baseada em conjunto de ensaios clínicos com limitações leves de vieses de delineamento, inconsistência, desfechos substitutos ou validade externa comprometida;
 - Baixa: Baseada em conjunto de ensaios clínicos com limitações moderadas (risco de viés, inconsistência, evidência indireta, imprecisão, viés de publicação) ou em estudos observacionais comparativos do tipo coorte e caso-controle sem limitações significativas;
 - Muito Baixa: Baseada em conjunto de ensaios clínicos com limitações graves (risco de viés, inconsistência, evidência indireta, imprecisão, viés de publicação), estudos observacionais comparativos com limitações, estudos observacionais não comparados (série e relato de casos) e opinião de especialistas.
- Adicionalmente, foram também classificados de acordo com os Graus de Recomendação

do sistema Grade^{15,17}, que normalmente podem ter uma maior variação de interpretação para classificação, uma vez que se trata de uma avaliação mais qualitativa dos pesquisadores ou cuidadores que devem indicar, mediante o arcabouço de evidências disponíveis, se a intervenção tem uma recomendação de uso forte ou fraca. Neste estudo, para garantir maior reprodutibilidade, optou-se por, além de levar em consideração as orientações do Grade, seguir também a classificação de níveis de recomendação do Micromedex[®], conforme descrito a seguir.

Força de recomendação

- Forte (efeitos benéficos superam os efeitos maléficos): Entende-se que nessas situações a maioria dos pacientes devem receber a intervenção recomendada. Nos critérios do Micromedex[®] englobam tratamentos de Classe I (provou ser útil e deve ser usado) e Classe IIa (geralmente considerado útil e é indicado na maioria dos casos);
- Fraco (a diferença entre efeitos desejáveis e efeitos adversos é mínima): Nesses casos, não há total clareza sobre os benefícios ou o balanço entre os riscos e efeitos positivos não parece tão favorável, o que demanda maior análise do caso e discussão com as partes interessadas. Nos critérios do Micromedex[®] englobam tratamentos de Classe IIb (tratamento fornecido pode ser útil e é indicado em alguns casos, mas não na maioria), Classe III (tratamento dado não é útil e deve ser evitado).

Com o objetivo de classificar a qualidade da evidência, esta recebe um nível seguido por uma recomendação, obtendo graduações a fim de avaliar a robustez das evidências e a consistência das recomendações. Com o Grade, há reconhecimento dos impactos dos ensaios clínicos randomizados nos níveis de evidência, quando comparado com relato de casos ou opinião de especialistas. Com isso, o nível de qualidade

não implica na força de uma recomendação, de maneira que uma evidência de baixa qualidade possa ter uma recomendação forte¹⁶.

Análise do grau de risco dos medicamentos

Para uma análise abrangente dos riscos associados aos MIP, foi considerada maior concentração nas populações de lactantes, gestantes e pediátricas em uma abordagem para garantir a segurança desses grupos, especificamente, dadas suas vulnerabilidades. As informações referentes ao uso em pediatria e a idade inicial foram analisadas nas bulas dos medicamentos e no Micromedex[®], distribuídas em 3 grupos de acordo com a faixa etária de permissão para utilização, onde classificou-se de 0 a 6 anos, de 6 a 12 anos e apenas para adultos.

A categoria de risco do uso de medicamentos durante a gravidez foi classificada de acordo com a base de dados Micromedex[®], sendo elas: dano fetal foi demonstrado, risco fetal não pode ser descartado e risco fetal mínimo. Os fármacos são categorizados conforme o risco associado ao seu uso durante a gravidez, classificados em 5 categorias: A (ensaios não demonstraram risco fetal), B (ensaios indicam ausência de danos fetais, mas não há estudos controlados em humanos), C (ensaios em animais mostraram efeitos adversos, mas não há estudos controlados em humanos), D (há evidência de risco fetal em humanos, mas benefícios podem se sobrepor aos riscos) e X (evidências de riscos fetais não justificam quaisquer benefícios). Os medicamentos com associações de mais de um fármaco foram considerados a classe de maior risco apresentada por seus componentes¹⁸.

Durante a lactação, as categorias de risco foram classificadas em 3 grupos: uso compatível (uso potencialmente seguro durante a lactação, tendo em vista que não há relatos de efeitos farmacológicos significativos para o lactante), uso criterioso (o uso depende da avaliação do risco/benefício, exigindo monitorização

clínica do lactente) e uso contraindicado (exige interrupção da amamentação, pois apresenta riscos significativos no lactente)¹⁹.

Resultados

Análise do perfil farmacológico e de uso

Com base na IN nº 120, de 2022¹¹, foram identificados 188 diferentes fármacos entre os MIP, somando-se um total de 376 apresentações disponíveis, representado pelo número de fármacos e número de apresentações, respectivamente.

Considerando o primeiro nível do ATC¹³, os fármacos foram divididos em 10 grupos segundo códigos pré-estabelecidos, representando o grupo principal anatômico e incluindo os principais exemplos de fármacos que pertenciam a cada uma das classificações. Os grupos excluídos não incluem os MIP, tais como: (H)

Preparações hormonais sistêmicas, excl. hormônios sexuais e insulinas; (J) Anti-infecciosos de uso sistêmico; (L) Agentes antineoplásicos e imunomoduladores; e (V) Vários. Dos 188 fármacos identificados, não foi possível classificar 15 deles devido a falta de categorização na classificação ATC, foram então enquadrados como incompletos (*tabela 1*).

O grupo (A) Trato Alimentar e Metabolismo e o grupo (R) Sistema Respiratório tiveram o maior número de fármacos disponíveis, representando 19% dos fármacos. Os grupos com menores números de fármacos disponíveis foram o grupo (B) Sangue e Órgãos formadores de sangue e (G) Sistema Gênito Urinário e Hormônios Sexuais, tendo apenas 2 fármacos cada, representando 1% dos fármacos.

Em relação à disponibilidade dos medicamentos no SUS, 10% dos fármacos estão listados na Rename¹⁴, totalizando 19 fármacos. Os grupos com maiores números de fármacos disponíveis no SUS são (D) Dermatológicos e (N) Sistema Nervoso, com 4 fármacos em cada grupo (*tabela 1*).

Tabela 1. Classificação dos MIP de acordo com o Código ATC

Código ATC	Principais Fármacos	Número de Fármacos	Número de Apresentações	Disponível no SUS?	
				Sim	Não
(A) Trato Alimentar e Metabolismo	Alginato de sódio + bicarbonato de sódio + carbonato de cálcio; Bisacodil; Butilbrometo de escopolamina; Carbonato de cálcio; Hidróxido de alumínio; Lactulose; Magaldrato; Picossulfato de sódio; Policarbofila cálcica; Saccharomyces boulardii; Sulfato de neomicina + tartarato de bismuto e sódio + cloridrato de procaína + mentol; Tirotricina + sulfato de hidroxiquinolona + fluoreto de sódio	36 (19%)	72	3 (16%)	33 (20%)
(B) Sangue e Órgãos formadores de sangue	Cobamamida + cloridrato de ciproheptadina; Sulfato ferroso	2 (1%)	14	1 (5%)	1 (1%)
(C) Sistema Cardiovascular	Heparina sódica; Policresuleno + cloridrato de cinchocaína; Tribenosídeo + cloridrato de lidocaína	3 (2%)	5	0 (0%)	3 (2%)
(D) Dermatológicos	Acetato de hidrocortisona; Ácido azelaico; Ácido salicílico; Ácido undecilênico + undecilenato de sódio + ácido propiônico + propionato de sódio + hexilresorcinol; Cetoconazol; Cloridrato de isotipendil; Clotrimazol; Flutrimazol; Iodopovidona; Nistatina + óxido de zinco; Nitrato de miconazol; Prometazina; Sulfato de neomicina + bacitracina zíncica; Ureia	31(16%)	51	4 (21%)	27 (16%)
(G) Sistema Gênito Urinário e Hormônios Sexuais	Cloridrato de fenazopiridina; Cloridrato de papaverina + dipirona + extrato fluido de Atropa belladonna	2 (1%)	7	0 (0%)	2 (1%)

Tabela 1. Classificação dos MIP de acordo com o Código ATC

Código ATC	Principais Fármacos	Número de Fármacos	Número de Apresentações	Disponível no SUS?	
				Sim	Não
(M) Sistema Muscu- loesquelético	Acetofenaco; Diclofenaco sódico; Ibuprofeno; Loxoprofeno sódico; Naproxeno; Salicilato de etilenoglicol + levomentol + acetato de racealfatocoferol + cânfora; Salicilato de metila + cânfora + mentol; Salicilato de metila + salicilato de etilenoglicol + levomentol + cânfora; Nimesulida	20 (11%)	46	2 (11%)	18 (11%)
(N) Sistema Nervoso	Ácido acetilsalicílico; Dipirona; Fenol + mentol; Maleato de clorfeniramina + ácido ascórbico + dipirona monoidratada; Nicotina; Paracetamol; Paracetamol + propifenazona + cafeína; Tintura Matricaria chamomilla L + cloridrato de lidocaína + polidocanol	29 (15%)	66	4 (21%)	25 (15%)
(S) Órgãos Sensoriais	Álcool polivinílico; Carbômer + sorbitol; Carmelose sódica; Cloreto de benzalcônio + ácido bórico; Cloridrato de nafazolina + maleato de feniramina; Dextrana + hipromelose; Hipromelose	11 (6%)	11	1 (5%)	10 (6%)
(P) Produtos Antiparasitários, Inseticidas e Repelentes	Cloridrato de levamisol; Deltametrina; Mebendazol; Permetrina	4 (2%)	8	1 (5%)	3 (2%)
(R) Sistema Respiratório	Acetilcisteína; Bromidrato de dextrometorfano; Cânfora + eucaliptol + mentol + guaiaicol; Carbocisteína; Cloreto de cetilpiridínio; Cloreto de sódio; Cloridrato de ambroxol; Cloridrato de azelastina; cloridrato de benzidamina; Cloridrato de bromexina; Cloridrato de difenidramina + cloreto de amônio + citrato de sódio; Cloridrato de fexofenadina; Desloratadina; Dropropizina; Ebastina; Fendizoato de cloperastina; Guaifenesina; Levomentol + cânfora + óleo de eucalipto; Loratadina; Maleato de dexclorfeniramina; Tirotricina + sulfato de hidroxiquinolina + cloridrato de lidocaína	35 (19%)	80	3 (16%)	32 (19%)
Incompleto*	Alfaestradiol; Ascorbato de sódio + colesticalferol + citrato de zinco trihidratado; Bacillus cereus; Cânfora; Coaltar; Essência de terebentina + salicilato de metila + cânfora + mentol; Eucaliptol + terpina monoidratada + mentol; Hialuronato de sódio; Hidroxiquinolina + trolamina; Palmitato De retinol (Vit. A) + colesticalferol (Vit. D3) + acetato de racealfatocoferol; Polissulfato de mucopolissacarídeo; Racemetionina + cloreto de colina; Racemetionina + cloreto de colina + inositol + cianocobalamina; Subgalato de bismuto + óxido de zinco; Subgalato de bismuto + óxido de zinco + iodeto de timol	15 (8%)	20	0 (0%)	15 (9%)
TOTAL		188	376	19 (10%)	169 (90%)

Fonte: elaboração própria.

* Fármacos que não foram encontradas as classificações no Código ATC.

Dos 188 fármacos classificados em 13 grupos Ciap-2¹², 26% são classificados no grupo Digestivo (D), correspondendo a 48 medicamentos, representando assim o maior grupo.

O segundo maior grupo com número de MIP é o grupo Pele (S), com 21% dos fármacos, correspondendo a 40 medicamentos (tabela 2).

Tabela 2. Classificação dos MIPs de acordo com o grupo Ciap-2

Grupo Ciap-2	Principais Indicações	Número de Fármacos	Nível de Evidência (Grade)			Força de Recomendação (Grade)
			Alto/ Moderado	Baixo/Muito Baixo/ Sem Evidência	Forte	Fraca / Sem Evidência
Sintomas gerais e inespecíficos (A)	Dores leves, moderadas a fortes, incluindo as associadas com cólicas menstruais e a gripes e resfriados comuns; febre; dores musculares e articulares, entre outros.	13 (7%)	12 (10%)	1 (1%)	10 (12%)	3 (3%)
Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfático (B)	Anemias por deficiência de ferro	1 (1%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)
Digestivo (D)	Alívio de cólicas gastrointestinais, das vias biliares, dos órgãos sexuais e das vias urinárias, alívio da regurgitação ácida, azia e dor de estômago devido a má digestão, enjoo e vômito, alívio da azia, eructação e flatulência; laxativo; prisão de ventre, inflamação e dores na mucosa da boca e garganta; ascaridíase, entre outros.	48 (26%)	26 (23%)	22 (30%)	24 (29%)	24 (23%)
Olhos (F)	Lubrificante oftálmico / lágrima artificial; irritação e prurido oculares causados por exposição a agentes irritantes e higiene dos olhos.	12 (6%)	7 (6%)	5 (7%)	6 (7%)	6 (6%)
Ouvidos (H)	Dor de ouvido e remoção de cerume;	2 (1%)	0 (0%)	2 (3%)	0 (0%)	2 (2%)
Circulatório (K)	Flebites e tromboflebites superficiais, hematomas e contusões, dor pós escleropatia venosa; hemorroidas; fissuras, prurido e eczema da região do ânus; curativos após cirurgias proctológicas.	3 (2%)	2 (2%)	1 (1%)	2 (2%)	1 (1%)
Musculoesquelético (L)	Dor e inflamação do sistema musculoesquelético e dores musculares leves e moderadas	17 (9%)	2 (2%)	15 (21%)	2 (2%)	15 (14%)
Sistema nervoso (N)	Cefaleia, enxaqueca e cólicas abdominais; cefaleia e alergias; dores leves a moderadas associadas a contrações musculares, incluindo cefaleia tensional	6 (3%)	6 (5%)	0 (0%)	3 (4%)	3 (3%)
Psicológico (P)	Dependência do tabaco e sintomas da síndrome de abstinência de nicotina	1 (1%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)
Respiratório (R)	Tosse seca com ou sem catarro associada a gripes e resfriados ou à inalação de agentes irritantes; mucosa nasal ressecada e irritada; congestão nasal; inflamação da garganta; secreções mucosas densas e viscosas nas vias respiratórias, decorrentes ou associadas a doenças broncopulmonares; sintomas de gripe, resfriado, rinite e sinusite, alérgicos ou não; sintomas de urticária ou alergias da pele, eczemas, picada de inseto; conjuntivite alérgica; dermatite atópica.	38 (20%)	28 (24%)	10 (14%)	17 (20%)	21 (20%)
Pele (S)	Ferimentos superficiais na pele; higienização das mãos e corpo; afecções cutâneas; prurido; picada de inseto; tratamento e remoção de verrugas comuns; hematomas e inflamações provocadas por varizes e em processos inflamatórios localizados; escabiose; pediculose; infestações por carrapatos; micoses de pele; frieiras de unhas, vulvar e peniana; dermatite seborreica, pitiríase; infecções bacterianas da pele e mucosa, como impetigo e furúnculo; eczemas e queimaduras infectados, úlcera cutânea, caspa, dermatite de fraldas; brotoejas; desodorante e antiperspirante dos pés e axilas; acne vulgar; rosácea entre outros.	40 (21%)	27 (23%)	13 (18%)	18 (21%)	22 (21%)

Tabela 2. Classificação dos MIPs de acordo com o grupo Ciap-2

Grupo Ciap-2	Principais Indicações	Número de Fármacos	Nível de Evidência (Grade)		Força de Recomendação (Grade)	
			Alto/Moderado	Baixo/Muito Baixo/Sem Evidência	Forte	Fraca / Sem Evidência
Endócrino, metabólico e nutricional (T)	Distúrbios metabólicos hepáticos	6 (3%)	2 (2%)	4 (5%)	0 (0%)	6 (6%)
Urinário (U)	Dor, ardor e desconforto para urinar.	1 (1%)	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
TOTAL		188	115 (61%)	73 (39%)	84 (45%)	104 (55%)

Fonte:elaboração própria.

Análise do nível de evidência e força de recomendação

Quanto ao nível de evidência segundo o método Grade¹⁵, há registro de 61% dos fármacos classificados como alto/moderado e 39% como baixo/muito baixo/sem evidência. O grupo com maior percentual de qualidade da evidência alto/moderado é o grupo Respiratório (R), com 28 fármacos.

Em relação a força de recomendação, 45% dos fármacos possuem recomendação forte para a indicação clínica proposta, sendo o grupo Digestivo (D) com maior número de fármacos. Em contrapartida, 55% dos fármacos apresentam força de recomendação fraca/sem evidência (*tabela 2*).

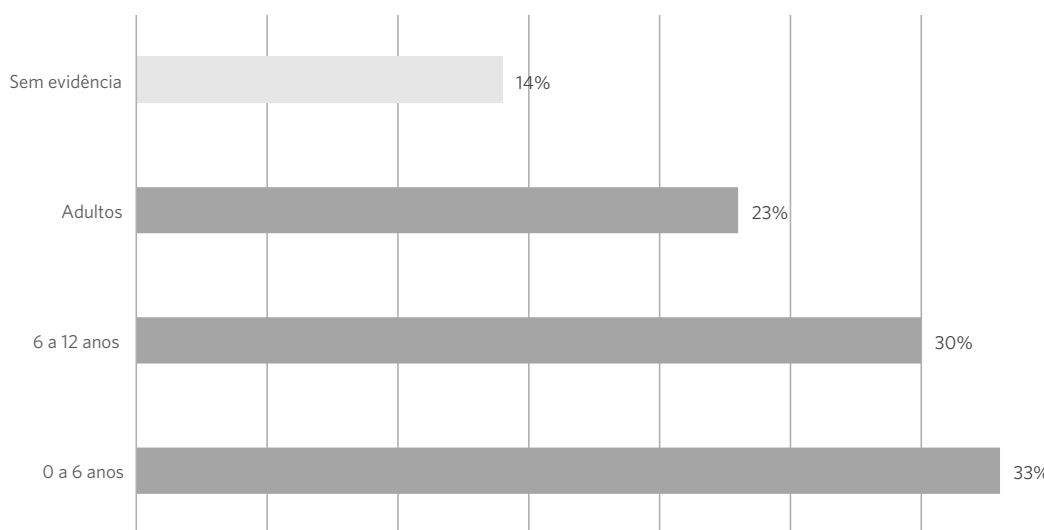
É importante destacar que o *tabela 2* apresenta uma classificação geral dos fármacos, porém existem diversos componentes que são classificados dentro de capítulos específicos. Por exemplo, o Capítulo Respiratório é

abordado de maneira geral, mas, neste trabalho, está relacionado a subclasses como R05 Tosse, R07 Espirro/Congestão Nasal, R21 Sinais/Sintomas da garganta, R74 Infecção Aguda do Aparelho Respiratório Superior, R80 Gripe e R97 Rinite alérgica.

Análise do grau de risco dos medicamentos

Em relação às faixas etárias para utilização dos MIP, 33% desses medicamentos têm registro para uso em crianças de 0 a 6 anos. Em segundo lugar, 30% deles podem ser utilizados por crianças de 6 a 12 anos. Porém, é importante ressaltar que 23% dos 188 MIP apresentam restrições quanto à idade e só podem ser usados por adultos, o que representa 43 diferentes fármacos. Além disso, não foram encontradas evidências de idade mínima de uso para 14% dos MIP, devido à falta de estudos nessa população (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Restrição de uso em crianças

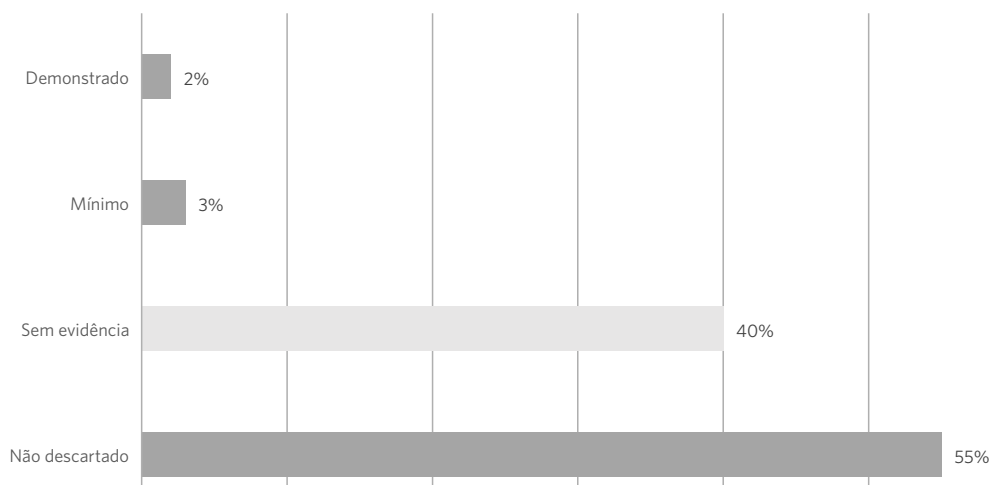


Fonte: elaboração própria.

Dos 112 fármacos classificados para uso durante a gravidez, 55% apresentaram evidências de que há risco fetal que não pode ser descartado. Além disso, 40% não possuem evidências que confirmem sua segurança durante a gestação. Apenas 3% dos fármacos analisados foram considerados seguros para uso durante a gestação. Por outro lado, foram identificados 4 fármacos (2%) que são contraindicados para

gestantes devido ao risco de efeitos adversos. Outrossim, 5 fármacos (3%) apresentam risco fetal mínimo durante a gravidez, são eles: Policarbofila cálcica; Magaldrato + simeticona; Picossulfato de sódio + Cássia senna 1DH + Polygonum punctatum 1CH + Collinsonia canadensis 1CH; Tirotricina + sulfato de hidroxiquinolina + fluoreto de sódio; e Cloridrato de fexofenadina (gráfico 2).

Gráfico 2. Restrição de uso na gravidez

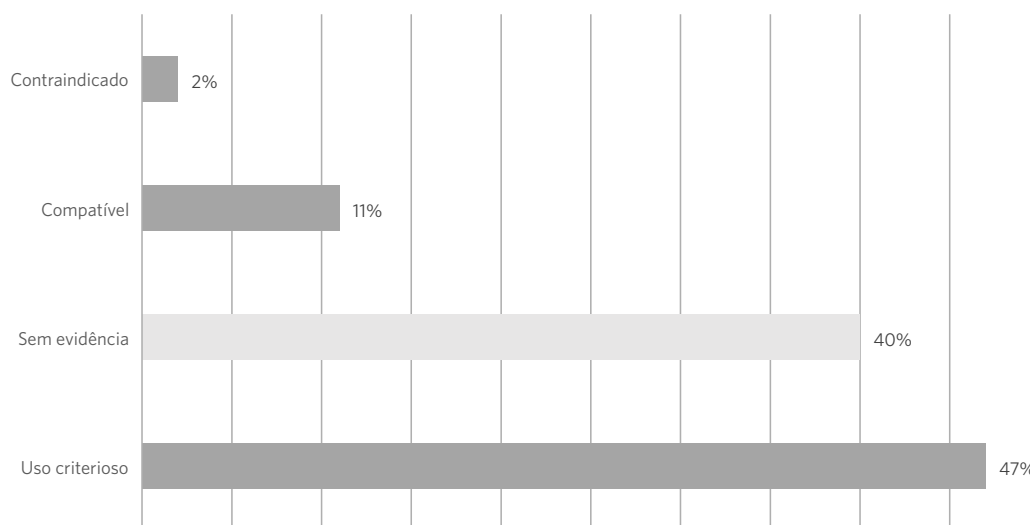


Fonte: elaboração própria.

Os fármacos classificados como compatíveis com a amamentação são potencialmente seguros, já que não há relatos de efeitos farmacológicos significativos para o lactente. Esses medicamentos representam 11% do total. No entanto, é importante avaliar cuidadosamente a relação risco/benefício antes de usá-los e monitorar clinicamente o seu uso. Já os fármacos classificados como uso criterioso representam 47% do total, totalizando 88 medicamentos.

Os fármacos que compõem a categoria de uso contraindicado exigem a interrupção da amamentação, devido às evidências ou ao risco significativo de efeitos adversos para o lactente. Esses medicamentos representam apenas 2% do total. Por outro lado, 40% dos fármacos não se enquadram em nenhuma das três categorias de risco mencionadas acima devido à falta de evidências robustas sobre seu uso durante a amamentação e são classificados como 'sem evidência' (gráfico 3).

Gráfico 3. Restrição de uso na lactação



Fonte: elaboração própria.

Discussão

Na análise do perfil farmacológico dos 188 fármacos classificados como MIP¹¹, os grupos trato alimentar e metabolismo e sistema respiratório apresentaram maior disponibilidade de fármacos, o que pode estar correlacionado a uma possível utilização inadequada desses medicamentos. Um estudo de Mastroianni et al.²⁰ apresentou que o maior número de reações adversas a medicamentos em admissão hospitalar estava relacionado ao uso não racional de medicamentos sem prescrição médica utilizados para sistema digestório (20,5%) e

respiratório (18,2%), no qual os dados corroboram com os resultados encontrados nas principais indicações e grupos do Ciap-2¹².

O maior número de fármacos disponíveis nessas duas classes reflete seu uso generalizado e sem aconselhamento profissional por parte da população. Isso pode ser justificado pelo grande número de opções disponíveis, corroborando com os resultados de Lasota et al.²¹. Em seu estudo sobre o mercado de MIP na Polônia, os autores observaram que os fármacos mais buscados por consumidores em balcão de farmácia eram para doenças digestivas (27%) e respiratórias (68%), incluindo gripes e resfriados²¹.

Embora se acredite que o uso de medicamentos de venda livre seja relativamente seguro, seu uso inadequado pode resultar em graves consequências. Em um estudo conduzido na cidade de Asmara, capital da Eritreia, os pesquisadores descobriram que de 609 clientes entrevistados em farmácias, 93,7% praticavam automedicação com medicamentos de venda livre, dos quais 81,8% estavam em prática de risco. Os medicamentos mais buscados incluíam aqueles para tratamento de problemas respiratórios (14,2%) e analgésicos (34,3%)²².

Um estudo observacional realizado na Espanha mostrou que 78,9% dos indivíduos já haviam tomado ou estavam tomando um MIP e que o consumo desses medicamentos pode ser inseguro, pois o autodiagnóstico incorreto ou a ingestão de doses inadequadas podem levar a efeitos colaterais, ocorrência de reações adversas e interações medicamentosas²³.

De acordo com a RDC da Anvisa nº 98, de 1º de agosto de 2016²⁴, há critérios para um medicamento ser enquadrado como isento de prescrição, tais como: tempo mínimo de comercialização, segurança (considerando avaliação da causalidade, gravidade e frequência de eventos adversos), indicação para o tratamento, utilização por curto período, ser manejável pelo paciente, baixo potencial de risco e não apresentar dependência²⁴.

A prática da saúde baseada em evidências é uma importante abordagem que visa utilizar a melhor evidência científica disponível para orientar a tomada de decisão clínica¹⁵. O nível de evidência e a força de recomendação determina a avaliação do grau de confiança nas estimativas dos efeitos das intervenções propostas, assim como na determinação da direção e da força de recomendação do manejo^{15,25}.

Apesar de haver um número de fármacos bastante considerável com o Grade baixo/muito baixo/sem evidência e a força de recomendação fraca/sem evidência, entende-se que ainda existem muitas limitações de estudos quanto a evidência dos fármacos e a recomendação para determinadas indicações clínicas, já que os critérios são qualitativos²⁶.

Embora parte dos MIP apresente evidências de baixa qualidade, eles são bastante utilizados para o manejo de problemas autolimitados, contribuindo, assim, para o autocuidado do paciente. Há um percentual expressivo na classe de baixo/muito baixo/sem evidência (39%) e com fraca força de recomendação (55%) dos medicamentos, o que configura um risco para a utilização, dados que são complementados por Scherf-Clavel²⁷ quando alertaram sobre a possibilidade de maior frequência de interações medicamentosas em medicamentos de venda livre, principalmente os anti-inflamatórios não-esteroides e suplementos alimentares²⁷.

Para ajudar no diagnóstico mais exato, a medida de escolha dos fármacos com baixa qualidade de evidência não deve ser feita isoladamente. Isso pode envolver a consideração da experiência na prática clínica e incentivar a participação do paciente nas decisões de seu próprio tratamento, alinhando-se com o estudo de Moritz et al.²⁸, que destaca como a prática baseada em evidências estabelece os melhores resultados científicos disponíveis com a experiência clínica e as preferências do paciente, a fim de otimizar a tomada de decisão clínica^{28,29}.

Um estudo realizado na Alemanha relatou que a classificação da eficácia do medicamento está entre os critérios mais importantes para a recomendação de MIP³⁰. Por outro lado, julgaram os dados de ensaios clínicos tão importantes quanto a experiência pessoal, apontando que as evidências científicas de ensaios clínicos não são implementadas suficientemente na prática clínica devido a dificuldades de inclusão de dados de ensaios no aconselhamento^{30,31}. Com isso, os farmacêuticos precisam se familiarizar com o acesso a informações baseadas em evidência por meio de fontes secundárias, tais como revisões sistemáticas e diretrizes clínicas baseadas em evidências, sendo de extrema relevância devido a variedade de MIP existentes e as condições clínicas³².

Devido às restrições do uso de alguns medicamentos de uso exclusivo para adultos, apesar do crescente interesse em pesquisa na

área da pediatria, ainda há barreiras de dilemas éticos que atravessam a pesquisa científica nesse grupo populacional. Por consequência, o desenvolvimento de medicamentos e suas evidências de eficácia e segurança são baseados em pesquisas que envolvem adultos, de modo que ocorram adaptações desses resultados. Kimland et al.³³ reiteram que as doses de medicamentos para uso infantil muitas vezes são derivadas de doses para adultos após o ajuste do peso corporal. Porém, sabe-se que as respostas farmacocinéticas de um fármaco são diferentes nas crianças em comparação aos adultos, assim como essas respostas mudam conforme o crescimento e a maturação³³. Com isso, a população pediátrica apresenta necessidades especiais e requerem demandas específicas para permitir a administração de doses adequadas³⁴.

O uso *off-label* de medicamentos na pediatria é um problema de saúde pública em lactentes, crianças e adolescentes, já que muitos medicamentos ainda não possuem informações adequadas em suas bulas para uso nessa faixa etária^{35,36}. A falta de ensaios clínicos pediátricos leva a uma documentação limitada ou inexistente em relação a muitos medicamentos aprovados³³. Com isso, a prescrição *off-label* deve ser baseada em evidências científicas e garantir um alto nível de respeito às necessidades e direitos dos pacientes, assim como o consentimento deles³⁷.

Em relação aos riscos do uso de MIP durante a gravidez, em mais da metade deles foi considerado que o risco fetal não poderia ser descartado, enquanto outros 40% não foi possível localizar evidências de restrição. Sinclair et al.³⁸ argumentaram que as informações contidas em bula são limitadas, independentemente de serem baseadas em evidências humanas ou estudos em animais, já que muitas vezes os dados de segurança não estão disponíveis³⁸. Biggio et al.³⁹ afirmaram que cerca de 50% das mulheres usam algum medicamento que tem poucas informações sobre os riscos durante a gravidez, bem como há poucos medicamentos no mercado com indicação específica de uso ou dosagem na gravidez³⁹.

Estudos descrevem que a exclusão de mulheres grávidas nos ensaios clínicos acontece devido ao potencial risco associado a questões legais, éticas e de segurança^{40,41}. Ren et al.⁴⁰ relataram que, geralmente, os medicamentos prescritos para gestantes e lactantes são utilizados como *off-label*, pois muitos medicamentos clinicamente aprovados não apresentam informações de rotulagem apropriadas para gestantes e lactantes^{40,41}. A falta de informação abrange todos os aspectos farmacêuticos, como dados limitados sobre o risco embrionário e informações farmacocinéticas e farmacodinâmicas limitadas durante e após a gravidez^{42,43}.

Em seu estudo, Stanley et al.⁴³ afirmaram que o risco dos Anti-inflamatórios Não Esteroidais (Aines) depende do tipo de medicamento, dosagem, idade gestacional e duração do tratamento. Atualmente, o FDA recomenda uma análise do risco-benefício de Aines devido ao risco de aborto espontâneo na gravidez, assim como aconselha o uso com cautela no primeiro e no segundo trimestre de gravidez⁴³. Ribeiro et al.⁴² afirmaram que os medicamentos comumente usados em automedicação na gestação incluem os analgésicos, antiácidos e medicamentos para resfriados e alergias⁴².

Alguns medicamentos podem ser utilizados durante a gestação. Aproximadamente, 90% das mulheres grávidas tomam pelo menos um MIP^{42,44,45}. Na relação dos MIP, os medicamentos que demonstraram possibilidade de danos fetais incluem: diclofenaco sódico, naproxeno, naproxeno sódico e ureia. Um medicamento que apresenta indícios de dano fetal seria o cloridrato de papaverina + dipirona + extrato fluido de atropa belladonna. A capacidade de medicamentos, como diclofenaco e naproxeno, de atravessar a placenta no primeiro trimestre destaca o aumento do risco de aborto espontâneo⁴⁵.

Existem poucos dados sobre o uso de medicamentos na gravidez^{45,46}, mas mesmo não havendo evidências científicas, é preciso ter muita cautela, pois o uso de alguns medicamentos, dependendo do tipo, da dosagem e do tempo de administração, podem oferecer

riscos ao feto. Por isso, a relação risco-benefício deve ser discutida com o farmacêutico¹⁹.

Muitas informações sobre a segurança e toxicidade de medicamentos são adquiridas por meios da farmacovigilância pós-comercialização ou estudos retrospectivos em estágio final, do mesmo modo que os dados de eficácia e dosagem se excederam de estudos realizados em homens e mulheres não grávidas⁴⁴. Ribeiro et al.⁴² informaram que o primeiro semestre de gestação é o mais delicado e de maior risco de ação danosa para o feto, pois é nessa fase que acontecem as transformações embriológicas, sendo fundamental o cuidado aumentado na administração de medicamentos⁴².

No que se refere ao risco de uso de medicamentos durante a lactação, é frequente o uso de medicamentos por mulheres que estão amamentando e alguns medicamentos requerem cautela devido ao risco de efeitos adversos nos lactentes e/ou na lactação¹⁹. O recém-nascido também é o receptor passivo dos medicamentos tomados pela lactante, pois muitos medicamentos podem ser encontrados no leite materno⁴⁶.

É comum a recomendação para interromper a amamentação durante um tratamento medicamentoso, pois muitas vezes há profissionais que desconhecem o grau de segurança do uso de algum fármaco durante o período de lactação^{19,47}. Perrot et al.⁴⁸ apontaram que menos de um terço das mulheres grávidas indicaram estar cientes dos potenciais riscos associados aos anti-inflamatórios não esteroidais durante a gravidez, sugerindo, assim, que um possível risco não deve ser subestimado⁴⁸.

Dado os diversos contextos nos países, os critérios para inclusão de tecnologias farmacêuticas variam, mas a cultura de consumo desses medicamentos é comum a todos eles. Em muitos países, as farmácias comunitárias são o ponto de partida e o canal preferido para adquirir medicamentos, de modo que esses estabelecimentos de saúde consistem em fornecer atenção, educação em saúde e incentivar o autocuidado⁴⁹. A ampla utilização de medicamentos sem a devida orientação de

um profissional da saúde está acompanhada, na maioria dos casos, do desconhecimento dos malefícios que os medicamentos poderão ocasionar⁵⁰. As consequências do uso irracional desses medicamentos podem consistir em uma maior suscetibilidade às reações adversas, já que alguns apresentam limitações quanto à idade do paciente e cautela para uso em idosos, durante a gravidez e na lactação, além do grau de evidência variado para a indicação clínica.

Conclusões

Este estudo revelou um cenário complexo em relação aos MIP disponíveis no Brasil. Embora uma proporção significativa desses medicamentos apresente evidência de qualidade alta ou moderada, ainda existem desafios relacionados à segurança e adequação do uso, especialmente em populações específicas, como crianças, gestantes e lactantes. A presença de uma alta prevalência de fármacos com força de recomendação fraca e restrições de uso em determinadas faixas etárias e condições clínicas destaca a necessidade de uma abordagem cautelosa na prescrição e uso desses medicamentos. Mais pesquisas e monitoramento são essenciais para melhor compreender os riscos e benefícios associados aos MIP, garantindo assim uma prática clínica mais segura e baseada em evidências.

Colaboradores

Laismann NA (0000-0001-7548-2241)* coordenou a escrita do manuscrito e a coleta dos dados da pesquisa. Calado GP (0000-0003-1653-2784)* contribuiu para a análise dos dados e auxiliou na escrita no manuscrito. Barbosa APO (0009-0007-9549-6916)* e Lima RF (0000-0001-8173-4425)* contribuíram igualmente para a revisão do manuscrito. Santana RS (0000-0003-4481-210X)* contribuiu para a revisão e orientação da pesquisa. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Salomon FC, Barbosa JR. Boletim de farmacovigilância: medicamentos isentos de prescrição. Bolet farmacovig [Internet]. 2020 [acesso em 2024 ago 21];9:14. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/monitoramento/farmacovigilancia/boletins-de-farmacovigilancia/boletim-de-farmacovigilancia-no-09.pdf>
- Sobczak Ł, Goryński K. Pharmacological aspects of over-the-counter opioid drugs misuse. *Molecules*. 2020;25(17):3905. DOI: <https://doi.org/10.3390/molecules25173905>
- Mota KD, Pereira ML, Coelho EB, et al. Medicamentos isentos de prescrição (MIP): o farmacêutico pode prescrever, mas ele sabe o que são? *Rev OFIL*. 2020;30(1):52-5. DOI: <https://doi.org/10.4321/s1699-714x20200001000013>
- World Health Organization. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022. [acesso em 2024 ago 21]. 186 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>
- Revista Saúde News [Internet]. Cascavel: Revista Saúde News; [1996]. Tire suas dúvidas sobre o uso de medicamentos isentos de prescrição. [acesso em 2024 ago 21]. Disponível em: <https://www.revista-saudenews.com.br/post/152/tire-suas-duvidas-sobre-o-uso-de-medicamentos-isentos-de-prescricao>
- Conselho Federal de Farmácia (BR). Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2013 set 25 [acesso em 2024 ago 21]; Edição 186; Seção 1:186-8. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>
- Conselho Federal de Farmácia (BR). Resolução nº 586 de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2013 set 26 [acesso em 2024 ago 21]; Edição 187; Seção 1:136. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/586.pdf>
- Miranda Filho JP, Andrade Júnior FP, Montenegro CD. Cuidados farmacêuticos e os medicamentos isentos de prescrição: revisão integrativa da literatura. *Arch Health Investig*. 2021 [acesso em 2024 ago 21];10(1):153-62. DOI: <https://doi.org/10.21270/archi.v10i1.4903>
- Algarni M, Hadi MA, Yahyouche A, et al. A mixed-methods systematic review of the prevalence, reasons, associated harms and risk-reduction interventions of over-the-counter (OTC) medicines misuse, abuse and dependence in adults. *J Pharm Policy Pract*. 2021;14(76):1-16. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40545-021-00350-7>
- Halila G, Junior E, Otuki M, et al. The practice of OTC counseling by community pharmacists in Parana, Brazil. *Pharm Pract*. 2015;13(4):597. DOI: <https://doi.org/10.18549/pharmpract.2015.04.597>
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Instrução Normativa nº 120 de 9 de março de 2022. Define a lista de medicamentos isentos de prescrição [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2022 mar 9 [acesso em 2024 ago 21]; Edição 51; Seção 1:126. Disponível em: <https://cff.org.br/userfiles/IN%20120%20-%20DE%209%20DE%20MARCO%20DE%202022.pdf>
- Comitê Internacional de Classificação da Organização Mundial de Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) [Internet]. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009 [acesso em 2024 ago 21]. 200 p. Disponível em: https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%20/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf
- Norwegian Institute of Public Health. ATC/DDD Index 2024 [Internet]. Noruega: WHO; Collaborating

- Centre for Drug Statistics Methodology; 2024 [acesso em 2024 ago 22]. Disponível em: https://atcddd.fhi.no/atc_ddd_index/
14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2024 ago 21]. 217 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2019/rename-2020-final-pdf/view>
 15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2024 ago 21]. 72 p. Disponível em: <https://rebrats.saude.gov.br/diretrizes-metodologicas?download=61:diretrizes-metodologicas-sistema-grade-manual-de-gradacao-da-qualidade-da-evidencia-e-forca-de-recomendacao-para-tomada-de-decisao-em-saude-1-edicao>
 16. Benzon HT, Joshi GP, Gan TJ, et al. Development, Reporting, and Evaluation of Clinical Practice Guidelines. *Anesthesia Analg*. 2019;129(6):1771-7. DOI: <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004441>
 17. Htanalyze [Internet]. Utilizando o Sistema GRADE em Revisões Sistemáticas e Metanálises. Porto Alegre: Htanalyze; 2015 [acesso em 2024 ago 22]. Disponível em: <https://www.htanalyze.com/blog/grade-revisoes-sistematicas-e-metanalises/>
 18. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução da Diretoria Colegiada nº 770 de 12 de dezembro de 2022. Estabelece frases de alerta para substâncias, classes terapêuticas e lista de controle em bulas e embalagens de medicamentos [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2022 dez 12 [acesso em 2024 ago 21]; Edição 234; Seção 1:154. Disponível em: www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-770-de-12-de-dezembro-de-2022-450308284
 19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 2024 ago 21]. 92 p. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Amamentação_e_uso_de_medicamentos_e_outras_substancias_%20Brasil_%20Min_Saúde.pdf
 20. Mastroianni PD, Varallo FR, Barg MS, et al. Contribuição do uso de medicamentos para a admissão hospitalar. *Braz J Pharm Sci*. 2009;45(1):163-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1984-82502009000100020>
 21. Lasota D, Mirowska-Guzel D, Goniewicz M. The Over-the-Counter Medicines Market in Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24):17022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192417022>
 22. Tesfamariam S, Anand IS, Kaleab G, et al. Self-medication with over the counter drugs, prevalence of risky practice and its associated factors in pharmacy outlets of Asmara, Eritrea. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6470-5>
 23. Sánchez-Sánchez E, Fernández-Cerezo FL, Díaz-Jimenez J, et al. Consumption of over-the-Counter Drugs: Prevalence and Type of Drugs. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(11):5530. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18115530>
 24. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução da Diretoria Colegiada nº 98 de 1º de agosto de 2016. Dispõe sobre os critérios e procedimentos para enquadramento de medicamentos como isentos de prescrição e o reenquadramento como medicamentos sob prescrição, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2016 ago 1 [acesso em 2024 ago 21]; Edição 148; Seção 1:32. Disponível em: https://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2921766/RDC_98_2016_COMP.pdf/dcb09ea1-e222-4192-98c5-54a13426dc4a
 25. Iorio A, Spencer FA, Falavigna M, et al. Use of GRADE for assessment of evidence about prognosis: rating confidence in estimates of event rates in broad categories of patients. *BMJ*. 2015;350:h870. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.h870>

26. Phi L, Ajaj R, Ramchandani MH, et al. Expanding the Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (Ex-GRADE) for Evidence-Based Clinical Recommendations: Validation Study. *Open Dent J.* 2012;6(1):31-40. DOI: <https://doi.org/10.2174/1874210601206010031>
27. Oliver SC. Drug-drug interactions with OTC medicines. *Ther Drug Monit.* 2021;(2):253-74. DOI: <https://doi.org/10.1097/ftd.0000000000000924>
28. Moritz K, Seiberth JM, Schiek S, et al. The impact of evidence from clinical trials on counseling for over-the-counter drugs: a national survey of pharmaceutical staff in German pharmacies. *J Clin Pharm Ther.* 2019;44(6):895-903. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpt.13013>
29. Schneider LR, Pereira RP, Ferraz L. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate.* 2018;42(118):594-605. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811804>
30. Al-Quteimat OM, Amer AM. Evidence-based pharmaceutical care: the next chapter in pharmacy practice. *Saudi Pharm J.* 2016;24(4):447-51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2014.07.010>
31. Johnson H. Selling evidence over the counter: Do community pharmacists engage with evidence-based medicine? *Med Writ.* 2013;22(4):275-78. DOI: <https://doi.org/10.1179/2047480613z.000000000146>
32. Hanna LA, Hughes C, Watson M. Where's the evidence? Over-the-counter medicines and pharmacy practice. *Inter J Pharmac Pract.* 2012;20(5):275-76. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.2042-7174.2012.00244.x>
33. Kimland E, Odland V. Off-Label Drug Use in Pediatric Patients. *Clin Pharmacol Amp Ther.* 2012;91(5):796-801. DOI: <https://doi.org/10.1038/clpt.2012.26>
34. Knopf H, Wolf IK, Sarganas G, et al. Off-label medicine use in children and adolescents: results of a population-based study in Germany. *BMC Public Health.* 2013;13(1)631. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-631>
35. Frattarelli DA, Galinkin JL, Green TP, et al. Off-Label Use of Drugs in Children. *Pediatrics.* 2014;133(3):563-67. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2013-4060>
36. Ferreira TR, Lopes LC. Analysis of analgesic, antipyretic, and nonsteroidal anti-inflammatory drug use in pediatric prescriptions. *J Pediatr.* 2016;92(1):81-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.04.007>
37. Golocorbin-Kon S, Ilickovic I, Mikov M. Reasons for and frequency of off - label drug use. *Med Ver.* 2015; 68(1-2):35-40. DOI: <https://doi.org/10.2298/mpns1502035g>
38. Sinclair SM, Miller RK, Chambers C, et al. Medication Safety During Pregnancy: Improving Evidence-Based Practice. *J Midwifery Amp Womens Health.* 2016;61(1):52-67. DOI: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12358>
39. Biggio JR. Research in Pregnant Subjects: Increasingly Important, but Challenging. *Ochsner J.* 2020;20(1):39-43. DOI: <https://doi.org/10.31486/toj.19.0077>
40. Ren Z, Bremer AA, Pawlyk AC. Drug development research in pregnant and lactating women. *Am J Obstet Gynecol.* 2021;225(1):33-42. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.04.227>
41. Dathe K, Schaefer C. The use of medication in pregnancy. *DTSCH Aerzteblatt.* 2019;116:783-90. DOI: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0783>
42. Ribeiro AS, Silva MV, Guerra PG, et al. Risco potencial do uso de medicamentos durante a gravidez e a lactação. *Infarma Cienc Farm.* 2013;25(1):62-7. DOI: <https://doi.org/10.14450/2318-9312.v25.e1.a2013.pp62-67>
43. Stanley AY, Durham CO, Sterrett JJ, et al. Safety of Over-the-Counter Medications in Pregnancy. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2019;44(4):196-205. DOI: <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000537>
44. Ayad M, Costantine MM. Epidemiology of medications use in pregnancy. *Semin Perinatol.* 2015;39(7):508-11. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2015.08.002>

45. Eserian JK, Aparecida Kalleian E. Estimativa de custo do tratamento com medicamentos antipsicóticos. *JM-PhC J Manag Amp Prim Health Care*. 2021;12(spec):1-2. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.1044>
46. Caritis SN, Venkataramanan R. Obstetrical, fetal, and lactation pharmacology - a crisis that can no longer be ignored. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;225(1):10-20. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.02.002>
47. Ailes EC, Zimmerman J, Lind JN, et al. Using Supervised Learning Methods to Develop a List of Prescription Medications of Greatest Concern during Pregnancy. *Matern Child Health J*. 2020;24(7):901-10. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10995-020-02942-2>
48. Perrot S, Cittée J, Louis P, et al. Self-medication in pain management: the state of the art of pharmacists' role for optimal Over-The-Counter analgesic use. *Eur J Pain*. 2019;23(10):1747-62. DOI: <https://doi.org/10.1002/ejp.1459>
49. Prado NM, Carvalho VN, Nunes FG, et al. Análise da produção científica sobre os serviços farmacêuticos comunitários no enfrentamento da pandemia pelo coronavírus. *Saúde debate*. 2021;45(129):533-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112921>
50. Sousa Marinho LN, Araújo Meirelles LM. Os riscos associados ao uso de medicamentos isentos de prescrição. *RSM [Internet]*. 2021 [acesso em 2024 mar 25];9(1):9-14. Disponível em: <http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/144>

Recebido em 11/10/2023

Aprovado em 24/04/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Barreiras de acesso: uma análise a partir da percepção das trabalhadoras do Consultório na Rua

Access barriers: Analysis based on the perception of Street Clinic workers

Priscilla Victória Rodrigues Fraga¹, Celina Maria Modena¹, Paloma Ferreira Coelho Silva¹

DOI: 10.1590/2358-289820241438963P

RESUMO O presente artigo visa analisar as barreiras de acesso aos serviços de saúde da População em Situação de Rua (PSR) e as estratégias de cuidado na percepção das trabalhadoras das equipes de Consultório na Rua (eCR) de Belo Horizonte. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com 10 trabalhadoras de duas eCR. A PSR possui barreiras de acesso discriminatórias, protocolares e simbólicas que impedem a efetivação do acesso ao direito à saúde, apesar da diretriz da equidade ser norteadora para o Sistema Único de Saúde (SUS). Essas barreiras se relacionam com o processo de exclusão social ao qual a PSR está submetida, marcado por múltiplas e sobrepostas violências, pelo acesso restrito aos direitos básicos e se agravam quando há relatos de uso de drogas. Dentre as estratégias de superação das barreiras de acesso estão a necessidade de qualificação de dados públicos sobre a PSR, alinhamentos institucionais sobre acesso da PSR ao SUS, ações de educação permanente para desmistificar mitos e preconceitos, elaboração de fluxos que considerem os modos de vida da PSR, atuação extramuros da atenção primária para vinculação da PSR do território e estratégias de fortalecimento da PSR com participação no controle social.

PALAVRAS-CHAVE Pessoas mal alojadas. Acessibilidade aos serviços de saúde. Equidade em saúde. Populações vulneráveis. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT *The present study aimed at understanding the access barriers of homeless people (HP) in Belo Horizonte city to health services as well as to analyze the employed care strategies from the Belo Horizonte Consultório na Rua (eCR), street clinics' team view. We report a qualitative study by means of semi structured interviews with 10 workers from two eCR. The investigated HP face protocol and symbolic discriminatory barriers that hamper and impede their rights of access to the health system, besides the Brazil Unified Health System (SUS) equity guidelines. These barriers are related to the social exclusion process to what the homeless people are submitted, marked by multiple and overlapping violences, restricted access to basic rights that are escalated when the use of drugs is reported. Among the strategies to overcome the access barriers are the need to qualify public data on HP, institutional dialogues on the HP access to the SUS, a more permanent education attitudes to demystify thoughts and prejudices, the need to elaborate different flows that take into account the HP's ways of life, the need of outgoing primary care actions that promote inclusion of the Belo Horizonte HP, as well as strategies that strengthen them with active social participation.*

KEYWORDS *Ill-housed persons. Health services accessibility. Health equity. Vulnerable populations. Qualitative research.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Minas), Instituto René Rachou (IRR) – Belo Horizonte (MG), Brasil. priscilla.victoria@gmail.com



Introdução

A População em Situação de Rua (PSR) é um grupo heterogêneo que possui em comum a extrema pobreza, a fragilização ou ruptura dos vínculos familiares, a inexistência de moradia convencional e a utilização de logradouros públicos como espaço de moradia e sustento¹.

O grande número da PSR no Brasil é fruto do agravamento de questões sociais, com destaque para a rápida urbanização ocorrida no século 20, com a migração para grandes cidades, para a formação de grandes centros urbanos, para a desigualdade social, para a pobreza, entre outros². A PSR vive em permanente estado de vulnerabilização, seja por não ter documentos (o que é indispensável à cidadania), seja por não possuir casa, dinheiro, emprego fixo, por não ter acesso à educação ou por encontrar dificuldades até mesmo para receber cuidados em saúde³.

Há uma escassez de dados públicos atualizados que quantifiquem e caracterizem a PSR no Brasil, sendo que não é incluída nos dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) por não se tratar de população domiciliada. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) estimou que, em 2022, existiam 281.472 pessoas em situação de rua no Brasil⁴. Em maio de 2023, havia 204.244 pessoas em situação de rua cadastradas no Cadastro Único (Cecad)⁵.

Para obter um panorama nacional sobre a realidade da PSR no Brasil, foi realizada em 2009 uma pesquisa nacional sobre a PSR que identificou 31.992 pessoas maiores de 18 anos em situação de rua. De acordo com a pesquisa, as pessoas em situação de rua possuem dificuldades de acesso aos serviços de saúde, sendo que mais da metade dos entrevistados afirmou ter sofrido discriminação e maus tratos nos serviços de saúde, onde, por vezes, são considerados portadores de 'patologia social' evitando adentrar certos espaços por entenderem que provavelmente serão expulsos¹.

As equipes multiprofissionais do Consultório na Rua (eCR) foram criadas para

lidar com os diferentes problemas e necessidades de saúde da PSR, dado o reconhecimento acerca da dificuldade de acesso aos serviços de atenção básica⁶. As eCR correspondem a uma modalidade de atendimento extramuros, que busca construir o cuidado de forma integral, oferecendo assistência em saúde *in loco* para a garantia do cuidado à PSR. As equipes compõem a Atenção Primária à Saúde (APS) e circulam nos territórios em um veículo, com oferta de cuidados em saúde adaptados às especificidades de uma população com importante complexidade⁷.

O presente artigo tem como objetivo analisar as barreiras de acesso da PSR no SUS, bem como as possibilidades de construção de cuidado a partir da percepção das trabalhadoras das eCR. Os resultados apresentados são parte de uma dissertação de mestrado⁸ que buscou compreender a atuação das eCR no espaço da rua e das cenas públicas de uso de drogas.

Material e métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, considerando que esse formato de pesquisa possibilita uma compreensão mais aprofundada de certos fenômenos sociais, privilegiando o aspecto subjetivo da ação social face à configuração das estruturas da sociedade. Dessa forma, os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser⁹.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com trabalhadoras de duas eCR (optou-se por fazer referência ao conjunto de técnicos no feminino com base na constatação que o serviço é majoritariamente composto por mulheres). A pesquisadora realizou contato com cada equipe durante reuniões de trabalho onde apresentou a pesquisa e convidou-as para participarem. O critério de seleção das trabalhadoras foi integrar uma das equipes que atuam nos territórios das cenas de uso estudadas. Como critérios de exclusão foram

definidas a recusa ou ausência do trabalho no período da coleta.

Foram realizadas 10 entrevistas, de outubro a dezembro de 2021, com duração média de quarenta minutos. Participaram duas profissionais de cada categoria (assistente social, enfermeira, redutora de danos, arte educadora e psicóloga) de duas eCR, que atuam nas cenas de uso estudadas. O áudio das entrevistas foi gravado, posteriormente transcrito, e o material foi arquivado nos servidores da instituição.

Os nomes utilizados neste artigo são fictícios para preservação do anonimato das participantes. Os dados obtidos foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo na modalidade temática¹⁰. A análise de conteúdo pode ser compreendida como uma ferramenta de análise das comunicações que faz uso de procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens.

Inicialmente, o conteúdo transcrito foi organizado por eixos temáticos; em seguida, foi realizada a análise de acordo com a frequência com que esses temas foram citados e, em um terceiro momento, foi realizada a análise transversal, em que o conteúdo transcrito é recortado e agrupado nos eixos temáticos inicialmente organizados. Dentre os eixos temáticos identificados, aqui pretende-se discutir um eixo que se apresentou como central: a percepção das trabalhadoras sobre o acesso da PSR à rede SUS.

As entrevistas tiveram como objetivo compreender a atuação do dispositivo com a PSR nas cenas de uso. Durante a análise,

percebeu-se que as barreiras de acesso foram um tema recorrente nas entrevistas. Tema que se tornou um importante elemento de investigação, considerando o olhar privilegiado extramuros das eCR em relação à PSR com sua atuação *in loco* e sua capacidade de olhar intramuros dentro da política pública de saúde. Como trabalhadoras da saúde, elas possuem uma aproximação diferenciada com a PSR, a partir da sua prerrogativa de ser um serviço de baixa exigência e com atuação no espaço da rua, o que traz um olhar mais específico sobre essa realidade. Em contraponto, possuem também o olhar dentro da institucionalidade da rede SUS/BH, considerando que a compõem.

A pesquisa foi norteada pela Resolução nº 466/12¹¹, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as diretrizes e normas acerca de pesquisas que envolvem seres humanos, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz Minas/Instituto René Rachou (CAAE 46888821.0.0000.5091) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte (CAAE 46888821.0.3001.5140) sob registro 4.084.770.

Resultados e discussão

As eCR que fizeram parte da pesquisa são compostas, em sua maioria, por mulheres negras (pretas e pardas). Na época das entrevistas, 7 trabalhadoras possuíam de um a dois anos de atuação no serviço, conforme *quadro 1* a seguir.

Quadro 1. Participantes da pesquisa

Nome	Gênero	Idade	Raça/Etnia	Escolaridade	Tempo de atuação eCR
Iris	Mulher cis	20 a 24 anos	Branca	Ensino Superior completo	De 1 a 2 anos
Amarilis	Mulher cis	30 a 34 anos	Branca	Pós-graduação completa	De 1 a 2 anos
Margarida	Homem trans	25 a 29 anos	Amarelo	Ensino Médio completo	De 1 a 2 anos
Dália	Mulher cis	30 a 34 anos	Branca	Pós-graduação completa	De 1 a 2 anos
Tulipa	Mulher cis	35 a 39 anos	Parda	Pós-graduação completa	De 3 a 4 anos
Lírio	Homem cis	25 a 29 anos	Preta	Ensino Médio completo	De 1 a 2 anos

Quadro 1. Participantes da pesquisa

Nome	Gênero	Idade	Raça/Etnia	Escolaridade	Tempo de atuação eCR
Violeta	Mulher cis	30 a 34 anos	Preta	Pós-graduação completa	De 1 a 2 anos
Camélia	Mulher cis	35 a 39 anos	Preta	Ensino Superior completo	7 anos ou mais
Azaleia	Mulher cis	30 a 34 anos	Preta	Ensino Superior incompleto	De 1 a 2 anos
Antúrio	Homem cis	20 a 24 anos	Parda	Ensino Fundamental completo	De 3 a 4 anos

Fonte: elaboração própria.

Para fins de análise, as barreiras foram categorizadas em três tipos, ainda que, por vezes, elas se entrecruzem: barreiras discriminatórias, barreiras protocolares e barreiras simbólicas, que são abordadas em cada seção respectivamente. Em seguida, são apresentados resultados que não se relacionam às categorias centrais, mas são importantes para se pensar nas possibilidades de cuidado encontradas no tópico construindo pontes.

Barreiras discriminatórias: ‘deixou lá e caiu, ninguém viu, só viu no final do plantão’

Butler demarca em sua obra ‘Vidas Precárias’ que algumas vidas são “altamente protegidas”, entretanto “outras vidas não encontrarão um suporte tão rápido e feroz e nem sequer se qualificarão como passíveis de serem enlutadas”¹²⁽⁵²⁾; o enquadramento faz com que algumas vidas sejam mais ou menos passíveis de luto. Para a autora, toda vida é precária, entretanto ela distingue a precariedade intrínseca da vida, de outra que é produto de uma política, atingindo de forma desigual em algumas populações.

É o que se poderia chamar de distribuição diferencial da precariedade, que está ligada à distribuição diferenciada de saúde e bens, e que também está relacionada ao aspecto da vida humana exposta à fome, violência ou destruição¹³⁽⁶⁹⁾.

Pinheiro relaciona a ideia de enquadramento de Butler com a desumanização dos corpos

das mulheres profissionais do sexo, com destaque à negação das dores vivenciadas por elas, pois “suas dores não são percebidas enquanto violências, e sim enquanto consequências do que elas propriamente são — mulheres trabalhadoras sexuais”¹⁴⁽⁷⁵⁾.

Sobre a noção de enquadramento a autora explica:

Quando tiramos uma fotografia, retiramos dela o que não é desejado que o outro veja, o que não deve ficar impresso. O ângulo também é uma escolha e determina a priori o que o fotógrafo quer realçar ou descartar do limite do quadro. Associando à ideia de enquadramento, o limite da moldura corresponde às suas margens, ou bordas. A moldura escolhida para uma fotografia — bem como sua produção —, ou para uma situação, carrega uma intenção discursiva e uma escolha do que cabe dentro do quadro e do que não existe diante daquele quadro, portanto não será visto¹⁴⁽⁸⁰⁾.

Sob a lógica do enquadramento, ao se deparar com a pessoa em situação de rua, o sujeito que a vê decide (por uma escolha consciente ou não) direcionar seu olhar a esses sujeitos colocando-os no ângulo do enquadramento ou à margem deste, para fora das bordas. Relacionando a realidade apresentada sobre as profissionais do sexo com a PSR, percebe-se um contexto similar de marginalização e discriminação quando a precariedade vivenciada é associada à vagabundagem, preguiça ou escolha, fazendo com que eles estejam fora do enquadramento dos seres que devem ser cuidados.

Destaca-se aqui, segundo Pinheiro¹⁴⁽⁸⁰⁾

Que ver ‘esses sujeitos’ é muito mais que olhar, pois se trata de uma escolha política. Tudo que é visto é delimitado por bordas que excluem da imagem capturada o que não deve estar dentro do quadro. [grifo nosso].

A noção de discriminação racial utilizada por Almeida, como “a atribuição de tratamento diferenciado a membros de grupos racialmente identificados”¹⁵⁽³²⁾, tem como “requisito fundamental o poder, sem o qual não é possível atribuir vantagens ou desvantagens por conta da raça”¹⁵⁽³²⁾.

No presente texto, a palavra discriminação é representada como a ação de intolerância e preconceito que separa e segrega pessoas ou grupos, culminando em desvantagens ou privilégios para indivíduos a depender do grupo ao qual pertençam, seja por raça, etnia, gênero, orientação sexual, religião, situação social, deficiência, entre outros, reconhecendo que tais práticas nos serviços de saúde são sabidamente fatores dificultadores do acesso e do cuidado em saúde².

Nesse sentido, utilizou-se para definir como barreiras discriminatórias as ações desenvolvidas por atores públicos que impedem ou desqualificam as ofertas para a PSR movidas por preconceitos, como os relatos de recusa de atendimento; distanciamento na hora de examinar; atendimentos inadequados; não encostar no sujeito durante a avaliação clínica; demandar que o usuário retorne mais limpo; deixar de indicar uma terapêutica por descreditar na adesão⁸.

Nas entrevistas, foram relatados diversos casos que podem ser relacionados à noção de barreiras discriminatórias por se tratar de pessoa em situação de rua, entretanto uma situação desperta a atenção em função da gravidade e do desfecho negativo do quadro: na ocasião em que a eCR levou um usuário para a internação, posteriormente a equipe recebeu ligação de uma profissional da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), informando: “tem

um moço que está aqui na porta que vocês trouxeram ontem, ele não quer ficar, ele está aqui na porta, mas ele não pode ficar aqui na porta”. E Amarilis, uma das entrevistadas, responde: “*Não! Ele pode ficar onde ele quiser. Mas ele está bem? O que está acontecendo?*”. A profissional da UPA informou que ele não conseguia andar, mas havia assinado um “*termo de evasão*”.

Quando a equipe chegou à unidade, o paciente já havia sido levado novamente para dentro porque teve piora importante do quadro. Após a reinternação, ele ficou em isolamento por suspeita de tuberculose e, passados dois dias, veio a óbito depois de uma queda da maca. Segundo a equipe da UPA, o paciente foi encontrado “*caído... já estava com midríase, estava com a pupila dilatada, não tinha resposta cerebral*”. E conclui: “*a gente entende que foi [...] negligência mesmo, de cuidado. A galera não foi lá, deixou lá, e caiu, ninguém viu, só viu no final do plantão*” (Amarilis).

As situações acima dialogam com os achados na literatura e revelam como essa população é enxergada socialmente por um viés estigmatizado¹⁶, carregado de preconceitos¹⁷, com resistência de alguns profissionais de saúde em atendê-los¹⁸, revelando-se como o ‘paciente não desejado’ de muitos serviços de saúde, o que gera medo e desconfiança dos usuários¹⁹ – que conhecem as limitações de acesso e se sentem discriminados²⁰. A liberação do paciente após a assinatura do suposto ‘termo de evasão’ indica uma desresponsabilização em relação ao paciente que está na unidade.

Corroborando a literatura, houve relatos de situações discriminatórias com a PSR agravadas quando relacionadas ao uso de drogas, como ocorrido em um atendimento de urgência ortopédica:

O médico fez um despautério com ele, começou falar que ele não pode usar antibiótico porque ele é usuário de crack, e falar alto. Ele [o usuário] é um senhor, estava com vergonha, abaixou a cabeça [...] falou [se referindo ao médico] que é porque ele usa crack, que ele não quer nada com a vida, que ele escolheu isso. Eu intervi, falei ‘desculpa, o

que que isso tem a ver com a medicação? [...] Não é assim, ele é um sujeito direito, você está aqui para cuidar, não é sua função, ele está aqui pra receber cuidado, e a gente está aqui pra garantir que isso aconteça’. (Azalea).

A marginalização desses corpos se dá pela (re)produção do estigma a que a PSR está submetida, contribuindo para a construção de uma imagem negativa desses indivíduos. Em situações como a descrita, são atribuídas convicções morais carregadas de preconceitos, antes mesmo de haver uma escuta da história de vida ou das queixas diagnósticas do sujeito. O agravamento do estigma quando se trata de pessoas em uso prejudicial de drogas advém de uma noção de fragilidade do caráter, de vagabundagem ou periculosidade^{16,17}, movido por um ‘deslizamento conceitual’ entre pobreza, loucura e classes perigosas que precisa ser superado²¹.

Os profissionais de saúde também são influenciados por esse imaginário¹⁶ e, muitas vezes, a partir do relato do paciente sobre uso de drogas há hostilidade na condução clínica no atendimento. Caso de uma gestante que procurou o centro de saúde e a profissional da unidade disse

Ah, mas eu não vou querer abrir esse SISPRENATAL [referindo-se ao cadastro do sistema de monitoramento e avaliação da atenção ao pré-natal e ao puerpério monitorado pelo Ministério da Saúde], depois se eu não encontrar ela, se eu tiver que responder por ela, eu não quero responder por isso, eu vou ser processada se o neném morrer, se essa mulher morrer na rua a responsabilidade vai ser minha.

Algumas barreiras discriminatórias identificadas nas entrevistas foram a falta de comprometimento com o cuidado das pessoas, “quando a gente vai acompanhar uma pessoa no consultório a pessoa [profissional do atendimento] fala olhando pra gente [trabalhadora eCR], não olha para a pessoa [paciente], como se a pessoa não estivesse ali” (Amarilis);

recusa de atendimento, dizendo “*volte com o Consultório de Rua*” (Amarilis), determinando a presença da eCR como pré-condição para o atendimento.

Destaca-se que essas ações discriminatórias da PSR não dizem respeito a escolhas individuais dos profissionais de forma isolada, pelo contrário, elas correspondem ao imaginário social relativo às pessoas em situação de rua, resultado de um processo social de segregação e exclusão social. Tais ações estão desconectadas das diretrizes do SUS e seguem na contramão das normativas técnicas do Ministério da Saúde que preveem a equidade e garantia de acesso amplo, simplificado e seguro²².

Barreiras protocolares: ‘Eles preferem ir com a gente, porque a gente chega quebrando algumas barreiras’

Dentre as situações de negativa de acesso identificadas nas entrevistas havia justificativas burocráticas e protocolares, como: falta de documento de identidade, cartão do SUS, comprovante de residência, ausência de residência fixa, horário de vaga na agenda da unidade para atendimento divergente dos modos de vida da PSR ou condição de atender apenas com a presença de uma eCR^{16,18,21,23}.

Nomeamos como barreiras protocolares as ações de negativas de acesso da pessoa em situação de rua nos serviços públicos de saúde sob justificativas relacionadas à infraestrutura dos serviços, protocolos, fluxos, rotinas, cadastros, horários e demais motivações relacionadas à organização dos serviços. Não pretendemos aqui invalidar a necessidade de estabelecimento de fluxos e protocolos, entendendo, inclusive, a importância da sistematização de processos para a garantia de acesso ao SUS. Entretanto, questiona-se a dificuldade da rede em rever os processos protocolares para a garantia do direito de acesso da PSR numa perspectiva de equidade.

A legislação prevê a atenção integral à saúde para as famílias e indivíduos em situações

de vulnerabilidade ou risco social e pessoal, devendo se dar independentemente da apresentação de documentos²⁴. A recusa por atendimentos em saúde nesses casos configura-se como situação de violação de direitos, seja por desinformação ou de forma deliberada.

No município, há diretriz para a dispensação de medicação para PSR sem documentos, entretanto a PSR segue enfrentando barreiras protocolares justificadas por aspectos burocráticos que reforçam a violência institucional oriunda da burocracia dos serviços de saúde²⁵. Um aspecto importante apontado pelas trabalhadoras é a necessidade de um ‘cálculo’ diferenciado na condução clínica nos atendimentos à PSR, considerando seus modos de vida:

Essa rotina, que pra gente às vezes funciona tão bem, de acordar tal horário, de comer, de descansar, [...] a forma como as pessoas se organizam na rua é diferente mesmo. E se a gente trazer os mesmos parâmetros sempre vai ‘dar ruim’ mesmo, sempre vai achar que a pessoa não está querendo cuidar da saúde. É diferente, porque ele tem vários outros problemas que a gente não consegue mensurar. (Íris).

A relação do profissional de saúde com o usuário dos serviços pode ser estabelecida como uma relação de poder, onde o saber técnico se sobrepõe ao saber do usuário, seja na relação com as eCR ou com as demais equipes da rede SUS. Por vezes, corre-se o risco de desconsiderar o imediatismo que permeia a lógica de vida da PSR²⁶. Sobre essas condutas desalinhadas aos modos de vida dessa população, Amarilis relata:

Não dá para achar que ‘ah, fulano de tal vai chegar no centro de saúde às sete horas da manhã’. É uma galera que não dorme à noite porque está em uso o tempo inteiro, não dorme à noite porque é perigosa a rua à noite [...] então tem sempre que estar alerta. [...] Quando amanhece é quando tem um pouco mais de segurança, e ainda assim é perigoso, ele não vai chegar no centro de saúde às sete horas da manhã para colher sangue. (Amarilis).

Os modos de vida da PSR estão muitas vezes relacionados à busca pela sobrevivência diária (o que comer hoje, onde dormir hoje, como se proteger hoje). Logo, suas necessidades e seu cotidiano precisam ser orientadores na construção de protocolos de cuidado, pensando em uma rede de saúde que conheça as necessidades dessa população. A inflexibilidade de horários para consulta pode ser incompatível com a vivência na rua²⁵, inviabilizando o acesso.

No que se refere às barreiras protocolares, as eCR têm papel importante de mediação das relações entre a PSR e os serviços:

A gente tem que convencer o sujeito que ele é um sujeito de direito, e depois tem que convencer a ponta [se referindo aos serviços da rede] que é o direito que ele tem de ser cuidado. (Azalea).

Por mais que haja diferenças entre as barreiras protocolares e as barreiras discriminatórias, ambas resultam dos preconceitos e da desconsideração dos modos de vida da PSR.

Outro aspecto marcante das entrevistas são os ruídos encontrados na relação entre as eCR e os trabalhadores de outros serviços, seja por conduzirem o paciente considerado ‘indesejado’ – por gerar mais demandas de trabalho para a equipe que o recebe – seja pelas intervenções que as eCR precisam fazer em alguns momentos para conseguir garantir o acesso da PSR a outros cuidados.

Percebe-se que, mesmo compondo a rede assistencial do SUS/BH, muitas vezes os sujeitos acompanhados são vistos pelos demais serviços como ‘pacientes do Consultório na Rua’, havendo pouco engajamento na construção de um cuidado compartilhado. É necessário demarcar que

a garantia da integralidade do cuidado tem que ser responsabilidade do sistema de saúde e não fruto da batalha individual, muitas vezes desesperada, de cada usuário, [ou neste caso, das eCR]²⁷⁽¹²²⁾.

Barreiras simbólicas: 'A gente estava te esperando'

No que refere aos processos de cuidados em saúde, apesar de não haver um distanciamento físico-espacial dos serviços de saúde, percebe-se que as pessoas em situação de rua, com destaque às que frequentam as cenas de uso, possuem grande resistência e evitam se aproximar dos serviços de saúde de base territorial, inclusive em situações de dor e padecimento agudo¹⁶.

Um aspecto que causa espanto é a recusa de busca pelos serviços de saúde, havendo vários relatos de situações em que os sujeitos esperam o retorno da eCR na segunda-feira.

Quando a gente chega as pessoas vão nos procurar e falam assim: 'olha, fulano está desse jeito, a gente estava te esperando aqui'. A comunidade está muito próxima da UPA, do Cersam AD [Centro de Referência em Saúde Mental], do centro de saúde [...] porque ali eu brinco que é como se fosse a área hospitalar. E ainda assim, às vezes você vai chegar numa segunda-feira e alguém vai falar que ficou te esperando desde sexta-feira. (Íris).

Situações como essa podem ser consideradas barreiras simbólicas de acesso, quando, antes mesmo de ter uma negativa de acesso em um serviço específico, a pessoa deduz que não será bem atendida e evita entrar em espaços públicos a partir de uma expectativa de expulsão¹. Na literatura, há registros de sentimentos de baixa autoestima por parte da PSR, sentimentos de vergonha, comparando-se a lixo¹⁷, evidenciando a reprodução dos estigmas que são internalizados e contribuem para o distanciamento dos serviços de saúde.

Essas barreiras simbólicas podem facilmente ser percebidas na fala da Íris, que menciona um conjunto de equipamentos públicos de saúde no território, com amplo horário de atendimento ao público na modalidade porta aberta. O que inclui o Cersam AD (em Belo Horizonte corresponde ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – Caps AD), o

Centro de Saúde e a UPA, localizados entre 240m a 350m do espaço de permanência desses sujeitos que, mesmo assim, não conseguem acessá-los e ter seus direitos à saúde efetivados.

Foi relatada uma situação crítica apresentada com uma usuária que vivenciou um conflito com o tráfico. Ela estava no parque, com os dedos abertos por um corte de facão, havia rompimento do tecido e um ferimento profundo com exposição óssea. A usuária havia sido torturada após ser acusada de colocar sal na cocaína comercializada. A equipe tentou mobilizá-la para ser atendida na UPA a 350m do local, entretanto, mesmo diante de situação grave, a usuária não aceitou. Diante da recusa e da gravidade do ferimento, a eCR optou por realizar os curativos e o acompanhamento da ferida na rua, mesmo ciente de que a oferta de cuidado na situação estava distante da ideal, mas entendeu que era o cuidado possível na perspectiva da redução de danos. Entende-se que essa recusa também pode ser motivada pelo receio de acionar a polícia, por se tratar de um episódio de violência e de uma atividade ilícita.

As situações relatadas revelam semelhanças nas cenas de uso de Belo Horizonte/MG com a retratada em Cuiabá/MT, onde

o medo, o preconceito e a desconfiança estão na base das barreiras simbólicas (mas reais) que dificultam a chegada dos sujeitos nos serviços de saúde que funcionam em estabelecimentos fixos¹⁹⁽⁸⁸⁾.

Ressalta-se que essas barreiras simbólicas não têm relação com algo imaginário. Elas fazem alusão a uma recusa ou distanciamento dos indivíduos em situação de rua em relação aos serviços de saúde, expressão do preconceito real sofrido ao longo da vida ao acessar estabelecimentos públicos¹. As repetidas barreiras de acesso fomentam as barreiras simbólicas que resultam em falta de confiança, insatisfação com os serviços e, consequentemente, desistência e distanciamento dos serviços públicos de saúde.

As barreiras de acesso encontradas no contexto pesquisado se relacionam com a concepção de Filho e Moura²⁰ sobre a humilhação social como modalidade de angústia, resultante do impacto traumático da desigualdade de classes. A humilhação para os pobres (aqui situada no contexto da PSR) é uma realidade sentida no cotidiano como iminente, sempre à espreita, sendo que o sentimento de não possuir direitos, de parecer desprezível e repugnante lhes é imposto, como seres que ninguém vê.

Sendo assim, as barreiras de acesso identificadas a partir da perspectiva das trabalhadoras, por vezes, se entrecruzam e se assemelham, pois os fatores que as geram estão fundados sob a mesma base, o processo de exclusão social.

Apesar de todos os impasses apresentados, não há pretensão neste artigo de recair em um fatalismo, como se não houvesse produção do cuidado em saúde em rede. Apesar do presente artigo se debruçar nos pontos críticos relacionados às barreiras de acesso, foram identificadas possíveis saídas construídas cotidianamente de forma coletiva, em rede, para a efetivação do direito à saúde da PSR.

Construindo pontes: ‘Assim é o nosso trabalho, fazer ponte’

As trabalhadoras apontaram o Consultório na Rua como “*um serviço que chega com o corpo como nenhum serviço chega*” (Tulipa), que chega em locais onde os outros serviços não chegam e essa chegada se torna possível a partir do vínculo construído pelo dispositivo com os territórios.

É chegar, entender, respeitar aquele espaço mesmo. Mas é isso, acho que a gente tem que estar lá mesmo, se a gente não está lá, não chega. Até a vacina, atualmente vamos vacinar porque tem vínculo, vão vacinar porque conhecem a equipe, vamos vacinar no Centro de Saúde porque a gente vai encaminhar, entendeu? A gente é uma franjinha mesmo, que vai chegar primeiro, a gente tem um olhar. Para o avanço dos outros profissionais [se

referindo aos outros serviços] tem que apurar ainda na expertise do Consultório. (Camélia).

Relacionando o contexto da pesquisa com a literatura sobre a atuação das eCR no país como um dispositivo mais fluido, que se adapta à realidade dos sujeitos, torna-se evidente “o contraste da visão de quem vê a cena da rodovia, de dentro de um automóvel, e de quem entra na cena”²⁸⁽¹⁵⁷⁾.

O deslocamento dessas equipes e a abordagem direta ao usuário no local e da forma como ele se encontra, sem pré-julgamentos, permite uma aproximação da realidade que desmistifica estigmas e gera uma tendência ao apagamento dos desconfortos a partir do estabelecimento de vínculo^{16,18,28}.

Um dos termos utilizados para se referir às funções das eCR é o fato do serviço se estabelecer como ponte entre a rua e os demais dispositivos do SUS. Por mais que muitos usuários não acessem seus direitos nos serviços de saúde de base territorial, com a presença da eCR “[eles] têm a informação, eles vêem a blusinha branca ali passando, [sabem] que é um equipamento da prefeitura, da saúde e que, se precisar, eles vão” (Lírio). Situações como as descritas revelam a importância da atuação proposta pelo Ministério da Saúde de um dispositivo móvel que atende *in loco* nesses territórios historicamente negligenciados, com potencial para ampliação do acesso dos usuários à saúde e aos demais direitos sociais junto à rede de saúde e rede intersectorial.

O fato de se apresentar como um serviço de baixa exigência, com certa informalidade, que chega de forma amistosa com oferta de insumos de redução de danos, foge do imaginário em relação aos trabalhadores da saúde de jaleco branco, com linguagem formal, condutas prescritivas e, talvez, até frios do ponto de vista relacional. A possibilidade de transitar pelo território, a engenhosa habilidade de manejo dos técnicos e a oferta ampliada de cuidados que ultrapassam apenas a lógica curativa (com ações de redução de danos e arte educação), considerando a perspectiva de integralidade

do SUS, possibilita o acesso e o cuidado na medida do que os usuários permitem.

As relações estabelecidas com a rede por vezes são complexas e geram a necessidade de diálogo cotidiano entre os dispositivos da rede SUS.

O Consultório na rua é um dispositivo importante, não apenas para garantir o acesso, mas para reduzir o estigma desse grupo vulnerável, haja vista as formas de acolhimento ampliadas, o fortalecimento da autoestima e o reconhecimento dos usuários como sujeitos de direitos¹⁶⁽¹⁰⁰⁾.

Tendo potencial para minimizar os efeitos deletérios da atuação dos serviços de saúde, até mesmo provocando constrangimentos para questionar a discriminação e desassistência da PSR²⁸.

O vínculo, diálogo e a escuta são ferramentas importantes para a atuação do serviço, utilizadas como estratégia de cuidado e vinculação:

Então, pra conseguir esse vínculo com o usuário a gente usa da escuta, sabe, a gente mostra a ele que a gente está disposto a ouvi-lo, que a gente não tá ali pra poder só entregar algo, para poder só ofertar algo, mas também para ouvi-lo, entendê-lo. Então, isso normalmente é a estratégia que a gente usa no parque, ouvir os usuários e explicar o serviço pra eles, sabe, explicar sobre a redução de danos também e pra que essa confiança e esse vínculo seja firmado, que nós acreditamos que tudo vem daí, do vínculo com o usuário, da confiança que ele tem na gente. (Lírio).

Goldblum²⁹ discorre sobre a importância de as ações de cuidado usadas pelas eCR do Rio de Janeiro/RJ seguirem uma lógica inversa para promover acesso de acordo com as especificidades dos usuários, sem expectativa de que o usuário adeque suas características ao serviço. Atuar numa perspectiva de baixa exigência e alta disponibilidade envolve ser um serviço de acesso com ou sem agendamento, com a não exigência de documentação, bem como a disponibilidade de acolher o sujeito intoxicado,

não exigir estar abstêmio, se apresentando como um serviço que facilita o acesso do usuário que, historicamente, encontra muita barreira ao procurar um serviço de saúde.

Percebe-se a potência do Consultório na Rua como um serviço de saúde articulador de rede, que propõe o cuidado numa perspectiva ampliada, considerando princípios como subjetividade e autonomia. O serviço tem uma possibilidade de adaptação à realidade da PSR devido sua infraestrutura móvel, muitas das vezes subvertendo os necessários, porém rígidos protocolos da saúde.

Considerações finais

A presente pesquisa, realizada no âmbito do SUS, corresponde a um instrumento de reflexão sobre o processo de trabalho, indicando possíveis melhorias para o sistema, com possibilidade de embasar políticas públicas que qualifiquem o acesso na perspectiva da equidade.

No que se refere à gestão municipal para redução das barreiras protocolares, é importante que haja alinhamentos institucionalizados para as situações já previstas em normativas nacionais e municipais, bem como o estabelecimento de fluxos e protocolos específicos para a PSR, considerando seus modos de vida para garantir o acesso e cuidado oportuno, com ampla divulgação para a rede.

Ações de educação permanente em saúde podem se revelar como estratégia para redução das barreiras discriminatórias, buscando desmistificar estigmas e nortear os trabalhadores. As ações precisam contemplar as diretrizes de redução de danos, do SUS (integralidade, universalidade e equidade), bem como reafirmar sobre a inegociabilidade da atuação profissional dos servidores alinhadas às diretrizes do Ministério da Saúde e da Política Nacional para a População em Situação de Rua.

No que tange às barreiras simbólicas, a partir do reconhecimento da atenção primária como coordenadora do cuidado, especialmente em Belo Horizonte, que possui 81,2% de cobertura

da Estratégia Saúde da Família³⁰, recomenda-se a construção de atuação extramuros para reconhecer essa população em seu território adscrito. Ainda, possibilitar a vinculação da PSR com os serviços, para além da atuação das eCR. Destaca-se também a importância do fortalecimento da participação social da PSR – a exemplo da criação do Movimento Nacional da População de Rua nos anos 2000, diante da crescente indignação com a violência e a negação de direitos² – e da sua representação no controle social, nos Conselhos e Conferências de Saúde.

Colaboradoras

Fraga PVR (0000-0001-7252-8574)* contribuiu para concepção da obra, análise de dados, elaboração do artigo, aprovação final da versão a ser publicada. Modena CM (0000-0001-7966-9951)* contribuiu para o desenho de estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do artigo. Silva PFC (0000-0001-9553-0036)* contribuiu para desenho do estudo, análise dos dados, revisão crítica do estudo. ■

Referências

1. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Rua aprendendo a contar. Brasília, DF: MDS; 2009.
2. Ministério da Saúde (BR). Saúde da população em situação de rua: um direito humano. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
3. Sotero M. Vulnerabilidade e vulneração: população de rua, uma questão ética. *Rev Bioética*. 2011;19(3):799-817.
4. Natalino M. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022). Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2023.
5. CECAD Tabulador do Cadastro Único [Internet]. Versão 2.0 [Brasília, DF]: CECAD; em data] [acesso em 2023 ago 1]. Disponível em: <http://cecad.cidadania.gov.br>
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2011 jan 26; Seção 1.
7. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface - Comun Saúde Educ*. 2014;18(49):251-60.
8. Fraga PVR. “Tá normal! tá normal! a saúde chegou”: etnografia da atuação do Consultório na Rua de Belo Horizonte nas cenas de uso [dissertação]. Belo Horizonte: Fundação Oswaldo Cruz. Instituto René Rachou; 2022. 141 p.
9. Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 9. ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2003.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.
11. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretri-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- zes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção I:59.
12. Butler J. *Vida precária: os poderes do luto e da violência*. Belo Horizonte: Autêntica; 2019.
 13. Córdoba D, Meloni C. A propósito de las vidas precarias. *Entrevista a Judith Butler*. *La Torre Del Virrey*. 2011;1(10):69-73.
 14. Pinheiro BO. *Vidas precárias: estudo sobre a espiritualidade sem religião vivida por profissionais do sexo em Belo Horizonte [dissertação]*. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2022.
 15. Almeida SL. *Racismo Estrutural*. São Paulo: Editora Jandira; 2021.
 16. Teixeira MB, Belmonte P, Engstrom EM, et al. Os invisibilizados da cidade: o estigma da população em situação de rua no Rio de Janeiro. *Saúde debate*. 2019;43(esp7):92-101. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S707>
 17. Valle FAAL, Farah BF, Carneiro Junior N. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. *Saúde debate [Internet]*. 2020;44(124):182-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012413>
 18. Andrade R, Costa AAS, Sousa ET, et al. O acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua: uma revisão integrativa. *Saúde debate*. 2022;46(132):227-39. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213216>
 19. Abal YS. *Mais que apenas pedras e pedradas. A produção de saúde em cenas abertas de uso de crack, pasta base de cocaína e similares [dissertação]*. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva, UFMT; 2018.
 20. Filho G, Moura J. *Humilhação social - um problema político em psicologia*. *Psicol USP*. 1998;9:11-67. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-65641998000200002>
 21. Paiva IKS, Guimarães J. *População em situação de rua e Rede de Atenção Psicossocial: na corda bamba do cuidado*. *Physis*. 2022;32(4):1-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320408>
 22. Casa Civil (BR). Decreto N° 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Inter-setorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2009 dez 24; Seção 1.
 23. Valle FAAL, Farah BF. A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Physis*. 2020;30(2):e300226. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300226>
 24. Casa Civil (BR). Lei N° 8.742 de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1993 dez 8; Seção 1.
 25. Santos IT, Prado Júnior RR, Tajra FS, et al. Experiências de acesso à saúde bucal de mulheres em situação de rua. *Saúde debate*. 2023;47(136):83-95. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313605>
 26. Engstrom EM, Lacerda A, Belmonte P, et al. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. *Saúde debate*. 2019;43(esp7):50-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S704>
 27. Cecilio LRO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro RA, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ; 2006. p. 117-30.
 28. Brito C, Silva LN. *População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde*. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(1):151-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19662021>

29. Goldblum AS. Acesso ao cuidado em saúde: a percepção de pessoas atendidas pelas equipes de Consultório na Rua no Município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2020.

30. Secretaria Municipal de Saúde (BH). Relatório Anual de Gestão. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal; 2018.

Recebido em 20/10/2023

Aprovado em 15/04/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto

Perspectivas e desafios do cuidado em saúde mental de adolescentes em regime socioeducativo: um estudo de caso

Perspectives and challenges of mental health care for adolescents in a socio-educational regime: A case study

Aldo Pacheco Ferreira¹, Doralice Sisnande dos Santos², Eduardo Dias Wermelinger³

DOI: 10.1590/2358-289820241438949P

RESUMO Este estudo pesquisou 27 adolescentes do sexo masculino em regime socioeducativo no Centro de Atendimento Intensivo Belford Roxo. É um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa com proposta metodológica de estudo de caso. Na obtenção de dados, foram aplicados questionários que consistiram em obter respostas sobre i) dados sociodemográficos, ii) triagem do envolvimento com fumo, álcool e outras drogas, iii) Inventário Beck de depressão e iv) ideação suicida de Beck. O grupo pesquisado era composto de 16,48 anos como média de idade; percentual de 92,6% de cor parda ou preta; 70,37% tinham frequentado entre a 5ª série do Ensino Fundamental I e a 9ª série do Ensino Fundamental II; 44,44% faziam uso de bebidas alcoólicas diuturnamente; 40,74% apresentaram sintomas depressivos; 25,92% apresentaram histórico de ideação suicida, e 11,11% já tinham tentado suicídio. Os pesquisados com problemas de uso de substâncias psicoativas enfrentam um alto risco simultâneo de saúde mental, agravante que pode incorrer em situação de vida mais difícil com problemas sociais difusos, um quadro de saúde precário, prognosticando adversidades gerais. Dessa forma, é alarmante a situação desses adolescentes, que é uma amostra do submundo periférico das cidades, denotando a urgência de ações de saúde pública e do Estado.

PALAVRAS-CHAVE Medida socioeducativa. Saúde mental. Depressão. Ideação suicida. Adolescentes.

ABSTRACT *This study investigated 27 male adolescents in socio-educational care at the Belford Roxo Intensive Care Center. It is a descriptive exploratory study with a qualitative approach and a case study methodological proposal. To obtain data, questionnaires were applied that consisted of obtaining answers about i) sociodemographic data, ii) screening for involvement with smoking, alcohol and other drugs, iii) Beck Depression Inventory and iv) Beck suicidal ideation. The group studied was composed of 16.48 years old as a mean; 92.6% were brown or black; 70.37% had attended between the 5th grade of Elementary School I and the 9th grade of Elementary School II; 44.44% consumed alcoholic beverages daily; 40.74% presented depressive symptoms; 25.92% had a history of suicidal ideation, and 11.11% had already attempted suicide. Those surveyed with substance use problems face a high simultaneous risk of mental health problems, an aggravating factor that can result in a more difficult life situation with diffuse social problems, a precarious health status, and a prediction of general adversity. Thus, the situation of these adolescents, who are a sample of the peripheral underworld of cities, is alarming, indicating the urgency of public health and state actions.*

KEYWORDS *Socio-educational measure. Mental health. Depression. Suicidal ideation. Adolescents.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. aldo.ferreira@fiocruz.br

²Departamento Geral de Ações Socioeducativas (Degase) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Biológicas (DCB) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A adolescência é um momento de evolução significativa que começa com o início da puberdade e envolve uma profunda mudança em todos os domínios do desenvolvimento biológico, cognitivo, psicossocial e emocional¹. Uma ambiência tóxica torna desafiador o desenvolvimento saudável do adolescente. Em última análise, as transformações no corpo, cérebro e comportamento que ocorrem durante a adolescência interagem entre si e com o ambiente para moldar caminhos para a vida adulta¹.

Esse período de transição é de particular interesse pelos aumentos transitórios nas taxas de mortalidade resultantes de comportamentos de risco e porque é um momento em que grandes psicopatologias tais como perturbações por consumo de substâncias psicoativas começam a emergir². As rápidas alterações na fisiologia e na neurobiologia colocam os adolescentes numa posição particularmente vulnerável. Pessoas dessa faixa etária expressam maior curiosidade e são facilmente influenciadas por colegas ou outros fatores de *stress* social, e todos esses fatores conduzem frequentemente ao uso ou experimentação de substâncias psicoativas³.

Os adolescentes que infringem a lei cumprem períodos de internamentos em regime socioeducativo, segundo a Lei nº 8.069⁴. Assim, o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) agrupa princípios e normas que abarcam a execução das medidas socioeducativas nas instituições afeitas a esse fim no País⁵.

Na atualidade, os adolescentes têm sido confrontados com multifárias contrariedades e com a obscuridade do mundo contemporâneo, caracterizadas, sobretudo, pela delinquência e pela agressão incumbida pela sociedade⁶. No dia-a-dia, os enfoques da violência criminal e delinquencial têm sido rotineiramente citados pelos meios de comunicação como apreensão da raça humana, em consequência dos adolescentes constituírem o grupo mais vulnerável a

esses impactos, quer como vítimas quer como espectadores quer como infratores⁷.

No entanto, o ambiente social não é o único influenciador desses jovens. Os comportamentos e hábitos dos cuidadores desempenham um papel crucial em sua formação e desenvolvimento, moldando suas atitudes, valores e escolhas ao longo da vida². Dessa forma, fatores pré e pós-natais, como o uso de substâncias e a participação em situações de violência, impactam o contexto em que esses jovens crescem^{3,8}. Isso resulta na vulnerabilidade e na sensação de desamparo quando os cuidadores estão envolvidos no uso de substâncias psicoativas, violência doméstica ou são emocionalmente ausentes, colocando esses jovens em uma posição de maior risco e exposição precoce⁹⁻¹¹. Torna-se um ciclo vicioso, no qual, frequentemente, o adolescente que faz uso dessas drogas ilícitas é apenas a face visível de um problema muito mais amplo: ele simboliza a perpetuação de uma questão que teve origem muito antes de seu envolvimento^{12,13}.

O incremento do quantitativo de pessoas por consumo de qualquer tipo de substância psicoativa é caracterizado como um problema de ordem social¹⁴. Afirmam Bastos¹⁵ a expansão do consumo de substâncias na adolescência, onde a manutenção do uso e dependência abarcam uma intrincada interação entre fatores ambientais, psicológicos, biológicos e comportamentais.

Vários aspectos qualificados como estressores sociais, abrangendo agressividade, violência, delinquência, infrações, crimes na vizinhança, e fatores psicológicos, como depressão, podem influenciar o uso de substâncias¹⁶. O uso repetido ou prolongado envolve sempre um grau de risco de efeitos adversos, como no caso de intoxicações, e favorece o desenvolvimento de transtornos de dependência e ideação suicida que são transtornos crônicos e recorrentes caracterizados por necessidade severa da substância e perda da capacidade de controlar seu consumo¹⁷.

A apresentação dessas qualidades negativas é mais manifesta em populações consideradas

de risco social, marginalizadas e racializadas, chegando, em sua grande maioria, a expressar-se nos adolescentes institucionalizados. Todavia, ao se investigar ações preventivas efetivas, o conhecimento da prevalência do consumo de substâncias, associado a fatos conexos e causadores de dependência merecem maior atenção^{18,19}. Daí, aparece a ideação suicida como causa de morte entre adolescentes^{20,21}, principalmente, quando desenvolvem comprometimentos à saúde mental, renunciando uma série de comportamentos de risco, que compreendem, dentre outras, automutilação e uso de substâncias psicoativas, cujos efeitos persistem ao longo da vida²²⁻²⁶.

Os dados estatísticos sobre o consumo de psicoativos, o crescente número de usuários e a quantidade de substâncias ilícitamente comercializadas assinalam para um quadro muito mais amplo de uso ou abuso do que existia no começo do século XX²⁶, quando as substâncias narcóticas e psicotrópicas ainda não estavam sujeitas a qualquer tipo de controle legal ou especificamente penal. Concorrentemente, a concepção de um sistema proibicionista por meio de Convenções Internacionais que decretaram uma gestão penal rígida a respeito das drogas ilícitas, e o reforço da cooperação internacional frente ao mercado de drogas não têm chegado aos fins a que o sistema proibicionista se atribui: erradicação da produção de drogas ilícitas e redução do consumo por intermédio de um suposto desenvolvimento da proteção à saúde pública²⁷. O Brasil é signatário de instrumentos internacionais de controle de drogas, que foram, a todo o momento, internalizados adotando os trâmites legais, corroborando na implantação da política proibicionista, a qual se adaptou com facilidade ao modelo repressivo brasileiro^{27,28}.

A violência praticada por jovens e seu envolvimento no uso e tráfico de drogas têm, gradativamente, se transformado em um grave problema para a sociedade brasileira, especialmente nos seus centros urbanos²⁸. Essas modificações consecutivas e intensas, quando adjuntas aos processos de exclusão

sociocultural, minoram a cidadania e torna-os socialmente vulneráveis. De tal forma que as baixas condições socioeconômicas, evasão escolar, pouca escolaridade, início prematuro do uso de drogas lícitas e ilícitas levam esses adolescentes ao envolvimento em delitos e atos infracionais²⁶.

Levando em consideração o perfil dos sujeitos que cometem ato infracional, investigaram-se adolescentes em regime socioeducativo no Centro de Atendimento Intensivo Belford Roxo (CAI-Baixada), visto que a maioria dos adolescentes que adentram às unidades de atendimento estão sujeitos ao uso de substâncias psicoativas.

Metodologia

O CAI-Baixada, que atende apenas adolescentes do sexo masculino, foi inaugurado em 1998, com capacidade para 80 adolescentes, quando o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁴ já estava vigente, mas em fase anterior ao Sinase⁵. Localiza-se na Baixada Fluminense, que está delimitada por treze municípios – dentre os quais se situa o município de Belford Roxo, na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, no estado do Rio de Janeiro, local em que foi realizada a pesquisa.

A instituição CAI-Baixada foi moldada no sentido de dar suporte à reestruturação interna e ao crescimento da demanda do Departamento Geral de Ações Socioeducativas (Degase)²⁹, e, com isso, favorecer a regionalização do atendimento, destinado à execução da medida socioeducativa de internação por determinação judicial expedida pelos Juizados das Varas de Infância e Juventude da Baixada Fluminense, do Norte Fluminense e outras regiões do interior³⁰⁽⁴¹⁾. Após uma reforma em 2008, o CAI-Baixada passou a atender parâmetros estabelecidos pelo Sinase⁵ e sua capacidade foi ampliada para 124 adolescentes³¹.

Trata-se de um estudo qualitativo de natureza descritivo-exploratória, cuja escolha se justifica por possibilitar o uso de duas

abordagens de naturezas diferentes, porém complementares³², pois, segundo Minayo e Sanches³³⁽²⁴⁷⁾, “a primeira atua em níveis da realidade, a segunda trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões”. Como complemento metodológico, Gil³⁴⁽⁵⁴⁾ define o estudo de caso como “estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, permitindo seu amplo e detalhado conhecimento”. Para o autor, esse tipo de estudo se aplica quando o pesquisador tem interesse em observar a ocorrência de um fenômeno na área delimitada, aliando teorias e práticas ou experiências adquiridas. De acordo com Yin³⁵, o estudo de caso é uma investigação empírica, que possibilita a coleta de dados relevantes e convenientes em campo e viabiliza análises que são observáveis na realidade, posto que o pesquisador esteja focado nesse espaço e tempo delimitado.

Participaram do estudo 27 adolescentes do sexo masculino com idade entre 13 e 18 anos, que constavam no cadastro oficial do CAI-Baixada por cumprimento de medida socioeducativa. A seleção dos adolescentes se deu por meio de sorteio e foi realizada pelos profissionais da Instituição, em conformidade com a disponibilidade dos entrevistados. Em sequência, foi possível estabelecer contato com os adolescentes, explicar o estudo e seus objetivos, e convidá-los a participar. Após o aceite em participar da pesquisa, procedeu-se à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e a coleta de dados foi realizada.

As informações foram obtidas por meio de autoperenchimento de questionário multitemático em sala de aula e busca ativa de informações de identificação e sociodemográficas. Dessa forma, a aplicação dos questionários se deu em cinco grupos no período entre 3 de outubro e 9 de dezembro de 2022, com datas e horários previamente planejados, onde os participantes da pesquisa ficavam à disposição nos dias de atuação no projeto, tanto no período da manhã como no período da tarde.

A coleta de dados para a pesquisa se deu com o emprego de questionários. Fez-se a

codificação dos nomes e registaram-se os dados pessoais dos adolescentes. Primeiramente, aplicou-se um questionário estruturado com 40 questões abrangendo dados sociodemográficos tais como idade, procedência, escolaridade, família, e consumo de substâncias. Em sequência, foram aplicados os questionários i) Teste para Triagem do envolvimento com fumo, álcool e outras drogas (ASSIST)³⁶, ii) Inventário Beck de Depressão (BDI)³⁷ e iii) Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI)³⁸.

O teste de triagem ASSIST avalia o nível de risco associado ao uso de drogas com base em oito itens que exploram seis áreas: uso de substâncias ao longo da vida, uso de substâncias durante os últimos três meses, problemas relacionados ao consumo, risco atual de apresentar problemas no futuro, possibilidade de dependência e uso de drogas intravenosas³⁶. Abrange as seguintes substâncias: tabaco, álcool, *cannabis*, cocaína, anfetaminas, inalantes, sedativos, alucinógenos, opiáceos e outras drogas.

As pontuações finais de cada substância são classificadas em três níveis de risco – baixo, intermediário e alto –, que servem para orientar o profissional quanto à intervenção mais adequada para cada caso. Por se tratar de um instrumento breve e de fácil utilização, pode ser utilizado em diversos cenários e por pessoal não especializado^{39,40}. A aplicação leva entre cinco e quinze minutos, dependendo da quantidade de substâncias que cada usuário consome.

O BDI³⁷ é um instrumento de autoperenchimento contendo 21 itens, que avalia uma série de sintomas comuns à síndrome clínica de depressão. Cada item é avaliado em uma escala de quatro pontos (0–3), cujos somatórios variam entre 0 e 63. Utilizou-se o valor de corte ≥ 16 pontos como indicativo de manifestação depressiva. As categorias de gravidade da depressão consistem em mínima (0–13), leve (14–19), moderado (20–28) e grave (29–63).

O BSI é um instrumento de autorrelato de 21 itens que pode ser usado como ferramenta de triagem para detectar e medir a gravidade da ideação suicida em adultos. Os primeiros 19 itens medem a gravidade dos desejos, atitudes

e planos suicidas. Na análise dos resultados, foi levada em conta a presença de ideação suicida se existiu posição afirmativa nas perguntas 4 ou 5, e presença de tentativa de suicídio com posição afirmativa nas perguntas 20 ou 21³⁸.

Para a análise dos dados, foi feita uma análise descritiva de cálculo de frequência. No que diz respeito à estatística inferencial, foi utilizado o teste exato de Fisher para averiguar a associação existente entre depressão e ideação suicida e regressão logística para avaliar, dentre as diversas variáveis do estudo, quais foram as mais associadas à ideação suicida, utilizando o IBM® SPSS® Statistics 24. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) (CAAE: 61850822.3.0000.5240, nº de parecer 5.755.326).

Resultados e discussão

No Brasil, o ECA⁴ considera a faixa etária de adolescência entre 12 e 18 anos, em consonância ao estabelecido pela WHO³⁹ e ao Ministério da Saúde (MS)⁴¹. A idade média dos participantes situou-se em 16,48 anos, variando entre 13 e 18 anos (desvio padrão=1,28214). A totalidade dos adolescentes era procedente de cidades distantes da região da Baixada Fluminense. Quanto à cor, 7,4% eram brancos (n=2); 44,44%, pardos (n=12); e 48,16%, negros

(n=13). O nível de escolaridade situou-se entre o Ensino Fundamental I (4ª série) (n=6) e o Ensino Médio (1ª série) (n=2), tendo a maioria frequentado entre a 5ª série do Ensino Fundamental I e a 9ª série do Ensino Fundamental II (n=19; 70,37%). Constatou-se que a repetência escolar era frequente em todos os participantes da pesquisa.

Em relação ao convívio familiar, antes do cumprimento do regime socioeducativo, moravam com os pais ou com pelo menos um dos responsáveis ou nas ruas. A situação socioeconômica familiar, explanada em número de salários-mínimos, variou de quase um até três salários-mínimos, considerando-se que aproximadamente 1/3 dos responsáveis estava sem vínculo trabalhista ou atividade estável (n=9; 33,33%).

Quanto à infração legal pela qual os adolescentes cumpriam medida socioeducativa, listam-se furto, assalto, tentativa de homicídio, homicídio, latrocínio e tráfico de drogas. A maioria dos participantes cumpria medida socioeducativa pela primeira vez e os demais eram reincidentes, com duas ou mais passagens por Instituições socioeducativas. Dentre os pesquisados, cerca de 30% possuem ou já possuíram algum familiar preso ou cumprindo medida socioeducativa. Os resultados obtidos, que expressam as características sociodemográficas dos pesquisados frente às variáveis analisadas, se encontram no *quadro 1*.

Quadro 1. Dados sociodemográficos dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa (n=27). CAI Baixada, RJ, Brasil. 2023

Dados	Características	Frequência	Percentual (%)
Escolaridade	Ensino Fundamental I (1ª a 5ª série)	9	33,33
	Ensino Fundamental II (6ª a 9ª série)	16	59,27
	Ensino Médio (1ª a 3ª série)	2	7,4
Idade	15	10	37,03
	16	2	7,4
	17	7	25,94
	18	8	29,63

Quadro 1. Dados sociodemográficos dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa (n=27). CAI Baixada, RJ, Brasil. 2023

Dados	Características	Frequência	Percentual (%)
Convívio familiar	Residiam com os pais	5	18,52
	Residiam com pelo menos um dos responsáveis	5	18,52
	Residiam nas ruas	17	62,96
Infração legal	Furto	23	85,18
	Assalto	12	44,44
	Tentativa de homicídio	5	18,52
	Homicídio	4	14,81
	Latrocínio	2	7,41
	Tráfico de drogas	16	59,26
Situação no cumprimento de medida socioeducativa	1ª vez	15	55,55
	2ª ou mais vezes	12	44,45
Parentes acautelados no sistema prisional ou no Degase	Sim	8	29,63
	Não	19	70,37

Fonte: elaboração própria.

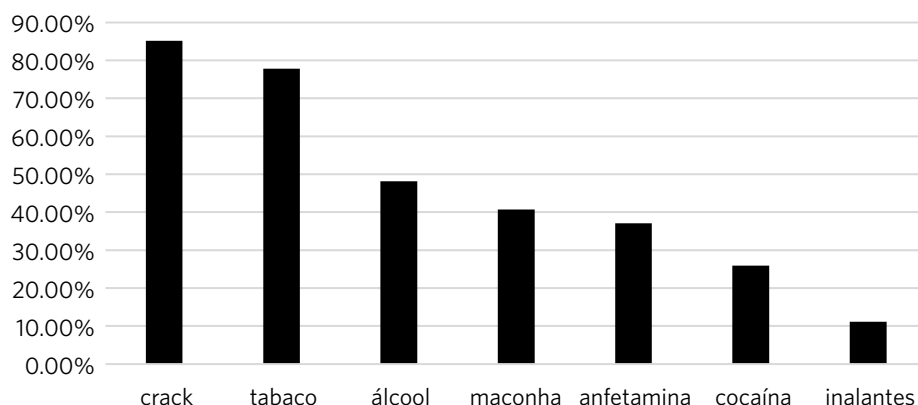
Segundo os resultados do ASSIST (n=23; 85,18%), já fizeram uso de substâncias ao longo da vida, sendo que, em termos da droga lícita álcool, a utilizou (n=13; 48,14%), tendo a droga ilícita sido utilizada por 20 deles (74,07%). Antes do cumprimento de medida socioeducativa, os internos relataram que utilizavam bebidas alcoólicas diuturnamente (n=12; 44,44%). A consumação de outras substâncias também foi relatada pela maior parte dos pesquisados, denotando ser a maconha a substância mais consumida, seguida de cocaína, crack e inalantes. Assim, no conjunto de substâncias, foi constatado que a maioria dos adolescentes iniciou o uso desses produtos entre 13 e 15 anos, com as seguintes variações: álcool (48,14%), maconha (40,74%), crack (33,33%), cocaína (25,93%), inalantes (11,11%). Os pesquisados relataram que os pais ou responsáveis faziam uso regular de alguma droga (n=15; 55,55%).

Identificou-se que os pesquisados com início precoce no uso de drogas exibiram, significativamente, mais chances de relatar

dificuldades de concentração e dificuldade em controlar o comportamento agressivo, em comparação com aqueles que não relataram início precoce do uso, confirmando os achados na literatura^{8,9,28,37}.

Em relação ao uso concomitantemente de álcool e outras substâncias foi-nos informado que 70,37% (n=19), já utilizaram álcool juntamente com outra substância, como tabaco, energéticos, maconha, cocaína, merla, crack, anfetaminas e drogas sintéticas (*ecstasy*). A média de escore máximo do ASSIST foi de 12 ± 3 ($p < 0,05$). Apenas 14,81% dos participantes da amostra (n=4) não atingiu pontuação (escore do ASSIST=0). No *gráfico 1*, verifica-se que o uso do crack (n=23) e tabaco (n=21) sobressaiu entre as principais substâncias, com a frequência também denotada a drogas ilícitas pela relevância a danos irreversíveis na saúde. Registrou-se o uso de álcool em treze pesquisados, de maconha em onze, de anfetamina em dez, de cocaína em sete e de inalantes em três.

Gráfico 1. Consolidado de uso de substâncias lícitas e ilícitas segundo ASSIST dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa (n=27). CAI Baixada, RJ, Brasil. 2023



Fonte: elaboração própria.

Dos 27 pesquisados, onze (40,74%) apresentam sintomas depressivos, sete (25,92%), história de ideação suicida na BSI, ou seja, um quarto da amostra, e três adolescentes

(11,11%) já tentaram suicídio. A *tabela 1* resume a classificação percentual dos pesquisados com ideação suicida em comparação à idade.

Tabela 1. Distribuição dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa com ideação suicida. CAI Baixada, RJ, Brasil. 2023

Idade (anos)	Frequência	Percentual (%)
13	-	-
14	-	-
15	1	14,28
16	5	71,44
17	1	14,28
18	-	-
TOTAL	7	100

Fonte: elaboração própria.

O teste exato de Fisher proporcionou o exame da associação entre a intensidade de depressão (mínima = 0-11; leve = 12-19; moderada = 20-35; grave = 36-63) e a ideação suicida, para um nível de significância estatística ($p < 0,001$). Dessa forma, as variáveis de depressão leve, moderada e grave estão relacionadas com a

presença de ideação suicida, assim como a depressão mínima também está relacionada à ausência. Conforme os dados da *tabela 2*, observa-se a distribuição de frequências e porcentagens dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa frente à intensidade de depressão e à expressão de ideação suicida.

Tabela 2. Distribuição dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa por intensidade de depressão e presença de ideação suicida. CAI Baixada, RJ, Brasil. 2023

Intensidade Depressão - BDI	Com Ideação Suicida		Sem Ideação Suicida		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Depressão mínima	6	46,15	9	62,29	15	55,55
Depressão leve	4	30,77	5	37,71	9	33,33
Depressão moderada	1	7,69	-	-	1	3,70
Depressão grave	2	15,39	-	-	2	7,42
TOTAL	13	100	14	100	27	100

Fonte: elaboração própria.

Foi significativo o resultado obtido na análise de regressão logística ($p < 0,001$), evidenciando que o adolescente com pontuação para depressão grave no BDI tem chance 8,7 vezes de amplificar a ideação suicida (*odds ratio*) em comparação a quem não evidenciou quadro depressivo na pesquisa.

Instruções legais no atendimento ao adolescente em cumprimento de medida socioeducativa

Adolescente em conflito com a lei é aquele a quem se atribui autoria de ato infracional, segundo o ECA⁴. Conduz a uma parte especial do sistema judicial mais amplo que trata de questões relacionadas com menores e tem o seu próprio conjunto de leis e procedimentos que regem a forma como os jovens são tratados, conforme as tipificações presentes no código penal brasileiro (Decreto-lei nº 2.848/1940)⁴² e na lei de contravenção penal (Decreto-lei nº 3.688/1941)⁴³. Por conseguinte, a privação de liberdade acentua o encargo do Estado para com as populações que necessitam ter cobertos os cuidados necessários à saúde, pois, ainda que encarceradas, não deveriam perder a dignidade da pessoa humana⁴⁴.

De acordo com Arêas Neto et al.⁴⁵, é relevante ponderar que os adolescentes que estão

em regime de internato já vivenciaram muitos direitos violados e o trabalho no conjunto das ações socioeducativas trata de resgatar os vínculos importantes de cidadania que podem ter sido rompidos ou nem existiram.

No setor de cumprimento das medidas socioeducativas, observou-se o respeito aos direitos humanos e à integridade física e mental dos adolescentes; ainda que não haja, pelo menos na realidade da prática cotidiana, uma organização completa da atenção à saúde, com definição das ações e serviços de saúde a partir das necessidades dos adolescentes. Entretanto, apresenta ações de cuidado à condição peculiar dos adolescentes como pessoas em desenvolvimento, com o objetivo de garantir o acesso universal e a integralidade na Rede de Atenção à Saúde. Em relação aos princípios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), os dados obtidos na pesquisa revelam que ainda há pontos a serem melhorados.

O estudo do regime socioeducativo pode aprofundar a compreensão das contradições existentes entre a legislação e a situação material e social dos adolescentes privados de liberdade, contribuindo para medidas mais objetivas de enfrentamento a essa questão.

No cuidado em saúde dos adolescentes em regime de internato, se utiliza a portaria nº 1.082⁴⁶, que redefine as diretrizes da

PNAISARI, incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado. Destaca-se na portaria do estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) como o sistema responsável pelo atendimento de saúde do adolescente^{47,48}, e garante ações de promoção e prevenção de saúde no que diz respeito aos transtornos mentais e uso de drogas. A adesão dos municípios possibilita que haja um plano de ações direcionadas aos adolescentes que avalize a sua inserção na rede e no acesso aos serviços⁴⁷.

Saúde mental e transtornos por uso de substâncias psicoativas

Os resultados da pesquisa corroboraram que o diagnóstico é um ponto crucial para a condução da assistência, pois é baseado no entendimento do quadro de saúde mental do adolescente. A equipe de saúde organiza o trabalho socioeducativo. Durante o cumprimento da medida socioeducativa, as punições ocorrem devido à inadequação do adolescente às normas institucionais, havendo controle de tais condutas, que, em geral, se dá por meio das medicações e de regras institucionais^{48,49}.

Observou-se que uma ampla porcentagem dos participantes da pesquisa experimentou drogas lícitas e ilícitas ao longo da vida. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU)⁵⁰, ainda carece de mais estudos que abordem a associação entre o uso de drogas e problemas de saúde mental entre adolescentes, apesar da tendência de aumento da prevalência de problemas de saúde mental deste grupo e o desenvolvimento crescente de jovens sendo diagnosticados e tratados por problemas decorrentes do uso de drogas.

De acordo com Armstrong e Costello⁵¹, há ocorrência de problemas de saúde mental entre jovens que utilizam drogas, embora tal acontecimento possa demonstrar grandes variações. A Substance Abuse and Addiction

Statistic (NCDAS) afirma que 788.000 adolescentes entre 12 e 17 anos de idade preencheram os critérios para transtorno do uso de drogas ilícitas, enquanto cerca de 407.000 jovens nessa mesma faixa etária atenderam aos critérios para transtorno por uso de álcool^{52,53}.

A prevalência de problemas de saúde mental em adolescentes no sistema de justiça criminal internacional vem sendo documentada⁵⁴⁻⁵⁶. Ressaltam Rissato et al.⁵⁷ que os distúrbios de saúde mental entre os jovens podem aumentar seu risco de entrar em contato com o sistema de justiça juvenil. Isso é delicado, uma vez que a maioria dos envolvidos na justiça denotam transtorno mental e o uso de substâncias concomitantemente. Além disso, adolescentes infratores com problemas de saúde mental podem enfrentar 'duplo risco', sofrendo de transtornos internos e externos de forma análoga, como transtornos psiquiátricos e de conduta⁵⁸.

Considerações finais

Tanto o ECA como as legislações internacionais recomendam que o internamento seja o último recurso e pelo menor tempo possível e que seja dada prioridade a programas comunitários de prevenção da delinquência juvenil. Com efeito, a jurisprudência brasileira acumulou posicionamentos que mostram uma inclinação para a internação juvenil, baseada não no Estatuto, mas na suposta periculosidade dos antecedentes do jovem nas relações familiares, na desadaptação social, no uso ou abuso de drogas, entre outros. Como observado, a internação é considerada uma estratégia de ressocialização, um benefício, uma forma de correção do adolescente, e a internação é o tratamento indicado.

Por meio deste estudo, ficou evidenciada na amostra pesquisada uma alta prevalência de transtornos depressivos e a ideação suicida em adolescentes institucionalizados. Além disso, observou-se também a relação entre o sofrimento psíquico e o histórico de adversidades

na infância, como violência física, sexual e psicológica, como responsáveis pelo abuso de álcool e outras drogas. Assim, constatou-se que existe uma forte correlação entre maus-tratos, abandono parental e prejuízo à saúde mental dos adolescentes pesquisados.

A atenção à saúde das pessoas em cumprimento de medida socioeducativa, privadas de liberdade, é um direito a ser garantido. Ainda assim, além do diagnóstico e atenção aos problemas de saúde dessa população, o sistema de detenção de adolescentes precisa ser reestruturado, ensejando os vários elementos que se conformam como fatores impactantes à saúde mental, principalmente pelo uso de drogas, dentre outros fatores. Da forma como está constituído, tende a contribuir para o aprofundamento das adversidades mentais, com significativo impacto à vida desses jovens ora reclusos, imbuídos às questões sociais das

quais esses adolescentes são oriundos, via-de-regra, sem a presença do Estado.

Agradecimentos

À direção e aos funcionários do CAI-Baixada que direta e indiretamente propiciaram a execução deste trabalho.

Colaboradores

Ferreira AP (0000-0002-7122-5042)* contribuiu para a coleta, análise de dados, interpretação dos dados, referências bibliográficas e redação. Santos DS (0000-0003-2473-7130)* e Wermelinger ED (0000-0003-1926-4789)* contribuíram para a coleta e análise de dados. ■

Referências

1. Schoen-Ferreira TH, Aznar-Farias M, Silveiras EFM. A construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. *Estud psicol.* 2003;8(1):107-115. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100012>
2. Ahmad F, Shakya Y, Ginsburg L, et al. Burden of common mental disorders in a community health centre sample. *Can Fam Physician.* 2016;62(12):e758-66.
3. Alviter NGV, Hernández JLA, Villanueva JG, et al. Relación entre estereotipos, rasgos y roles de género con el consumo de drogas ilegales en adolescentes veracruzanos Mexico. *RIIAD.* 2023;9(2):215-23. DOI: <https://doi.org/10.28931/riiad.2023.2.10>
4. Presidência da República (BR). Lei nº 8.069 [Internet]. 1990 [acesso em 2022 dez 14]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
5. Presidência da República (BR). Lei nº 12.594 [Internet]. 2012 [acesso em 2022 dez 14]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112594.htm
6. Perminio HB, Silva JRM, Serra ALL, et al. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade: uma análise de sua implementação. *Ciênc saúde coletiva.* 2018;23(09):2859-68. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.13162018>
7. Kaplow JB, Curran PJ, Dodge KA. Conduct problems prevention research group. child, parent, and peer predictors of early-onset substance use: A multisite longitudinal study. *J Abnorm Child Psychol.* 2002;30(3):199-216. DOI: <https://doi.org/10.1023/a:1015183927979>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Mancilha GB, Covic AN. Cuidado em saúde ao adolescente em vulnerabilidade ao uso de drogas. *Saúde debate*. 2024;48(140):e8516. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241408516P>
9. Silva DMR, Costa DT, Bezerra ABE, et al. Drug use pattern among adolescents and its association with family dynamics. *SMAD. Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2024;20:e-201261. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2024.201261>
10. Nascimento A. O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado. São Paulo: Perspectiva; 2016.
11. Almeida S. Racismo estrutural. São Paulo: Sueli Carneiro & Pólen; 2019.
12. Mbembe A. *Necropolítica*. São Paulo: N-1; 2019.
13. Souza DRV, Ramos WT, Fonteneles AO, et al. Adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade em uma unidade no Distrito Federal: uma proposta de intervenção do cuidado em saúde mental. *ELO*. 2023;12. DOI: <https://doi.org/10.21284/elo.v12i.15560>
14. Escohotado A. *História elementar das drogas*. Tradução de José Colaço Barreiros. Lisboa: Antígona; 2004.
15. Bastos FIPM. *III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
16. Silva RJS, Soares NMM, Oliveira ACC. Factors associated with violent behavior among adolescents in northeastern Brazil. *Sci World J*. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1155/2014/863918>
17. Malta DC, Minayo MCS, Cardoso LSM, et al. Mortalidade de adolescentes e adultos jovens brasileiros entre 1990 e 2019: uma análise do estudo Carga Global de Doença. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26:4069-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.12122021>
18. Pereira MP. Bandido bom é bandido morto? polêmicas em direitos humanos no Brasil e sua relação com o racismo estrutural. *Rev Assoc Bras Pesqui Negros [Internet]*. 2024 [acesso em 2024 set 30];15(43). Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/1439>
19. Ferreira AP, Nichele CST, Santos JB, et al. A complexa interação epigenética na predisposição à dependência de drogas: uma revisão sistemática da literatura. *Res Soc Dev*. 2022;11:e51911730216. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.30216>
20. Fiore M. Prazer e risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre o uso de drogas. In: Labate BC, Goulart SL, Fiore M, et al. *Drogas e cultura: novas perspectivas [Internet]*. Salvador: EDUFBA; 2008 [acesso em 2024 set 30]. p. 141-53. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ufba/192/1/Drogas%20e%20Cultura.pdf>
21. Vargas EV. Fármacos e outros objetos sociotécnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: Labate BC, Goulart SL, Fiore M, et al. *Drogas e cultura: novas perspectivas [Internet]*. Salvador: EDUFBA; 2008 [acesso em 2024 set 30]. p. 41-61. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ufba/192/1/Drogas%20e%20Cultura.pdf>
22. Braga LL, Dell'Aglio DD. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clin*. 2014;6(1):2-14. DOI: <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2013.61.01>
23. Raupp L, Milnitsky-Sapiro C. Adolescência, drogadição e políticas públicas: recorte no contemporâneo. *Estud Psicol (Campinas)*. 2009;26(4):445-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000400005>
24. Rossi AF, Paula BA, Israel FM, et al. A tessitura da construção coletiva de indicadores de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial. *Saúde debate*. 2023;47(137):333-45. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313723>
25. Walsh F. Family resilience: A developmental systems framework. *Eur J Dev Psychol*. 2016;13(3):313-24. DOI: <https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1154035>

26. Rodrigues T. Tráfico, guerra e proibição. In: Labate BC, Goulart SL, Fiore M, et al. *Drogas e cultura: novas perspectivas* [Internet]. Salvador: EDUFBA; 2008 [acesso em 2024 set 30]. p. 91-103. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ufba/192/1/Drogas%20e%20Cultura.pdf>
27. Karam ML. A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: Labate BC, Goulart SL, Fiore M, et al. *Drogas e cultura: novas perspectivas* [Internet]. Salvador: EDUFBA; 2008 [acesso em 2024 set 30]. p. 105-120. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ufba/192/1/Drogas%20e%20Cultura.pdf>
28. Stoddard SA, Epstein-Ngo Q, Walton MA, et al. Substance use and violence among youth: a daily calendar analysis. *Subst Use Misuse*. 2015;50(3):328-39. DOI: <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.980953>
29. Departamento Geral de Ações Socioeducativas (RJ). Plano de Integridade [Internet]. Rio de Janeiro: DE-GASE; 2023 [acesso em 2023 dez 14]. Disponível em: https://www.degase.rj.gov.br/sites/degase/files/arquivo_texto/Plano_de_Integridade_DEGASE.pdf
30. Abdalla JFS, Silva SP, Veloso BR. *Ações Socioeducativas: Formação e saberes*. Rio de Janeiro: Novo Degase; 2015.
31. Lopes ERC. *A política socioeducativa e o Degase no Rio de Janeiro*. 1. ed. Jundiaí: Paco Editorial; 2015.
32. Creswell JW. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*; tradução Magda Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
33. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementariedade? *Cad Saude Publica*. 1993;9(3):239-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>
34. Gil AC. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Editora Atlas; 2008.
35. Yin RK. *Estudo de Caso, Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Editora Bookman; 2010.
36. World Health Organization. ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*. 2002;97(9):1183-94. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x>
37. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clin* [Internet]. 1998 [acesso em 2024 set 30];25(5):245-50. Disponível em: <https://to-saudefuncional.com/wp-content/uploads/2013/03/invent3a1rio-de-depress3a30-de-beck-propriedades-psicom3a9tricas-da-vers3a30-em-portuguc3a-as.pdf>
38. Cunha JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2016.
39. World Health Organization. Management of substance abuse - The ASSIST project - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [acesso em 2023 dez 14]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en
40. Henrique IFS, Lacerda RB, Lacerda LA, et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(2):199-206. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000200039>
41. Ministério da Saúde (BR). Área de Saúde do Adolescente e do Jovem [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em 2023 dez 14]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf
42. Presidência da República (BR). Decreto-lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal brasileiro [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1940 dez 31; Seção 1:23911-25.
43. Presidência da República (BR). Decreto-lei nº 3688, de 3 de outubro de 1941. Lei das Contravenções Penais [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1941 out 3. Seção 1:21799-805.

44. Presidência da República (BR). Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1988 out 5; Edição 186; Seção 1:1-78.
45. Arêas Neto NT, Constantino P, Assis SG. Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. *Physis*. 2017;27(3):511-540. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300008>
46. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014. Aprova a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e do Jovem [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2014 maio 23; Edição 100; Seção 1: 54.
47. Veloso BR, Abdalla JFS, Barbosa M. Ações socioeducativas: sistema de garantia de direitos e justiça restaurativa. Rio de Janeiro: Degase; 2018.
48. Fiore M. Prazer e risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre o uso de drogas. In: Labate BC, Goulart SL, Fiore M, et al. Drogas e cultura: novas perspectivas [Internet]. Salvador: EDUFBA; 2008 [acesso em 2023 dez 14]. p. 141-53. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ufba/192/1/Drogas%20e%20Cultura.pdf>
49. Malvasi PA. Entre a frieza, o cálculo e a “vida loka”: violência e sofrimento no trajeto de um adolescente em cumprimento de medida socioeducativa. *Saude Soc*. 2011;20(1):156-170. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100018>
50. Graça AR. ONU alerta para o aumento do consumo de drogas entre os jovens. *Jornalismo Porto Net* [Internet]. Universidade do Porto; 2020 [acesso em 2024 jan 25]. Seção Sociedade. Porto. Disponível em: <https://www.jpn.up.pt/2020/03/02/onu-alerta-para-o-aumento-do-consumo-de-drogas-entre-os-jovens/>
51. Armstrong TD, Costello J. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(6):1224-1239. DOI: <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.6.1224>
52. National Center for Drug Abuse Statistic [Internet]. [Maryland]: NCDAS; 2022 [acesso em 2024 set 30]. Disponível em: <https://drugabusestatistics.org/>
53. Teplin LA, Abram KM, McClelland GM, et al. Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(12):1133-43. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.12.1133>
54. Wasserman GA, McCreynolds LS, Lucas CP, et al. The voice DISC-IV with incarcerated male youths: prevalence of disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(3):314-21. DOI: <https://doi.org/10.1097/00004583-200203000-00011>
55. Kutcher S, McDougall A. Problems with access to adolescent mental health care can lead to dealings with the criminal justice system. *Paediatr Child Health*. 2009;14(1):15-8. DOI: <https://doi.org/10.1093/pch/14.1.15>
56. Cheely CA, Carpenter LA, Letourneau EJ, et al. The prevalence of youth with autism spectrum disorders in the criminal justice system. *J Autism Dev Disord*. 2012;42:1856-62. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1427-2>
57. Rissato D, Monteiro AD, Campos MC, et al. Atenção integral à saúde mental dos adolescentes em conflito com a lei em privação de liberdade: uma avaliação sob a perspectiva dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de Foz do Iguaçu. *Rev Pesqui Qualit*. 2024;12(29):19-44. DOI: <https://doi.org/10.33361/RPQ.2024.v.12.n.29.639>
58. Shufelt JL, Coccozza JJ. Youth with mental health disorders in the juvenile justice system: Results from a multi-state prevalence study. Washington, DC: National Center for Mental Health and Juvenile Justice Research and Program Brief; 2006.

Recebido em 16/10/2023

Aprovado em 29/04/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj)

Editora responsável: Gicelle Galvan Machineski

Sofrimento mental dos trabalhadores dos Caps: um olhar da gestão

Mental suffering in mental health workers: A management perspective

Eliza Piazzetta Carniato¹, Sergio Roberto de Lucca¹

DOI: 10.1590/2358-289820241439170P

RESUMO O gestor do serviço de saúde tem papel relevante na administração das inter-relações subjetivas da equipe com os usuários, bem como preservação da saúde mental destes profissionais. O objetivo deste artigo é analisar e discutir o sofrimento mental dos profissionais das equipes de saúde mental, estratégias de gestão para manejo, cuidado e prevenção, a partir das percepções dos gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). A pesquisa foi realizada no ano de 2022, com nove gestores dos Caps III e de Álcool e Drogas do município de Campinas-SP. As narrativas foram analisadas e sistematizadas em categorias temáticas: competências de gestão, conflitos gestor-equipe, sinais de sofrimento mental, fatores psicossociais relacionados ao trabalho, processos de trabalho, gestão do coletivo e do individual e dificuldades da administração. Os resultados evidenciaram as dificuldades da gestão e as estratégias adotadas, tais como a necessidade da escuta dos trabalhadores, da análise crítica dos processos de trabalho e manutenção de espaços de diálogo coletivo para evitar ou identificar sinais de sofrimento na equipe. Esta pesquisa contribui para a compreensão do sofrimento mental enfrentado pelos profissionais de saúde mental e destaca a participação da gestão na promoção da saúde e no enfrentamento dos desafios vivenciados por esses profissionais.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Pessoal de saúde. Gestão de serviços de saúde.

ABSTRACT *The service manager plays a relevant role in the administration of subjective interrelationships within the team and with the users, as well as in preserving the mental health of these professionals. The aim of this article is to analyze and discuss the mental suffering of professionals in mental health teams, as well as the management strategies for handling, care, and prevention, based on the perceptions of the managers of the Psychosocial Care Centers (CAPS). The research was conducted in 2022, with nine managers from CAPS III and Alcohol and Drug units in the city of Campinas-SP. Narratives were analyzed and systematized into thematic categories: management skills, manager-team conflicts, signs of mental distress, psychosocial factors related to work, work processes, collective and individual management, and administrative difficulties. The results highlighted the challenges of management, and the strategies adopted, such as the need for attentive listening to the workers, critical analysis of work processes, and the maintenance of spaces for dialogue, to prevent or identify signs of distress in the team. This research contributes to the understanding of the mental distress faced by mental health professionals and emphasizes the role of management in promoting health and addressing the challenges experienced by these professionals.*

KEYWORDS *Mental health. Health personnel. Health services administration.*

¹ Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Departamento de Saúde Coletiva (DSC) – Campinas (SP), Brasil. elizapzz@yahoo.com.br



Introdução

O trabalho desempenha um papel crucial na saúde mental, podendo fortalecê-la ou causar sofrimento, manifestado em distúrbios individuais ou coletivos. É essencial que a organização proporcione atividades significativas e desafiadoras, alinhadas com as habilidades e necessidades do trabalhador, para promover satisfação e prevenir o sofrimento psíquico. A avaliação dos fatores que promovem ou prejudicam a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras é crucial para compreender a dinâmica do adoecimento e seu impacto nos fenômenos psíquicos^{1,2}.

As organizações internacionais de saúde e trabalho reconhecem a relevância dos Fatores de Risco Psicossociais no Trabalho (FRPT) como desencadeantes de estresse laboral e adoecimento mental dos trabalhadores³. Os FRPT envolvem interações entre ambiente de trabalho, organização, função, competências e aspectos extralaborais, impactando saúde e desempenho profissional⁴. Novos contextos, como a pandemia de covid-19, podem introduzir riscos não documentados. O excesso de demandas, a falta de autonomia e de apoio dos colegas e dos gestores sobre as atividades de trabalho são alguns dos fatores que aumentam o risco para os trabalhadores desenvolverem estresse ocupacional, e cuja persistência poderá resultar em distúrbios psicossomáticos, psiquiátricos e que comprometem a qualidade de vida e a saúde, manifestadas pelos transtornos mentais. Os fatores psicossociais incluem também a intensificação e a sobrecarga de trabalho, implicando em danos como intoxicação, desgaste psicológico, abuso de poder, traumas e assédio^{2,5}. Estabelecer correlações e associações entre transtornos mentais e trabalho é de fundamental importância para as ações de prevenção e preservação da saúde dos trabalhadores.

Ao falar de sofrimento psíquico em trabalhadores, é importante destacar o papel da gestão. Tanto no campo administrativo quanto na área da saúde, sua função envolve organizar

recursos e orientar equipes para alcançar objetivos comuns. No contexto da saúde, o gestor coordena usuários, trabalhadores e a própria organização, lidando com aspectos técnicos e administrativos. Além disso, assume o papel de representante da instituição, cuidando da equipe e enfrentando desafios singulares e socioculturais ligados ao processo saúde-doença^{6,7}. Esta posição oferece ao gestor a oportunidade estratégica de identificar os FRPT, dar suporte e compreender os processos de adoecimento da equipe.

No Brasil, a assistência em saúde mental na rede pública ocorre principalmente na abordagem comunitária pela Rede de Atenção Psicossocial (Raps), que visa integrar a atenção básica e expandir os pontos de cuidado para pessoas com sofrimento emocional e transtornos mentais, tendo os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) como principais componentes⁸. Ao considerar o sofrimento dos profissionais de saúde mental, é crucial analisar o cotidiano de trabalho, marcado por desafios, dilemas e progressos em um modelo em constante evolução, enfrentando avanços e retrocessos. No âmbito da saúde mental, frequentemente evidenciam-se manifestações de agressões dirigidas aos trabalhadores por parte de usuários. Tal predisposição não apenas se deve à exposição a inúmeros riscos inerentes ao processo de trabalho, mas também à interação constante com os usuários, estabelecendo-se uma dinâmica intensa e de natureza interpessoal⁹. No contexto dos Caps, onde lidam diariamente com usuários em sofrimento psíquico, esses profissionais desempenham um papel ativo na implementação da Reforma Psiquiátrica, requerendo práticas alinhadas com as diretrizes políticas e normativas que orientam esse movimento^{10,11}.

Para promover a saúde mental dos trabalhadores, é crucial implementar uma política abrangente de saúde no trabalho. Os transtornos mentais são uma das principais causas de incapacidade no trabalho, afetando tanto o indivíduo quanto a instituição. São sinais de ambiente desfavorável e de trabalhador

insatisfeito e adoecido o aumento do absentismo, presenteísmo, queda de desempenho, alterações comportamentais e problemas interpessoais. Portanto, as mudanças na natureza e organização do trabalho representam um desafio para a saúde e segurança dos trabalhadores¹² e cabe também ao gestor proporcionar. Sabe-se que a gestão de qualidade, incluindo o apoio social e comunicação com a equipe, tem potencial de facilitar os relacionamentos e reduzir conflitos; além de poder aumentar a autonomia e responsabilidade dos profissionais, possibilitando a liberdade criativa, mas sem deixar a instituição desamparada. Não existe uma fórmula fixa para esse arranjo, mas cada instituição e equipe deve garantir a sustentação de contratos de trabalho alinhados com os objetivos de saúde, viabilidade técnica e a realização pessoal dos trabalhadores de saúde¹³⁻¹⁵.

O presente artigo tem como objetivo analisar e discutir o sofrimento mental dos profissionais das equipes de saúde mental e as estratégias de gestão para manejo, cuidado e prevenção, a partir das percepções dos gestores dos Caps do município de Campinas. Para compreensão do contexto deste cenário, faz-se necessário a elucidação de algumas temáticas referentes ao mundo do trabalho.

Material e métodos

Trata-se de um estudo qualitativo¹⁶, em que foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove gestores dos Centros de Atenção Psicossocial III e Álcool e Drogas do município de Campinas-SP, entre os meses de março e abril de 2022. O método qualitativo pode ser descrito como aquele que se ocupa do subjetivo e da realidade social dos atores envolvidos na pesquisa e busca compreender e interpretar as representações sociais e crenças sobre o tema de estudo. A abordagem qualitativa permite conciliar a investigação de um determinado grupo, sob a perspectiva histórica e social, suas relações e opiniões, para análise e produção de modelos teóricos com aplicabilidade real¹⁷.

Esta pesquisa teve duas etapas. Na primeira, foram realizadas entrevistas individuais gravadas com os gestores de cada serviço em salas reservadas nos respectivos Caps, sem a presença da equipe. As entrevistas foram guiadas por um roteiro sobre o processo de trabalho em saúde mental e as relações com a equipe e incluíram itens ou perguntas disparadoras sobre o tema, visando compreender como a gestão percebe o adoecimento psíquico dos profissionais. O conteúdo do material foi transcrito e analisado e as narrativas foram organizadas em grupos temáticos para identificar sinais de adoecimento, informações comuns sobre o manejo destas situações pela gestão e outras características que competem ao gestor. A metodologia escolhida para a análise dos dados foi a Análise de Conteúdo, conforme a abordagem teórica de Bardin¹⁸.

Todas as entrevistas ocorreram após aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em conformidade com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Campinas, em cumprimento dos princípios éticos do Conselho Nacional de Saúde (CNS)^{19,20}, aprovado com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 50626221.5.0000.5404 e parecer nº 50626221.5.0000.5404.

Resultados e discussão

A maioria dos entrevistados são mulheres e em média tinham 4,5 anos de experiência na gestão. Em termos de formação profissional, terapeutas ocupacionais e enfermeiras foram predominantes, seguidas por gestoras com formação em psicologia e serviço social. Também é relevante notar que os gestores entrevistados tinham uma trajetória prévia como trabalhadores da linha do cuidado, seja na equipe em que estão atualmente ou na instituição como um todo.

Do material das entrevistas, foram identificadas oito categorias de análise: Competências de gestão; Conflitos gestor e equipe; Sinais de

sofrimento mental; Fatores psicossociais relacionados ao trabalho; Alternativas de cuidado; Processos de trabalho; Gestão de coletivo e do individual; e Dificuldades da administração. O *quadro 1* descreve as categorias temáticas e

respectivos escopos teóricos das análises das entrevistas. Para preservar a anonimização dos participantes, as falas dos gestores serão representadas por numerações.

Quadro 1. Descrição das categorias temáticas analisadas a partir das narrativas dos gestores dos Caps. Campinas, 2023

Categorias Temáticas	Descrição
Competências da gestão	Características esperadas da gestão para melhor administração do serviço e dos recursos humanos.
Conflitos gestor e equipe	Como é esperado que os gestores atuem diante de situações de divergências na equipe, seja entre trabalhadores ou com a sua pessoa.
Sinais de sofrimento mental	Percepção da gestão de processos de sofrimento e adoecimento mental na equipe de trabalhadores.
Fatores psicossociais relacionados ao trabalho	Fatores psicossociais identificados pelos gestores nos Caps: a pandemia de covid-19, relações interpessoais, conteúdo do trabalho e a interface casa-trabalho.
Alternativas de cuidado	Estratégias utilizadas pela gestão para prevenção e promoção de cuidado em saúde mental.
Processos de trabalho	Práticas cotidianas dos trabalhadores de produção nos serviços de saúde.
Gestão do coletivo e do individual	Como a gestão concilia as demandas que surgem no âmbito individual e coletivo dos trabalhadores.
Dificuldades da administração	Adversidades observadas, principalmente no período da pandemia de covid-19, em relação aos trabalhadores, insumos e apoio institucional.

Fonte: elaboração própria.

Competências da gestão

Nas entrevistas, foi apontado que o papel do gestor na área da saúde envolve a coordenação de diferentes atores, incluindo usuários, trabalhadores e a própria organização. Não se trata apenas de gerenciar recursos e questões administrativas, mas também de lidar com processos individuais e socioculturais ligados à saúde e doença²¹.

Fazer gestão depende de muitas habilidades no sentido de avaliação da equipe, diretriz de processo de trabalho e, ao mesmo tempo, conhecimento da clínica. Não dá para de fato fazer gestão se você não tiver um processo de experimentação enquanto profissional mesmo. (Gestor 2).

Dejours¹³ identifica seis funções essenciais para um gestor: apoiar os subordinados, coordenar as habilidades individuais, facilitar espaços de deliberação, ouvir a equipe, tomar decisões corajosas e comunicar informações. Seguem duas falas que exemplificam esta visão por parte dos gestores:

[...] estando na gestão eu penso que o PTS é para a equipe, você acompanha o processo de trabalho, você implementa coisas, sugere, tem uma função mais dura que é a da gestão de horários e escalas (por mais que a gente tenha que quem faz escala é enfermeiro, a gente também precisa fazer outros tipos de escalas), então tem esta questão mais dura, mas também tem esta outra que é a gestão do cotidiano, das relações de trabalho, dos processos de trabalho. (Gestor 1).

[...] parte do trabalho do gestor é fazer boas parcerias na rede para que então consiga respaldar a equipe para possíveis parcerias, para a articulação da rede. (Gestor 2).

Os gestores também relataram que sua função exerce influência na articulação de estratégias de cuidado no território e na negociação entre diferentes setores da rede. É por meio da atuação do gestor que a equipe consegue desenvolver o cuidado na comunidade, através do diálogo e da troca com os demais serviços da rede de saúde. Para que isto ocorra de forma adequada, são valorizados os espaços coletivos, onde há delimitações quanto a assistência e os processos de trabalho, em uma gestão participativa com os trabalhadores²². Destes espaços, deve-se ressaltar as reuniões de equipe, que têm como objetivo melhorar a comunicação, esclarecer papéis, discutir projetos terapêuticos singulares e fortalecer vínculos entre os trabalhadores²². As supervisões clínico-institucionais auxiliam os profissionais nos desafios do Caps e no trabalho coletivo, com o supervisor ajudando na identificação de problemas e promoção de mudanças²³. Os colegiados gestores, com a participação dos coordenadores, são os que deliberam sobre questões organizacionais e decisões políticas²⁴.

No entanto, também foi abordado entre os gestores entrevistados algumas dificuldades desta função. Sabe-se que a gestão enfrenta desafios em envolver profissionais e usuários nas decisões coletivas, muitas vezes devido à falta de participação e representatividade. Portanto, os gestores também têm a responsabilidade de promover uma participação mais ativa e inclusiva, incentivando os trabalhadores a serem atuantes nesses espaços coletivos.

Conflitos entre gestor e equipe de saúde mental

Foi observado em diversas falas que os conflitos podem surgir de diferentes fontes, incluindo disputas de interesses e papéis, bem como diferenças individuais entre os membros

da equipe. Nas instituições de saúde mental em Campinas, a cogestão entre a Prefeitura Municipal e o Serviço de Saúde Cândido Ferreira foi estabelecida em 1990, resultando na implementação de vários serviços. No entanto, essa parceria enfrentou desafios políticos e financeiros que levaram ao fechamento de algumas unidades²⁵. O contexto histórico ainda influencia trabalhadores e dinâmicas do processo de trabalho, segundo algumas entrevistas. A seguir, um dos gestores fala das diferenças entre os profissionais com contratos antigos e novos:

A gente tinha aqui profissionais que já estavam há mais de 20 anos também, trabalhando neste Caps, então tinha muito o discurso de isso não vai mudar nunca, coisas que acho que iam segurando um pouco a necessidade de mudança, que eu fui notando que era necessário na instituição, no Caps. (Gestor 3).

Campos¹⁴ descreve duas formas de organização do trabalho em saúde: um modelo vertical, com profissionais especializados em suas áreas, e um modelo horizontal, em que todos os trabalhadores compartilham a responsabilidade pela administração do serviço. Nos Caps, os profissionais trabalham em equipes de referência para proporcionar cuidados abrangentes aos usuários. No entanto, essa abordagem multidisciplinar pode enfrentar obstáculos devido às incertezas e inseguranças individuais, inerentes à função ocupada e às relações interpessoais estabelecidas na equipe. Pode-se observar através da seguinte fala:

[...] eu tenho uma relação direta com a instituição pelo lugar que ocupo, mas eu estou com eles aqui no dia a dia acompanhando os casos, as dificuldades em processo de trabalho, que dá para confiar [...] Mas isso não adianta dizer, eles vão sentir aos poucos. (Gestor 4).

A cogestão é proposta como uma estratégia para alcançar objetivos institucionais, levando em consideração a diversidade de interesses

dos coletivos envolvidos. Isso envolve espaços coletivos como conselhos, colegiados e dispositivos. Campos²⁶ destaca a importância de evitar o controle excessivo sobre a autonomia do trabalhador, pois isso pode levar a uma falta de engajamento e reconhecimento no trabalho, resultando em sofrimento para os profissionais.

Acho que o desafio da Saúde Mental é, por tudo ser construído de maneira coletiva, e a gente defender isso, a gente também precisa entender que outras pessoas têm opiniões diferentes da minha e isso não pode ser um problema. (Gestor 6).

Sinais de sofrimento mental

O conceito de saúde mental está sujeito a fatores subjetivos e ambientais, sendo influenciado pelo modo como o trabalho é organizado. A ausência de ocupação pode ser prejudicial e a organização do trabalho, incluindo a natureza das tarefas e as interações humanas, pode impactar a saúde psíquica do trabalhador². Han²⁷ introduz os conceitos de sociedade do desempenho e sociedade do cansaço, enfatizando que o adoecimento psíquico está relacionado não apenas ao excesso de responsabilidades, mas também ao imperativo de alto desempenho. O sujeito do desempenho, influenciado por um excesso de positividade, experimenta uma falsa sensação de liberdade que leva ao esgotamento mental. A autoexploração resultante da cobrança pelo próprio desempenho força o indivíduo a produzir cada vez mais, levando ao burnout²⁸.

No contexto dos trabalhadores de saúde mental em um Caps, há particularidades que podem contribuir para o adoecimento, como a natureza da clínica e a exposição a situações complexas. Muitas vezes, o sofrimento dos trabalhadores diante das vivências de sofrimento na clínica pode levar ao próprio adoecimento psíquico e até pensamentos de morte, como podemos observar na fala a seguir:

Isso que é muito delicado na saúde mental, quando você tem um trabalhador adoecido. Porque você não pode estigmatizar, você tem que cuidar ao mesmo tempo [...] como colocar o trabalhador para atender um caso de tentativa suicídio, com ele tentando suicídio, eu não vi cabimento algum desse profissional estar acolhendo uma história de sofrimento, tristeza, de morte, sendo que ele fazia as mesmas coisas. (Gestor 6).

E, assim, o trabalhador acaba ficando um pouco preocupado em trazer um atestado de saúde mental. Apesar de a gente estar em lugar de saúde mental, que cuida de saúde mental, as pessoas ficam com bastante receio de trazer um atestado da psiquiatria. Eu sei que a pessoa está doente de outras coisas clínicas, mas que diz de um esgotamento. (Gestor 1).

Eu acho que, assim, o que eu vejo (que eu tô pensando nos casos que eu acompanhei), eu acho que a clínica às vezes do Caps aguça um pouco algumas coisas. Sabe, coloca em despertar algumas emoções que daí vai atingir um pouco a vida do sujeito. (Gestor 5).

Dejours²⁹ evidenciou essa realidade nos países ocidentais, abrangendo uma ampla gama de setores socioprofissionais, o que resultou em efeitos prejudiciais à saúde de todos os trabalhadores. Ademais, o autor destaca a dificuldade e a falta de preparo das instituições para abordar esse tema e para desenvolver estratégias eficazes de cuidado e prevenção. Os gestores mencionaram a preocupação com o tema do suicídio, ressaltando a complexidade desse problema e a necessidade de abordagens preventivas²⁹.

Além disso, as dificuldades enfrentadas pela gestão, como restrições financeiras, escassez de recursos e a necessidade de conciliar interesses entre a instituição e os trabalhadores, são outros desafios que podem ser fonte de sofrimento para trabalhadores, como também para os gestores.

Fatores psicossociais relacionados ao trabalho

Dos fatores psicossociais mencionados pelos entrevistados, a pandemia de covid-19 foi a principal alteração ambiental descrita. Houve um impacto significativo no adoecimento psíquico, especialmente entre os profissionais de saúde, devido ao aumento de casos, novas variantes e acesso ampliado aos serviços de saúde. Esses profissionais enfrentaram desgaste emocional devido a ambientes de trabalho sobrecarregados, incertezas sobre a doença, medo de contágio, isolamento social e falta de métodos preventivos a longo prazo³⁰. Ademais, também houve mudanças na dinâmica de trabalho e em determinadas atividades nos Caps. Em 2020, houve a recomendação da suspensão de atividades coletivas, a reavaliação dos acolhimentos diurnos e a suspensão de reuniões intra e intersetoriais presenciais³¹. A seguir, a fala de um dos gestores explica o clima da equipe no período da pandemia:

E o que mais senti foi o sentimento de culpa, como as pessoas se sentem culpadas de ter transmitido para o outro. Isso aqui foi muito forte. (Gestor 5).

m uma medida, como um todo, eu percebo a equipe muito mais ansiosa. Todos - eu, os profissionais de todos os núcleos - uma ansiedade e uma angústia muito grandes, pra além da conta. Teve momentos em que eu me senti acolhida pela equipe, e teve momentos que eu também acolhia, minimamente, pra falar que estamos juntos e a gente não tem como resolver isso. (Gestor 1).

A satisfação no trabalho é influenciada pela avaliação do ambiente, em seus aspectos psicossociais e individuais. A precarização do trabalho gera condições que tornam os trabalhadores vulneráveis, resultando em adoecimento psíquico. Isto resulta em absentismo, licenças médicas e problemas de saúde mental. Sabe-se que o engajamento dos trabalhadores está intimamente relacionado à gratificação, não apenas financeira, que

o reconhecimento no trabalho pode proporcionar^{1,2}. A falta de clareza nas funções, demandas conflitantes e conflitos organizacionais são fontes de estresse ocupacional, especialmente para profissionais de saúde mental na pandemia.

No trabalho em saúde mental dentro de um Caps, busca-se uma dinâmica que envolve improvisação e criatividade, semelhante ao trabalho artesanal. Esse cuidado é caracterizado por vínculos humanos que transcendem o conhecimento teórico e técnico, compreendidos por meio de experiências e afetos. Neste contexto, é importante destacar a necessidade crescente de formação e desenvolvimento desses profissionais, a partir de ações de educação permanente em saúde, como forma de promover a melhoria da gestão do trabalho ao fortalecer e valorizar o relacionamento de equipe, bem como ampliar espaços de trocas e produção de conhecimento³².

Para além do conhecimento técnico, há uma dimensão afetivo-emocional que envolve o sofrimento do profissional de saúde mental ao confrontar suas próprias questões e sua constante construção, em diferentes campos, como o discurso religioso, científico, biomédico e político, especialmente no contexto da Reforma Psiquiátrica. Portanto, o trabalho no Caps exige muito do trabalhador, que enfrenta desafios constantes tanto nas questões clínicas quanto subjetivas³³.

A interface trabalho-casa pode potencializar o adoecimento psíquico, sendo importante considerar o contexto social do indivíduo. Mulheres enfrentam desafios específicos no ambiente de trabalho, com impacto na saúde mental, devido a desigualdades de gênero e dupla jornada, sendo um aspecto apontado por uma gestora quando aborda sobre o sofrimento de sua equipe. Para além do gênero, pessoas com doenças mentais enfrentam restrições injustificadas no trabalho, contribuindo para sentimentos de desvalia e incapacidade³⁴. Abaixo, um exemplo do reconhecimento destas questões pela gestão:

Assim, que daí para mim tem a ver com a natureza do processo. Eu vejo, a maioria são mulheres que compõem o nosso trabalho, então pensando no adoecimento de mulheres com questões de violência, em relação a relacionamento, relacionamentos abusivos. E aí adoecendo nesse processo. Tem até dessa duplicidade, triplicidade, quadruplicidade de papéis da mulher e isso de um esgotamento. (Gestor 5).

Alternativas de cuidado

Profissionais de saúde mental podem ser especialmente vulneráveis em situações de clínica da psicose e violência. Das categorias profissionais, a equipe de enfermagem de um Caps pode enfrentar sobrecarga de funções devido às responsabilidades múltiplas. O papel das mulheres na sociedade e no campo da enfermagem influencia a saúde mental, devidos aos desafios relacionados ao cuidado imediato, demandas técnicas, salário e conciliação entre vida profissional e pessoal.

A promoção da saúde mental no trabalho tem impacto positivo nas relações interpessoais, absenteísmo e qualidade de vida dos trabalhadores^{35,36}. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial da Saúde (OMS)³⁷, as instituições devem garantir a adaptação do trabalho às capacidades físicas e mentais do trabalhador, devem promover a capacitação para o gerenciamento de riscos psicossociais entre os serviços ocupacionais, garantir que os trabalhadores e seus representantes participem da identificação de riscos psicossociais e sejam consultados em qualquer ação tomada para mitigar os riscos associados, assim como para outros riscos no trabalho. Estratégias individuais e ações no ambiente de trabalho são essenciais para esse fim, sendo que os entrevistados apontaram que o acolhimento da supervisão e mudanças no processo de trabalho são ferramentas utilizadas frequentemente:

No processo de trabalho coletivo, enquanto Caps, o que o Caps pode fazer por este profissional, o que eu tenho de ferramenta enquanto gestão. Supervisão, educação permanente, ações coletivas, estas festas, estes momentos que temos juntos é muito interessante para a equipe. E articular a rede. (Gestor 2).

Porque a gente tá o tempo todo, 24h por dia, abraçado com o sofrimento humano. Tanto é que a gente acaba tendo uma coisa de pensar quase sempre pro lado da desgraça, tudo um pessimismo. Mas é porque a gente vê muita coisa ruim. É uma coisa que a gente precisa treinar mesmo. Você tem que treinar passar do portão e largar os problemas de trabalho aqui pra dentro. Senão isso te consome, te dá insônia. Você adoeca mesmo. (Gestor 7).

Processo de trabalho

O trabalho humano, segundo Mendes-Gonçalves³⁸, pode ser definido como a transformação de ‘energia’ anterior de maneira não espontânea, revelando um ‘processo’. Este processo envolve o uso de instrumentos que agem sobre um objeto, submetendo-o a uma determinada produção. No contexto do trabalho em saúde, o profissional que oferece assistência é o produtor de saúde, interagindo diretamente com os usuários, que assumem o papel de consumidores. Assim, a particularidade desse processo reside na dependência da relação entre os envolvidos, sendo impossível ao trabalhador produzir saúde de forma isolada, sem o coletivo – o que é ressaltado por todos os entrevistados.

O cuidado é uma atividade relacional e seu principal produto é o encontro entre trabalhador e usuário³⁹. Além disso, é importante destacar que o processo de trabalho é influenciado pelo contexto histórico e suas produções são moldadas pelas experiências vivenciadas no contexto social de trabalho na saúde. Durante a pandemia de covid-19, houve mudanças significativas na organização do trabalho e na forma de se relacionar com os usuários do serviço, apontam os gestores, como demonstrado a seguir:

Às vezes o processo de trabalho adoece, mas também traz as soluções. Tá combinado, a gente validou este combinado e a gente vai seguir. Se não der certo, daqui um tempinho a gente conversa e repensa, mas precisa ter um tempo experimentando. (Gestor 3).

A equipe perdeu muitos pacientes com covid. Aí tem os que entenderam o processo, conseguiram se restabelecer. Tem os outros que de fato têm medo, e aí chegou um pavor, mas que é um pavor que deu para cuidar, ao longo desses anos que a gente tá vivendo isso aí. (Gestor 7).

Acho que tem coisas que não cabem mais. Na verdade, tem coisas que a gente apostou e, do usuário, por exemplo, que tá em casa e a gente achou que não ia dar certo e deu. Vamos rever. Talvez não precise de todo este amparo que a gente tá dando, tem tudo isto que faz a gente repensar. (Gestor 8).

Gestão do coletivo e do individual

O gestor desempenha o papel de conciliar demandas individuais e coletivas da equipe, requerendo habilidades para compreender e apoiar os dramas subjetivos que surgem no ambiente de trabalho. Segundo Onocko-Campos⁴⁰, o gestor precisa adotar um papel semelhante ao de uma figura materna, oferecendo suporte, espaços de acolhimento e escuta, ao mesmo tempo em que estabelece regras e limites.

De fato, há uma equação bem estabelecida entre a relação de se fazer a assistência e a gestão, uma vez que o modo de trabalho como os serviços estão organizados hoje não favorece o envolvimento em processos gerenciais e a manutenção das práticas assistenciais sem gerar prejuízos aos usuários e desgaste ao trabalhador. Os gestores e profissionais de saúde da linha de frente tensionam a criação de um processo participativo e horizontalizado, apesar dos conflitos permeados por relações de poder⁴¹.

Durante processos de adoecimento, muitos gestores enfatizaram a importância da proximidade com o trabalhador, proporcionando um ambiente de escuta confidencial para discutir questões pessoais e considerar alternativas de cuidado, incluindo ajustes no processo de trabalho:

Acho que a gente tem uma grande responsabilidade que é cuidar da nossa própria saúde mental. Se a gente não cuida da nossa saúde mental, a gente não consegue sustentar nada aqui dentro. (Gestor 2).

Eu considero importante escutar. Poder estar disponível, assim com tempo para escutar a pessoa, mais de uma vez se precisar. Mas eu penso nessas escutas que eu te falei antes, uma escuta que 'olha eu faço a gestão aqui'... Se você tem uma questão muito pessoal, eu falo 'fulano, então, como que você pensa em lidar com isso porque aqui eu tenho limite para cuidar dessas coisas'. (Gestor 9).

Entretanto, é importante destacar que o papel do gestor no cuidado ao trabalhador adoecido possui limitações. Embora existam ferramentas para cuidado coletivo e individual, como supervisão, espaços de socialização e escuta individual, em algumas situações esses recursos podem não ser suficientes para atender às necessidades individuais.

A gente fica muito sozinha nisso. A gente se sente um pouco impotente, é um serviço que cuida de saúde mental, que preza tanto por isso, fala tanto sobre isso, mas quando é um profissional nosso quanto a gente fica limitado em oferecer. (Gestor 8).

Ademais, é relevante salientar que os gestores buscam agir em situações específicas que interagem com os FPRT. Isso inclui proporcionar maior flexibilidade nas horas de trabalho e escalas, promover maior autonomia do trabalhador na tomada de decisões e distribuir as tarefas e carga de trabalho de maneira equitativa. Estes aspectos estão sob a alçada da gestão local e podem ser discutidos com a equipe.

Dificuldades da administração

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta heterogeneidade na distribuição de serviços e recursos ao longo do território. A pandemia de covid-19 evidenciou as limitações nos serviços de saúde, destacando a necessidade de reorganização da rede. Desde 2016, a saúde mental enfrenta um processo de desmonte, refletido em mudanças nas políticas públicas, como redução de orçamento, criação de ambulatórios especializados e redução de cadastro de centros de atenção psicossocial^{42,43}.

Gente, está acontecendo isso, e é isso. Vai ter um corte porque não tem condição mais. A gente precisa pensar no que nós vamos conseguir manter. Essa é uma conversa difícil também. Não é ainda, eu acho que seria muito extremo dizer, mas a gente tá no caminho de uma da gestão da escassez. (Gestor 9).

Profissionais de saúde estão mais expostos a riscos biológicos, o que contribui para adoecimento e aumento de acidentes de trabalho. Estratégias como vacinação, uso de EPIs, higiene das mãos e educação continuada são cruciais para proteger os trabalhadores. A gestão necessita de recursos externos para auxiliar no cuidado, pois algumas situações exigem mais do que as ferramentas disponíveis. Existem estratégias de prevenção de estresse e doenças mentais em instituições, fundamentadas em três pilares: controle de riscos, resolução de problemas e oferta de apoio para recuperação. Assegurar a eficácia dessas etapas promove a reintegração dos trabalhadores doentes e fortalece a relação com a instituição⁴⁴.

As pessoas com muito medo. Não tinham insumos necessários neste primeiro momento, porque não tinha onde comprar máscara, não tinha dinheiro para comprar máscara... A equipe ficou muito cindida no processo. (Gestor 2).

Considerações finais

Como limitação do estudo, destaca-se que as narrativas foram produzidas pelas gestoras dos serviços de saúde mental dos Caps de um município de grande porte, cujo olhar pode contribuir para um viés desta pesquisa, à medida que só um lado foi ouvido. Ao se falar sobre o cuidado ao trabalhador, é importante que o próprio profissional da linha de frente do serviço tenha seu espaço de fala e escuta.

Além disso, é importante destacar uma característica singular do município que, devido à trajetória de desenvolvimento da rede de saúde mental, muitos profissionais da área (inclusive os gestores) continuam enfrentando desafios significativos que ameaçam a integridade dos espaços coletivos e da colaboração entre serviços. Apesar dessas adversidades, eles persistem em seus esforços para fortalecer e expandir o cuidado em rede.

O gestor do Caps atua como intermediário entre os profissionais que estão na linha de frente do cuidado e a instituição, utilizando-se da sua experiência e conhecimento dos diferentes núcleos. Por outro lado, eles também são trabalhadores que representam a categoria de profissionais dos Caps, a maioria com longa trajetória na instituição.

Os resultados das entrevistas apontaram as principais dificuldades enfrentadas e as estratégias utilizadas pela gestão junto aos profissionais. Existe consenso em relação ao papel do gestor, que inclui a escuta atenta dos trabalhadores, a reflexão crítica dos processos de trabalho, a manutenção dos espaços coletivos e a proposição de mudanças para o manejo e prevenção de sofrimento individual ou coletivo. Além disso, o papel dos gestores é contraditório e desafiador, uma vez que precisam administrar situações que estão além de seu controle, tais como as decisões políticas ou da instituição.

Os gestores entrevistados têm experiência na rede de atenção psicossocial e estão comprometidos com as diretrizes da reforma psiquiátrica. Isso se reflete em uma gestão mais

participativa e com um olhar humanizado para usuários e trabalhadores. No entanto, é importante ressaltar que nem todos os Caps ou serviços de saúde mental seguem o mesmo modelo de gestão.

Finalmente, este estudo oferece uma contribuição para a compreensão do sofrimento mental dos trabalhadores de saúde mental e o papel desempenhado pela gestão na promoção da saúde e no enfrentamento dos desafios vivenciados por esses profissionais. Espera-se que os resultados deste estudo possam colaborar para práticas e políticas que acolham

as demandas de cuidado da saúde mental dos profissionais que cuidam da saúde mental, promovendo um ambiente de trabalho mais saudável.

Colaboradores

Carniato EP (0000-0001-5440-8739)* e Lucca SR (0000-0001-6023-0949)* colaboraram igualmente para todas as etapas de elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez Editora; 2021. 234 p.
2. Seligmann-Silva E. Trabalho e Desgaste Mental. O direito de ser dono de si. São Paulo: Cortez Editora; 2011. 739 p.
3. World Health Organization. Psychosocial factors at work: recognition and control. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health [Internet]. Geneva: WHO; 1984 [acesso em 2023 nov 26]. Disponível em: https://ilo.primo.exlibrisgroup.com/discovery/fulldisplay/alma992480113402676/4IILL-INST:4IILLO_V2
4. Leka S, Jain A. Health impact of psychosocial hazards at work: an overview [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [acesso em 2023 nov 24]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/44428>.
5. Lucca SR. Fatores Psicossociais e Saúde Mental no Trabalho: Instrumentos de diagnóstico e intervenção. Nova Friburgo: Proteção; 2019. 128 p.
6. Ferigato S, Carvalho SR. O poder da gestão e a gestão do poder. In: Carvalho SR, Ferigato S, Barros ME, editores. Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 53-73.
7. Gaulejac V. Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. São Paulo: Editora Ideias e Letras; 2020. 338 p.
8. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2002 fev 20 [acesso em 2023 nov 24]; Seção I:22-23. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
9. Bedin-Zanatta A, Lucca SR, Silva BMC. Workplace violence in the Psychosocial Care Centers of a city in the state of São Paulo. Rev Bras Med Trab. 2021;19(1):51-59. DOI: <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2021-570>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Moebus RLN, Merhy EE. A Terceira Margem da Clínica: Produção do Cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Rev Saúde Colet Bioet* [Internet]. 2015 [acesso em 2023 nov 26];7(2):24-35. Disponível em: <http://www.repositorio.ufop.br/jspui/handle/123456789/8806>
11. Merçom LN, Constantinidis TC. Processos de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores nos CAPS: uma revisão integrativa. *Contextos Clín*. 2020;13(2):666-695. DOI: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2020.132.14>
12. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [acesso em 2023 nov 24]. 296 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789240049338>
13. Dejours C. Organização do trabalho e saúde mental: quais são as responsabilidades do manager? In: Macêdo KB, Lima JG, Fleury ARD, et al., editores. *Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar*. Goiânia: Editora da PUC Goiás; 2016. p. 317-331.
14. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko-Campos R, organizadores. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 229-266.
15. Zanatta AB, Gonçalves LLM, Lucca SR. O processo de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva dos gestores. *SMAD Rev Eletr Saúde Ment Álcool Drog*. 2022;18(1):68-76. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2022.178209>
16. Denzin NK, Lincoln YS. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 15-41.
17. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec; 2007. 406 p.
18. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
19. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção I:549.
20. Ministério da Saúde (BR); 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2016 maio 24; Seção I:44.
21. Gray P, Senabe S, Naicker N, et al. Workplace-based organizational interventions promoting mental health and happiness among healthcare workers: a realist review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(22):4396. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16224396>
22. Tasca PC, Mahl ÁC, Biesdorf A. A prática de reuniões de equipes: um dispositivo de cuidado para trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Unoesc Ciência – ACBS* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 nov 24];10:99-106. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/20465>
23. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.174, de 7 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2005 jul 7 [acesso em 2023 nov 24]; Seção 1:38-39. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
24. Meirelles MCP, Kantorski LP. Ação Comunicativa: um olhar sobre processos de gestão de uma Rede de Atenção Psicossocial. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(9):4183-4192. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.16342020>

25. Zambenedetti G. Dispositivos de integração da rede assistencial em saúde mental: a experiência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. *Saúde e Soc.* 2009;18(2):334-345. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200016>
26. Campos GWS. Democratic management and new craft: Concepts to rethink integration between autonomy and responsibility in health work. *Ciênc saúde coletiva.* 2010;15(5):2337-2344. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000500009>
27. Han B-C. *A sociedade do cansaço.* Petrópolis: Vozes; 2015.
28. Maresca G, Corallo F, Catanese G, et al. Coping strategies of healthcare professionals with burnout syndrome: a systematic review. *Medicina (Kaunas).* 2022;58(2):327. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina58020327>
29. Dejours C, Bègue F. *Suicídio e trabalho: o que fazer?* Brasília, DF: Paralelo 15; 2010.
30. Delgado D, Quintana FW, Perez G, et al. Personal safety during the Covid-19 pandemic: Realities and perspectives of healthcare workers in latin America. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(8):1-8. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17082798>
31. Gerbaldo TB, Antunes JLF. O impacto da pandemia de Covid-19 na assistência à saúde mental de usuários de álcool nos Centros de Atenção Psicossocial. *Saúde Soc.* 2022;31(4):e210649pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-1290202210649pt>
32. Mattos MP, Campos HMN, Gomes DR, et al. Educação Permanente em Saúde nos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa da literatura. *Saúde debate.* 2020;127(44):1277-1299. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012724>
33. Nardi HC, Ramminger T. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. *Physis.* 2007;17(2):265-287. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000200004>
34. Guimarães JMX, Jorge MSB, Assis MMA. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: Um estudo em centros de atenção psicossocial. *Ciênc saúde coletiva.* 2011;16(4):2145-2154. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400014>
35. Budde MFP, Araújo TM. Processo laboral e a saúde dos trabalhadores em centros de atenção psicossocial. In: Fernandes RCP, Lima MAG, Araújo TM, organizadoras. *Tópicos em saúde, Ambiente Trabalho: um olhar ampliado.* Salvador: EDUFBA; 2014. p. 153-180.
36. Pinho ES, Souza ACS, Esperidião E. Processos de trabalho dos profissionais dos centros de atenção psicossocial: Revisão integrativa. *Ciênc saúde coletiva.* 2018;23(1):141-152. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.08332015>
37. World Health Organization. *Mental health at work: policy brief.* Geneva: WHO; 2022.
38. Mendes-Gonçalves RB. *Saúde, Sociedade e História.* Porto Alegre: Hucitec; 2017. 439 p.
39. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Public health and mental health: Methodological tools to evaluate the Brazilian Network of Referral Centers for Psycho-Social Care (CAPS) in the Brazilian Unified Health System. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(5):1053-1062. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500018>
40. Onocko-Campos RT. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos GWS, editor. *Saúde Paidéia.* Hucitec; 2007. p. 122-149.
41. Rossi AF, Paula BA, Israel FM, et al. A tessitura da construção coletiva de indicadores de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial. *Saúde debate.* 2023;137(47):333-345. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042023>
42. Delgado PG. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trab Educ Saúde.* 2019;17(2):e0020241. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>

43. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(3):e00285117. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>
44. Glina DMR, Rocha LE. Prevenção do Estresse no Trabalho. In: Glina DMR, Rocha LE, editores. *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática*. Roca; 2010. p. 113-135.

Recebido em 07/12/2023

Aprovado em 05/08/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Gicelle Galvan Machineski

O olhar para uma população desassistida: determinantes sociais da saúde em Angola

Looking at an underserved population: Social determinants of health in Angola

Marcial António Simão Songa¹, Suzely Adas Saliba Moimaz¹, Nemre Adas Saliba¹, Fernando Yamamoto Chiba¹, Tânia Adas Saliba¹

DOI: 10.1590/2358-289820241439212P

RESUMO Objetivou-se analisar os fatores determinantes sociais da saúde em Angola. Trata-se de uma pesquisa documental, exploratória e quantitativa, realizada com dados do Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde 2015-2016 de Angola. Foram analisadas as variáveis: acesso a fontes de água para beber; instalações sanitárias apropriadas; acesso à eletricidade; nível educacional; acesso a empregos; taxa de mortalidade infantil; consultas pré-natais; e cobertura vacinal. Observou-se que 45,2% dos agregados familiares não têm acesso a fontes de água apropriada para beber; 52,9% utiliza instalações sanitárias não apropriadas, principalmente nas áreas rurais; 31% dos homens de 15 a 49 anos estavam desempregados; 42% dos agregados familiares possuíam acesso à eletricidade; 22% das mulheres e 8% dos homens de 15 a 49 anos nunca frequentaram a escola; a estimativa da taxa de mortalidade infantil foi de 44 mortes para cada 1000 nascidos-vivos; 44,1% das gestantes com menor nível socioeconômico não realizaram nenhuma consulta pré-natal; 18,3% das crianças de 12 a 23 meses e 21% de 24 a 35 meses não receberam nenhuma vacina. Conclui-se que existem grandes lacunas no acesso a determinantes sociais da saúde, evidenciando a necessidade de esforços governamentais em parceria com organismos internacionais para melhorar as condições de saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE Angola. Acessibilidade aos serviços de saúde. Fatores socioeconômicos. Saúde pública.

ABSTRACT *The objective was to analyze the social determinants of health in Angola. This is a documentary, exploratory and quantitative research, carried out with data from the 2015-2016 Multiple Indicators and Health Survey in Angola. The analyzed variables were: access to drinking water sources; appropriate sanitary facilities; access to electricity; educational level; access to jobs; child mortality rate; prenatal consultations; and vaccination coverage. It was observed that 45.2% of households do not have access to adequate water sources for drinking; 52.9% use inappropriate sanitation facilities, mainly in rural areas; 31% of men aged 15 to 49 were unemployed; 42% of households had access to electricity; 22% of women and 8% of men aged 15 to 49 have never attended school; the estimated infant mortality rate was 44 deaths for every 1000 live births; 44.1% of pregnant women with lower socioeconomic status did not undergo any prenatal consultation; 18.3% of children aged 12 to 23 months and 21% aged 24 to 35 months did not receive any vaccine. It is concluded that there are large gaps in access to social determinants of health, highlighting the need for government efforts in partnership with international organizations to improve the population's health conditions.*

KEYWORDS *Angola. Health services accessibility. Socioeconomic factors. Public health.*

¹ Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA) – Araçatuba (SP), Brasil. fernando.chiba@unesp.br



Introdução

A República de Angola é um país de nível de renda médio-baixo, localizado na região da África Subsaariana, que apresenta uma população de 35.588.987 habitantes e esperança de vida ao nascer de 62 anos¹. Após enfrentar décadas de conflitos e guerra civil, a República de Angola tem alcançado progressos econômicos e políticos relevantes nos últimos anos, de modo que tais mudanças no desenvolvimento político e na estrutura social e econômica do país afetam diretamente a condição de saúde da população².

Apesar dos relevantes progressos econômicos e políticos obtidos nos últimos anos e dos esforços contínuos realizados pelo governo para melhorar a qualidade da atenção à saúde, verifica-se discrepância substancial nos serviços de saúde disponíveis dentro do país, resultando em uma realidade na qual parte considerável da população local continua a sofrer com a falta de acesso a eles³.

O Sistema Nacional de Saúde da República de Angola é supervisionado pelo Ministério da Saúde de Angola e oferece cobertura de serviços de saúde que abrangem os setores público e privado. Esse sistema tem como base o ‘Programa de Cuidados de Saúde Primários e Assistência Hospitalar’, o qual inclui os serviços de saúde que vão desde os cuidados de saúde primários até os atendimentos de nível especializado⁴. Os serviços de saúde realizados por meio do setor público são fornecidos gratuitamente para a população, entretanto, os serviços disponíveis são, na sua maioria, de baixa qualidade e apresentam escassez de profissionais que atuam nos cuidados primários de saúde, médicos, enfermeiros, medicamentos e de registros de informação de saúde digitalizados⁵.

Nesse contexto, sabe-se que os sistemas de saúde em vários países do continente africano têm sofrido, ao longo dos anos, com problemas relacionados à insuficiência de recursos humanos e financeiros, bem como com dificuldades técnicas e políticas no gerenciamento

destes recursos^{6,7}. A negligência e o subfinanciamento dos sistemas de saúde em países africanos de nível de renda médio-baixo representam graves desafios aos pilares da prestação de cuidados de saúde propostos pela Organização Mundial da Saúde: a prestação de serviços; a força de trabalho em saúde; os sistemas de informação em saúde; os medicamentos e tecnologias; o financiamento; e a liderança/governança^{6,8}.

Como fator agravante da frágil situação do sistema de saúde de Angola, existe uma grande lacuna de informações sobre os indicadores de cuidados de saúde, o que dificulta os processos de tomada de decisões sobre as políticas públicas de saúde no país, mas sabe-se que os indicadores sociais no país ainda não atingiram padrões adequados e uma parte considerável da população continua a sofrer com falta de acesso aos fatores determinantes da saúde⁹. Durante as últimas décadas, tem sido observada melhora nas condições econômicas, sociais e de saúde em países da África, entretanto, este desenvolvimento não foi partilhado igualmente entre as populações de diferentes regiões do continente, nos quais as desigualdades sociais e a iniquidade na saúde persistiram ou até pioraram^{10,11}. Considerando este contexto, o objetivo nesta pesquisa foi realizar a análise de fatores determinantes sociais da saúde em Angola.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa documental, exploratória e quantitativa, realizada a partir dos dados do relatório do Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS) 2015-2016 de Angola, o qual foi desenvolvido pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em parceria com o Ministério da Saúde (Minsa) e o Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial (MPDT)¹².

O INE de Angola coordenou a execução do inquérito e recebeu assistência técnica do Fundo das Nações Unidas para a

Infância (Unicef) e do Fundo Catalisador de Impacto, por meio do The Demographic and Health Surveys (DHS), e apoio logístico da Organização Mundial de Saúde. O financiamento do inquérito foi realizado pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (U.S. Agency for International Development – Usaid); Banco Mundial; Fundo das Nações Unidas Para Infância e Governo de Angola¹².

Por meio de consulta aos documentos sobre dados do IIMS 2015-2016 de Angola, disponíveis na página eletrônica do DHS, foram coletados dados sobre indicadores sociais e de saúde e atenção à saúde bucal do país¹³.

Foram analisadas as seguintes variáveis: acesso a fontes de água apropriada para beber; instalações sanitárias apropriadas e não compartilhadas; acesso à eletricidade; nível educacional; acesso a empregos; taxa de mortalidade infantil; taxa de mortalidade infante-juvenil; realização de consultas pré-natais; e cobertura vacinal.

Os dados foram analisados utilizando técnicas de estatística descritiva e os resultados apresentados sob a forma de tabelas.

A pesquisa utilizou dados secundários do relatório do IIMS 2015-2016 de Angola, disponíveis no endereço eletrônico oficial do DHS, sem qualquer tipo de identificação dos participantes, sendo dispensada de apreciação em comitê de ética em pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

O IIMS 2015-2016 de Angola foi realizado no período de outubro de 2015 a março de 2016. A amostra do inquérito foi composta por 16.302 agregados familiares, com representatividade a nível nacional, provincial, urbano e rural, assim como a nível de características socio-demográficas, como sexo, faixa etária, nível de escolaridade e perfil socioeconômico da população.

Água canalizada, chafariz público, furo com bomba, poço protegido, nascente protegida, água da chuva, chimpacas e água engarrafada foram consideradas fontes de água apropriada. Poço não protegido, nascente não protegida, caminhão-cisterna, carroça com tanque pequeno, moto de 3 rodas, lago, lagoa, riacho, canal e canal de irrigação foram consideradas fontes de água não apropriada.

Verificou-se que quase metade dos agregados familiares (45,2%) não têm acesso a fontes de água apropriada para beber, sendo 31,3% destes residentes na área urbana e 67,3% na área rural. Na área urbana, a principal fonte de água apropriada para beber é a água canalizada dentro de casa/dentro do quintal (22,4%), enquanto 21% consomem água não apropriada obtida por meio de caminhão-cisterna/carroça com tanque pequeno/moto de 3 rodas (*tabela 1*). Na área rural, a principal fonte de água apropriada para beber são poços protegidos (8,8%), enquanto 39,4% consomem água não apropriada proveniente de lago/lagoa/riacho/canal/canal de irrigação.

Instalações sanitárias não compartilhadas ligadas à rede pública de esgotos, ligadas à fossa séptica e ligadas à fossa aberta foram consideradas apropriadas.

Observou-se que 32,2% dos agregados familiares possuíam instalação sanitária apropriada e não compartilhada, atingindo menos da metade (45,6%) dos agregados residentes nas áreas urbanas e apenas 11% nas áreas rurais. A maioria dos agregados familiares utiliza instalações sanitárias não apropriadas (52,9%), principalmente entre os residentes das áreas rurais, atingindo 86,3% do total (*tabela 1*).

Os dados demonstraram que apenas 42% dos agregados familiares possuíam acesso à eletricidade, com grande disparidade entre as áreas urbanas e rurais (*tabela 1*). Observou-se que 36% dos agregados familiares residentes nas áreas urbanas não possuem acesso à eletricidade, enquanto nas áreas rurais 93% dos agregados familiares não tinham acesso à eletricidade.

Tabela 1. Distribuição percentual dos agregados familiares, de acordo com a fonte de água para beber, tipo e localização da instalação sanitária, acesso à eletricidade e área de residência. Angola, 2015-2016

	Área de residência		
	Urbana	Rural	Total
Fonte de água para beber			
Fonte apropriada	66,5	31,5	52,9
Água canalizada dentro de casa/dentro do quintal	22,4	0,8	14,0
Na casa do vizinho	17,9	1,1	11,4
Chafariz público	11,7	8,2	10,3
Furo com bomba	1,3	2,9	1,9
Poço protegido	9,3	8,8	9,1
Nascente protegida	1,7	5,7	3,3
Água da chuva	0,3	3,8	1,7
Água engarrafada, fonte de água melhorada	1,9	0,1	1,2
Fonte não-apropriada	31,3	67,3	45,2
Poço não protegido	4,8	13,9	8,3
Nascente não protegida	1,0	11,0	4,8
Caminhão-cisterna/carroça com tanque pequeno/ moto de 3 rodas	21	2,9	14,0
Lago/lagoa/riacho/canal/ canal de irrigação	4,5	39,4	18,0
Outra fonte	2,3	1,2	1,8
Total	100,0	100,0	100,0
Tipo e localização da instalação sanitária			
<i>Instalações sanitárias apropriadas não compartilhadas</i>			
Dentro de casa - Vaso sanitário ligado a rede pública de esgoto	5,0	0,6	3,3
Dentro de casa - Vaso sanitário ligado a fossa séptica	21,5	4,8	15,0
Dentro de casa - Vaso sanitário ligado a fossa aberta (vale ou rio)	0,3	0,4	0,3
Dentro do quintal - Vaso sanitário ligado a rede pública de esgoto	1,6	0,2	1,1
Dentro do quintal - Vaso sanitário ligado a fossa séptica	14,6	3,4	10,3
Dentro do quintal - Vaso sanitário ligado a fossa aberta (vale ou rio)	0,7	0,5	0,6
Fora do quintal - Vaso sanitário ligado a rede pública de esgoto	0,8	0,1	0,5
Fora do quintal - Vaso sanitário ligado a fossa séptica	1,0	0,8	1,0
Fora do quintal - Vaso sanitário ligado a fossa aberta (vale ou rio)	0,1	0,2	0,1
Total	45,6	11,0	32,2
<i>Instalações sanitárias não apropriadas</i>			
Dentro de casa - Latrina ligada a rede pública de esgoto	2,5	1,2	2,0
Dentro de casa - Latrina ligada a fossa séptica	4,6	1,3	3,3
Dentro do quintal - Latrina ligada a rede pública de esgoto	0,5	0,4	0,5
Dentro do quintal - Latrina ligada a fossa séptica	11,3	12,4	11,7
Dentro do quintal - Sanita ligada a fossa aberta (vale ou rio)	2,0	5,5	3,3
Fora do quintal - Latrina ligada a rede pública de esgoto	0,1	0,1	0,1
Fora do quintal - Latrina ligada a fossa séptica	0,7	1,4	0,9
Fora do quintal - Vaso sanitário ligado a fossa aberta (vale ou rio)	0,3	0,6	0,4
Balde/bacia/outro recipiente	0,4	0,2	0,3
Nenhum sanitário/ar livre/mato	8,9	63,3	30,0

Tabela 1. Distribuição percentual dos agregados familiares, de acordo com a fonte de água para beber, tipo e localização da instalação sanitária, acesso à eletricidade e área de residência. Angola, 2015-2016

	Área de residência		
	Urbana	Rural	Total
Outro	0,5	0,2	0,3
Total	31,8	86,3	52,9
Acesso à eletricidade			
Sim	64,0	7,0	42,0
Não	36,0	93,0	58,0
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: adaptado de Angola IIMS 2015-2016¹².

Foram consideradas empregadas as pessoas que exerceram qualquer atividade econômica durante, pelo menos, 1 hora, nos últimos 7 dias que antecederam a coleta dos dados. Foram incluídas também as pessoas que possuíam ligação a um emprego, mas que estavam em férias ou que não trabalharam no período de 7 dias devido à doença ou alguma outra razão específica.

Verificou-se que 69% dos homens e 65% das mulheres, com idade entre 15 e 49 anos, estavam empregados. É possível notar que, em ambos os sexos, a porcentagem de pessoas empregadas aumenta com a progressão da idade (*tabela 2*). Considerando a área de residência, observou-se que, em ambos os sexos, a porcentagem de pessoas empregadas é maior na área rural em comparação com a área urbana.

Tabela 2. Distribuição percentual de mulheres e homens, de acordo com a situação de emprego, faixa etária e área de residência. Angola, 2015-2016

Características	Mulheres			Homens		
	Empregadas	Não empregadas	Total	Empregados	Não empregados	Total
<i>Faixa etária (anos)</i>						
15-19	39,3	60,7	100,0	39,2	60,8	100,0
20-24	58,1	41,9	100,0	62,2	37,8	100,0
25-29	71,7	28,3	100,0	82,5	17,5	100,0
30-34	77,5	22,5	100,0	85,0	15,0	100,0
35-39	82,5	17,5	100,0	86,7	13,3	100,0
40-44	85,7	14,3	100,0	90,6	9,4	100,0
45-49	87,2	12,8	100,0	93,1	6,9	100,0
<i>Área de residência</i>						
Urbana	58,5	41,5	100,0	65,0	35,0	100,0
Rural	80,1	19,9	100,0	80,1	19,9	100,0

Fonte: adaptado de Angola 2015-2016¹².

Verificou-se que 22% das mulheres e 8% dos homens de 15-49 anos nunca haviam frequentado a escola. É possível notar grande desigualdade no nível de escolaridade entre os sexos, de modo que, em todas as faixas etárias, há uma maior proporção de homens com maiores níveis de escolaridade (ensino secundário incompleto, ensino secundário completo e ensino superior) em comparação com as mulheres, as quais também apresentam

menor mediana de anos estudados completos (tabela 3).

Observou-se que o nível de escolaridade é mais elevado nos residentes da área urbana quando comparado aos residentes da área rural, na qual, em ambos os sexos, há maior proporção de pessoas que nunca frequentaram a escola ou que possuem apenas o ensino primário incompleto.

Tabela 3. Distribuição percentual de mulheres e homens, de acordo com o nível de escolaridade, faixa etária e área de residência. Angola, 2015-2016

	Nenhum	Primário incompleto	Primário completo	Secundário incompleto	Secundário completo	Superior	Total	Mediana de anos estudados completos
<i>Mulheres</i>								
<i>Faixa etária (anos)</i>								
15-19	11,5	26,4	9,3	50,5	1,7	0,5	100,0	5,8
20-24	16,9	22,9	6,3	38,4	10,4	5,1	100,0	6,1
25-29	22,9	24,3	4,6	27,4	12,0	8,9	100,0	5,4
30-34	29,0	28,4	5,3	20,9	9,0	7,5	100,0	3,8
35-39	32,6	35,7	4,4	17,5	4,7	5,0	100,0	2,6
40-44	34,0	39,6	4,4	13,4	4,1	4,6	100,0	2,5
45-49	30,6	44,4	3,1	13,6	5,5	2,8	100,0	2,7
<i>Área de residência</i>								
Urbana	11,5	24,2	6,9	40,9	9,6	6,8	100,0	6,5
Rural	46,4	39,2	4,0	9,4	0,9	0,1	100,0	0,6
<i>Homens</i>								
<i>Faixa etária (anos)</i>								
15-19	4,4	24,3	10,5	56,9	3,2	0,6	100,0	6,5
20-24	7,8	17,2	6,4	45,7	14,8	8,1	100,0	8,1
25-29	6,7	15,7	4,1	39,8	20,4	13,3	100,0	8,6
30-34	11,8	22,0	6,2	29,2	18,6	12,3	100,0	7,6
35-39	11,2	23,9	7,2	32,8	12,8	12,1	100,0	7,1
40-44	8,4	26,2	10,9	32,9	15,2	6,3	100,0	6,8
45-49	6,6	31,6	8,6	32,2	12,8	8,2	100,0	6,1
<i>Área de residência</i>								
Urbana	3,2	13,8	6,9	49,3	16,3	10,4	100,0	8,2
Rural	18,5	43,2	9,7	24,6	3,5	0,6	100,0	4,0

Fonte: adaptado de Angola 2015-2016¹².

Verificou-se que a estimativa da taxa de mortalidade infantil, no período de 2011 a 2015, foi de 44 mortes para cada 1000 nascidos-vivos, representando uma redução em relação ao período de 2006 a 2010, quando a taxa era de 57 mortes para cada 1000 nascidos-vivos.

Conforme demonstrado na *tabela 4*, observou-se que as taxas de mortalidade infantil são maiores nas áreas rurais (61 mortes para cada 1000 nascidos-vivos) em comparação com as áreas urbanas (43 mortes para cada 1000 nascidos-vivos), assim como em crianças do sexo masculino (57 mortes para cada 1000 nascidos-vivos), em relação às crianças do sexo feminino (43 mortes para cada 1000 nascidos-vivos).

Houve uma redução na taxa de mortalidade infantil entre os filhos de mães com Ensino Secundário/Superior (34 mortes para cada 1000 nascidos-vivos) em relação àquelas que possuíam apenas o Ensino Primário (62 mortes para cada 1000 nascidos-vivos) ou nenhum grau de formação escolar (50 mortes para cada 1000 nascidos-vivos).

Notou-se uma diminuição de cerca de 2,5 vezes na taxa de mortalidade infantil nos agregados familiares de maior nível socioeconômico (25 mortes para cada 1000 nascidos-vivos) em relação aos de menor nível socioeconômico (62 mortes para cada 1000 nascidos-vivos).

Tabela 4. Taxa de mortalidade infantil para cada 1000 nascidos vivos, de acordo com as características socioeconômicas. Angola, 2015-2016

Características	Taxa de mortalidade infantil
<i>Anos anteriores ao inquérito</i>	
0 a 4	44
5 a 9	57
<i>Área de residência</i>	
Urbana	43
Rural	61
<i>Sexo da criança</i>	
Masculino	57
Feminino	43
<i>Nível de escolaridade da mãe</i>	
Nenhum	50
Ensino Primário	62
Ensino Secundário/Superior	34
<i>Quintil socioeconômico</i>	
Primeiro	62
Segundo	64
Terceiro	47
Quarto	43
Quinto	25

Fonte: adaptado de Angola 2015-2016¹².

Foram consideradas consultas pré-natais com um profissional de saúde qualificado

aquelas nas quais a gestante foi atendida por um médico, enfermeira ou parteira.

Verificou-se que 82% das gestantes de 15-49 anos realizaram, no mínimo, uma consulta pré-natal com um profissional de saúde qualificado (*tabela 5*). A proporção de gestantes que realizaram consulta pré-natal com um profissional de saúde qualificado foi menor nas áreas rurais (62,7%) do que nas áreas urbanas (92,2%). Constatou-se que grande parte das gestantes sem nenhum grau de escolaridade (39,9%) e com menor nível socioeconômico (44,1%) não realizaram nenhuma consulta pré-natal e que apenas 61% das gestantes realizaram quatro ou mais consultas pré-natais, em conformidade com as recomendações do Ministério da Saúde.

Foi considerado que uma criança entre 12 e 23 meses de idade teve acesso a todas as vacinas básicas caso tenha recebido, no mínimo, uma dose da vacina BCG; três doses da vacina pentavalente, que a protege contra difteria, tétano, tosse convulsa e *Haemophilus*

influenza; três doses da vacina contra a poliomielite; e uma dose da vacina contra o sarampo.

Verificou-se, quando combinadas as informações coletadas por meio dos relatos das mães ou apresentadas na carteira de vacinação, que 30,6% das crianças de 12 a 23 meses e que 26,1% das crianças de 24 a 35 meses receberam todas as vacinas básicas. Houve uma proporção considerável de crianças de 12 a 23 meses (18,3%) e de 24 a 35 meses (21%) que não receberam nenhuma vacina (*tabela 5*).

Observou-se disparidade na proporção de crianças de 12 a 23 meses que receberam todas as vacinas básicas, de acordo com a área de residência, nível de escolaridade materno e situação socioeconômica. A taxa de cobertura de todas as vacinas básicas foi menor nas áreas rurais (16,6%), em crianças com mães sem escolaridade (16,1%) e nas pertencentes a agregados familiares com nível socioeconômico mais baixo (12,5%).

Tabela 5. Acesso a consultas pré-natais e ao recebimento de vacinas. Angola, 2015-2016

Características	Realizou consulta pré-natal		
	Não teve consultas pré-natais	com um profissional de saúde qualificado	Realizou, no mínimo, 4 consultas pré-natais
< 20	17,3	82,5	57,5
20 a 34	16,5	83,2	63,8
35 a 49	24,5	75,0	57,4
<i>Área de residência</i>			
Urbana	7,5	92,2	73,8
Rural	37,0	62,7	39,4
<i>Nível de escolaridade</i>			
Nenhum	39,9	59,6	37,9
Ensino Primário	16,1	83,5	59,6
Ensino Secundário/Superior	3,5	96,4	81,3
<i>Quintil socioeconômico</i>			
Primeiro	44,1	55,6	34,0
Segundo	28,2	71,4	44,8
Terceiro	9,9	89,7	64,0
Quarto	3,3	96,3	81,5
Quinto	2,3	97,7	88,2

Tabela 5. Acesso a consultas pré-natais e ao recebimento de vacinas. Angola, 2015-2016

Vacinação	Faixa etária	
	12 a 23 meses	24 a 35 meses
Todas as vacinas básicas	30,6	26,1
Todas as vacinas nas idades apropriadas	12,6	8,5
Nenhuma vacina	18,3	21,0
Vacinação		
	Todas as vacinas básicas	Nenhuma vacina
Área de residência		
Urbana	39,8	10,1
Rural	16,6	30,8
Nível de escolaridade		
Nenhum	16,1	32,4
Ensino Primário	24,3	16,2
Ensino Secundário/Superior	50,7	8,1
Quintil socioeconômico		
Primeiro	12,5	34,8
Segundo	16,5	26,4
Terceiro	33,1	10,5
Quarto	48,1	9,0
Quinto	56,5	2,2

Fonte: adaptado de Angola 2015-2016¹².

Discussão

No presente estudo, observou-se que a população de Angola apresenta severas deficiências e grandes disparidades em relação ao acesso aos fatores determinantes sociais da saúde, como fontes de água apropriada para beber, instalações sanitárias apropriadas, eletricidade, emprego, educação, destacando-se um cenário preocupante em relação a taxa de mortalidade infantil, realização de consultas pré-natais e cobertura vacinal básica.

Mesmo diante de esforços coletivos globais, a falta de acesso à água potável para todos ainda é um dos grandes desafios que a humanidade enfrenta em pleno século XXI¹⁴. Estima-se que as fontes de água para consumo humano de aproximadamente 2 bilhões de

peças em todo o mundo estão contaminadas com fezes, o que pode resultar em milhares de óbitos devido à diarreia e suas complicações, principalmente em países em desenvolvimento¹⁵. Corroborando os achados deste estudo, pesquisas indicam que países da região da África Subsaariana apresentam níveis particularmente elevados de deficiência no acesso à água potável, destacando a sua relação com o risco de infecções decorrentes do consumo de água contaminada, especialmente na população infantil^{16,17}. Dessa forma, evidencia-se a importância da implementação de tecnologias voltadas para a inativação de microrganismos patogênicos na água destinada ao consumo humano¹⁸. Entretanto, é necessário compreender que a implementação de métodos de tratamento da água envolve adequações

infraestruturais e tecnológicas, o que dificulta a sua aplicação em regiões mais vulneráveis e reforça a importância do desenvolvimento de ações conjuntas entre os governos e agências internacionais, visando o fornecimento de água potável para a população^{15,19}.

A literatura demonstra que a região da África Subsaariana possui uma das mais elevadas taxas de mortalidade de crianças menores de cinco anos de todo o mundo e, também, está entre as regiões em que a população tem menor acesso a serviços adequados de tratamento de água, saneamento e higiene^{20,21}. Estudos sugerem que crianças menores de cinco anos que vivem em agregados familiares com instalações sanitárias não melhoradas têm um risco 11% maior de mortalidade quando comparadas às que possuem saneamento básico adequado²¹. Destaca-se, portanto, a necessidade do desenvolvimento de programas governamentais amplos, com o intuito de promover a implementação de instalações sanitárias com condições adequadas de limpeza, manutenção e esvaziamento, assegurando que as pessoas não entrarão em contato com excrementos e reduzindo o risco de contaminação e da transmissão de germes e doenças entre os membros do agregado familiar.

Os achados desta pesquisa estão de acordo com estudos que apontam que a falta de acesso à eletricidade representa um severo problema para milhões de pessoas de países de baixa renda da região da África Subsaariana. A solução dessa condição, potencialmente, está relacionada a grandes investimentos financeiros e, considerando a magnitude dos esforços necessários, precisará do desenvolvimento de projetos energéticos com a participação de nações mais ricas²². Salienta-se a importância de garantir o acesso universal à energia, como medida fundamental para auxiliar a redução da pobreza, melhorar a saúde, diminuir as desigualdades sociais, aumentar a geração de empregos e permitir que as comunidades se adaptem às alterações climáticas e às questões de segurança alimentar^{23,24}.

Nesta pesquisa, foram encontrados resultados preocupantes sobre o nível de escolaridade da população de Angola, especialmente a proporção considerável de pessoas que nunca haviam frequentado a escola. Sabe-se que a educação possui papel fundamental para o desenvolvimento do indivíduo e, nesse contexto, é possível sugerir que o baixo nível de escolaridade pode estar relacionado com a dificuldade de inserção no mercado de trabalho e com piores condições de saúde²⁵⁻²⁷. Nesse sentido, um estudo recente avaliou o efeito da educação inclusiva em 48 países da África Subsaariana, entre 2000 e 2020, e demonstrou que houve melhora na situação de saúde tanto dos homens como das mulheres da região, destacando a necessidade de políticas governamentais voltadas ao investimento no setor da educação, visando melhorar as condições de saúde dos cidadãos²⁸.

No contexto da promoção da melhoria das condições de saúde da população de Angola, salienta-se que medidas que podem reduzir a mortalidade infantil continuam sendo uma necessidade premente no país e na região da África Subsaariana.

Estima-se que, todos os anos, mais de 3 milhões de crianças menores de 5 anos morrem nos países da região da África Subsaariana e que a maioria dessas mortes seriam preveníveis ou evitáveis por meio de intervenções realizadas no sistema de cuidados de saúde primários^{29,30}. Um estudo de coorte realizado entre em sete países da África Subsaariana constatou o óbito de 5149 crianças, no período entre 1995 e 2015, de modo que baixas taxas de imunização foram correlacionadas com a baixa sobrevivência infantil, enquanto a acessibilidade das instalações de saúde e maiores concentrações de instalações de saúde foram associadas à melhoria da sobrevivência infantil²⁹. Assim, reforça-se a relevância da implementação de estratégias e políticas de saúde que visem a redução dos custos dos cuidados de saúde e a melhoria da acessibilidade às instalações de saúde como fatores de alta prioridade para reduzir a taxa de mortalidade infantil em Angola.

Em relação à saúde materno-infantil, o presente estudo verificou uma realidade preocupante em Angola, com grande proporção de gestantes com baixo nível de escolaridade e de menor nível socioeconômico, que não haviam realizado nenhuma consulta pré-natal. Similarmente, um estudo realizado por meio de análises de dados secundários de inquéritos demográficos de saúde de nove países da África Subsaariana verificou, em uma amostra de 56.002 mulheres, com idade entre 15 e 49 anos, que o número de consultas de cuidados pré-natais foi inadequado, principalmente nas mulheres de baixo nível de escolaridade, menor nível socioeconômico e residentes de áreas rurais³¹. Adicionalmente, em um estudo conduzido para determinar o efeito dos cuidados pré-natais na mortalidade neonatal na África Subsaariana foi demonstrado que a realização de, no mínimo, uma consulta pré-natal por um profissional qualificado pode reduzir o risco de mortalidade neonatal em 39% nos países dessa região³². Dessa forma, evidencia-se a necessidade de ampliar as ações, estratégias e políticas de saúde que estimulem e possibilitem a todas as mulheres grávidas de Angola o recebimento de cuidados pré-natais adequados, a fim de promover a redução das mortes de recém-nascidos.

Outro fator fundamental para melhorar as condições de saúde de uma população é a garantia de acesso à vacinação. As vacinas podem contribuir substancialmente para reduzir a morbidade e a mortalidade entre as crianças, entretanto, como demonstrado na presente pesquisa, a desigualdade na cobertura vacinal continua a persistir em Angola, afetando principalmente as crianças residentes nas áreas rurais, àquelas pertencentes a agregados familiares com nível socioeconômico baixo e com mães sem escolaridade.

Os resultados da presente pesquisa estão de acordo com os achados de um estudo realizado por meio da análise de dados de Inquéritos Demográficos e de Saúde em 25 países da África Subsaariana, o qual constatou que a cobertura total da vacinação variou entre 24%

e 93%, evidenciando que os países com menor cobertura vacinal apresentaram maiores desigualdades. Também verificou que a realização de quatro ou mais consultas pré-natais, partos em unidades de saúde, melhor nível educacional materno, maior riqueza familiar e escutar o rádio frequentemente aumentaram a taxa de vacinação³³. Ademais, estudo de revisão sobre as barreiras enfrentadas pelos responsáveis, prestadores de cuidados e sistemas de saúde, em relação à vacinação infantil na África Subsaariana, demonstrou que as principais dificuldades incluíam a falta de conhecimento sobre imunização, a distância até ao ponto de acesso, a privação financeira, a falta de apoio dos parceiros, crenças e desconfiança nas vacinas e nos programas de imunização, recursos humanos limitados e infraestruturas inadequadas para manutenção e fornecimento adequado de vacinas³⁴. Desse modo, faz-se necessário o desenvolvimento de ações governamentais para aprimorar os serviços de vacinação de Angola, melhorando a infraestrutura e os recursos humanos necessários e tornando-os acessíveis e aceitáveis para todos, considerando o planejamento adequado para superar as barreiras e as desigualdades culturais e sociais.

A vulnerabilidade às doenças pode ser influenciada por diversos fatores, tais como características biológicas, deficiência nutricional, idade, fatores socioeconômicos, condições de moradia insalubres, densidade demográfica elevada, trabalho em condições inadequadas e falta de acesso aos serviços de saúde³⁵. As intervenções sobre os determinantes sociais da saúde são necessárias para melhorar a equidade em saúde, de modo que a condição de saúde da população deve ser uma preocupação para os formuladores de políticas públicas de todos os setores e não apenas aqueles envolvidos nas políticas de saúde³⁶. Nesse contexto, como demonstrado no presente estudo, evidencia-se que vários determinantes sociais da saúde estão além da esfera dos setores de saúde e, portanto, a articulação e a integração entre os diferentes setores governamentais e não

governamentais são importantes para desenvolver políticas e estratégias voltados para a melhoria da equidade em saúde³⁷. O tratamento das doenças existentes é urgente e sempre deve receber alta prioridade, entretanto, deve ser acompanhado de medidas que promovam o desenvolvimento social e econômico, visando a melhoria da saúde da população³⁶. O planejamento de comunidades projetadas para promover o bem-estar físico, social e psicológico da população e proteger o ambiente natural são essenciais para alcançar a equidade em saúde. Nesse sentido, faz-se necessário priorizar a melhoria das condições de moradia, promovendo acesso ao fornecimento e tratamento de água e esgoto, eletricidade, alimentação saudável e transporte para todas as famílias, independentemente da capacidade de pagamento³⁸.

Limitações do estudo

A pesquisa foi realizada com base em dados secundários, de modo que a possibilidade de sub-registros pode ser considerada uma limitação do estudo, entretanto, ainda que se trate de uma pesquisa realizada com dados secundários, ressalta-se a dificuldade de obtenção das informações e registros.

Pontos fortes do estudo

O artigo aborda um tema de grande importância na área da saúde e, mesmo com a escassez de dados oficiais, evidencia as lacunas no acesso a determinantes sociais da saúde em uma população desassistida.

Conclusões

Conclui-se que embora haja relatos de que a República de Angola tem alcançado significativos avanços econômicos e políticos, ainda existem grandes lacunas em relação ao acesso a importantes determinantes sociais da saúde, evidenciando a necessidade de esforços governamentais locais em parceria com instituições e organismos internacionais com o intuito de melhorar as condições de saúde da população.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001.

Colaboradores

Songa MAS (0000-0003-0071-062X)*, Chiba FY (0000-0003-4406-405X)* e Saliba TA (0000-0003-1327-2913)* contribuíram para coleta, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do artigo; e aprovação final da versão a ser publicada. Moimaz SAS (0000-0002-4949-529X)* e Saliba NA (0000-0001-9608-1631)* contribuíram para concepção do trabalho; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do artigo; e aprovação final da versão a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- World Bank. The World Bank Open Data [Internet]. 2024 [acesso em 2024 jul 28]. Disponível em: <https://data.worldbank.org/>
- Balogun OO, Tomo CK, Mochida K, et al. Impact of the maternal and child health handbook in Angola for improving continuum of care and other maternal and child health indicators: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials*. 2020;21(1):737. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04664-w>
- Green A. Health in Angola in the wake of the presidential election. *Lancet*. 2017;390(10101):1477-1478. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32515-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32515-1)
- World Health Organization. Country cooperation strategy at a glance [Internet]. WHO: Angola; 2018 [acesso em 2024 jul 28]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136994/ccs-brief_ago_en.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gyeltshen D, Musa SS, Amesho JN, et al. COVID-19: A novel burden on the fragile health system of Angola. *J Glob Health*. 2021;11:03059. DOI: <https://doi.org/10.7189/jogh.11.03059>
- Oleribe OO, Momoh J, Uzochukwu BS, et al. Identifying key challenges facing healthcare systems in Africa and potential solutions. *Int J Gen Med*. 2019;12:395-403. DOI: <https://doi.org/10.2147/IJGM.S223882>
- Petersen I, Marais D, Abdulmalik J, et al. Strengthening mental health system governance in six low- and middle-income countries in Africa and South Asia: challenges, needs and potential strategies. *Health Policy Plan*. 2017;32(5):699-709. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czx014>
- World Health Organization. Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [acesso em 2024 jul 28]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/everybody-s-business---strengthening-health-systems-to-improve-health-outcomes>
- Shibre G. Social inequality in infant mortality in Angola: Evidence from a population based study. *PLoS One*. 2020;15(10):e0241049. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241049>
- Eshetu EB, Woldesenbet SA. Are there particular social determinants of health for the world's poorest countries? *Afr Health Sci*. 2011;11(1):108-115.
- Boutayeb A, Helmert U. Social inequalities, regional disparities and health inequity in North African countries. *Int J Equity Health*. 2011;10:23. DOI: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-23>
- Instituto Nacional de Estatística (Angola); Ministério da Saúde (Angola); Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial (Angola); ICF. 2017. Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde em Angola 2015-2016 [Internet]. Luanda, Angola; Rockville, Maryland, EUA: INE, MINSA, MINPLAN, ICF; 2017 [acesso em 2024 jul 28]. Disponível em: <https://www.ine.gov.ao/publicacoes/detalhes/MjQyOTU%3D>
- The Demographic and Health Surveys. Angola DHS, 2015-16 – Final Report [Internet]. Angola: INE; 2016 [acesso em 2024 jul 28]. Disponível em: https://dhs-program.com/Countries/Country-Main.cfm?ctry_id=76&c=Angola&r=1
- Oliveira JLM, Cohen SC, Kligerman DC, et al. Os desafios do saneamento como promoção da saúde da população brasileira. *Saúde debate*. 2019;43:4-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S300>
- Pichel N, Vivar M, Fuentes M. The problem of drinking water access: A review of disinfection technologies with an emphasis on solar treatment methods. *Chemosphere*. 2019;218:1014-1030. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chemosphere.2018.11.205>
- Armah FA, Ekumah B, Yawson DO, et al. Access to improved water and sanitation in sub-Saharan Africa in a quarter century. *Heliyon*. 2018;4(11):e00931. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00931>

17. Ntouda J, Sikodf F, Ibrahim M, et al. Access to drinking water and health of populations in Sub-Saharan Africa. *C R Biol.* 2013;336(5-6):305-309. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.crv.2013.06.001>
18. Aguiar KCG de, Cohen SC, Maciel EMG de S, et al. Fatores de risco para ocorrência de diarreia em crianças residentes na Ilha de Guaratiba (RJ). *Saúde debate.* 2022;44:205-220. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012415>
19. Castro RS, Cruvinel VRN, Oliveira JLM. Correlação entre qualidade da água e ocorrência de diarreia e hepatite A no Distrito Federal/Brasil. *Saúde debate.* 2019;43:8-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S301>
20. Momberg DJ, Ngandu BC, Voth-Gaeddert LE, et al. Water, sanitation and hygiene (WASH) in sub-Saharan Africa and associations with undernutrition, and governance in children under five years of age: a systematic review. *J Dev Orig Health Dis.* 2021;12(1):6-33. DOI: <https://doi.org/10.1017/S2040174419000898>
21. Gaffan N, Kpozehouen A, Degbey C, et al. Effects of household access to water, sanitation, and hygiene services on under-five mortality in Sub-Saharan Africa. *Front Public Health.* 2023;11:1136299. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1136299>
22. Li D, Bae JH, Rishi M. Sustainable Development and SDG-7 in Sub-Saharan Africa: Balancing energy access, economic growth, and carbon emissions. *Eur J Dev Res.* 2023;35(1):112-137. DOI: <https://doi.org/10.1057/s41287-021-00502-0>
23. Dagnachew AG, Choi SM, Falchetta G. Energy planning in Sub-Saharan African countries needs to explicitly consider productive uses of electricity. *Sci Rep.* 2023;13(1):13007. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-40021-y>
24. Adun H. Sustainability energy security: 20 years assessment of the West African Nations using a comprehensive entropy-TOPSIS analysis. *Environ Sci Pollut Res Int.* 2023;30(33):81093-81112. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11356-023-28116-5>
25. Playgo I. Education and active labour market policy complementarities in promoting employment: Reinforcement, substitution and compensation. *Soc Policy Adm.* 2023;57(2):235-253. DOI: <https://doi.org/10.1111/spol.12894>
26. Birch DA, Auld ME. Public health and school health education: Aligning forces for change. *Health Promot Pract.* 2019;20(6):818-823. DOI: <https://doi.org/10.1177/1524839919870184>
27. Zajacova A, Lawrence EM. The Relationship between education and health: Reducing disparities through a contextual approach. *Annu Rev Public Health.* 2018;39:273-289. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044628>
28. Kouladoum JC. Inclusive Education and Health Performance in Sub Saharan Africa. *Soc Indic Res.* 2023;165(3):879-900. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11205-022-03046-w>
29. Simmons RA, Anthopolos R, O'Meara WP. Effect of health systems context on infant and child mortality in sub-Saharan Africa from 1995 to 2015, a longitudinal cohort analysis. *Sci Rep.* 2021;11(1):16263. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95886-8>
30. Nwagbara UI, Osuala EC, Chireshe R, et al. Mapping evidence on factors contributing to maternal and child mortality in sub-Saharan Africa: A scoping review protocol. *PLoS One.* 2022;17(8):e0272335. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272335>
31. Andegiorgish AK, Elhoumed M, Qi Q, et al. Determinants of antenatal care use in nine sub-Saharan African countries: a statistical analysis of cross-sectional data from Demographic and Health Surveys. *BMJ Open.* 2022;12(2):e051675. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051675>
32. Tekelab T, Chojenta C, Smith R, et al. The impact of antenatal care on neonatal mortality in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2019;14(9):e0222566. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222566>

33. Bobo FT, Asante A, Woldie M, et al. Child vaccination in sub-Saharan Africa: Increasing coverage addresses inequalities. *Vaccine*. 2022;40(1):141-150. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.11.005>
34. Bangura JB, Xiao S, Qiu D, et al. Barriers to childhood immunization in sub-Saharan Africa: A systematic review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1108. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09169-4>
35. Moreira ADSR, Kritski AL, Carvalho ACC. Social determinants of health and catastrophic costs associated with the diagnosis and treatment of tuberculosis. *J Bras Pneumol*. 2020;46(5):e20200015. DOI: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20200015>
36. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099-1104. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
37. Ndumbe-Eyoh S, Moffatt H. Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13:1056. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1056>
38. Marmot M, Friel S, Bell R, et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372(9650):1661-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)

Recebido em 03/01/2024

Aprovado em 05/08/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Caracterización epidemiológica de la morbilidad por Tuberculosis Extrapulmonar en Brasil, 2010-2021

Epidemiological characterization of morbidity from Extrapulmonary Tuberculosis in Brazil, 2010-2021

Kirenía Leyva Boza¹, Luciene de Oliveira Morais¹, Katia Christina Leandro¹

DOI: 10.1590/2358-289820241438921E

RESUMEN Estudio transversal caracterizando epidemiológica y sociodemográficamente la morbilidad por Tuberculosis Extrapulmonar (TBEP) en Brasil de 2010 a 2021. Se evaluaron los porcentajes de TBEP en los espacios: pleural, ganglios periféricos, genitourinario, óseo, ocular, miliar, meningoencefálico, cutáneo, laríngeo y otros. La estadística descriptiva resumió las características socioepidemiológicas por regiones. Se utilizó el modelo de regresión joinpoint para analizar y representar gráficamente la tendencia. Para estimar la relación y efecto de las variables sobre los casos se utilizó la correlación bivariada de Pearson y el modelo de regresión de Poisson. La pleura fue el ámbito más afectado, así como la región sudeste. Predominaron los hombres, negros, el grupo etario de 15 a 59 años y el VIH/SIDA como enfermedad más asociada a la TBEP. Las tasas de incidencia mostraron caída entre 2019 y 2021 en las regiones Norte, Centro-Oeste y Sur. En el país predominó el descenso de la tendencia, excepto en niños de 0 a 14 años, con aumento significativo del sexo femenino a partir de 2019. Este estudio proporcionó informaciones socioepidemiológicas sobre el acaecimiento de TBEP, destacando la importancia de verificar la cobertura y la calidad de la atención por parte de los equipos de salud de la familia.

PALABRAS CLAVE Tuberculosis Extrapulmonar. Epidemiología. *Mycobacterium tuberculosis*.

ABSTRACT *Cross-sectional study describing the characteristics of the morbidity from Extrapulmonary Tuberculosis (EPTB) in Brazil from 2010 to 2021. The percentages of EPTB in the following sites were evaluated: pleural, peripheral nodes, genitourinary, bone, ocular, military, meningoencephalic, cutaneous, laryngeal and others. Descriptive statistics summarized the socioepidemiological characteristics by region. The joinpoint regression model was used to analyse and graphically represent the trend. Pearson's bivariate correlation and the Poisson regression model were used to estimate the relationship and effect of the variables on the cases. The pleura was the most affected site, as well as the Southeast region. Men, blacks, 15-59 years old group and HIV/AIDS were the most associated to EPTB. Incidence rates showed a decrease between 2019 and 2021 in the North, Midwest and South regions. In the country, the reduction in the trend predominated, except in children from 0 to 14 years old, with a significant increase in the female from 2019. This study provided socioepidemiological information on the occurrence of TBEP, highlighting the importance of the coverage and quality of the primary health care attentions teams.*

KEYWORDS *Extrapulmonary Tuberculosis. Epidemiology. Mycobacterium tuberculosis.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
kirenialeuva82@gmail.com



Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad antigua. Existen informes de evidencia en huesos humanos prehistóricos, datados del año 8000 antes de Cristo. En el siglo XVIII se le conoció como la 'gran peste blanca europea', por su elevadísima mortalidad. Se cree que fue introducida en Brasil por colonos portugueses y misioneros jesuitas, muchos de ellos enfermos, atraídos por las bondades del clima tropical. En 1839, fue denominada de tuberculosis por Johann Schönbein (1715-1789), y el 24 de marzo de 1882, la bacteria responsable fue aislada por el científico alemán Robert Koch¹⁻³.

La TB es una enfermedad infectocontagiosa, considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los principales problemas de salud pública, debido a su gran magnitud, trascendencia y vulnerabilidad. Es la segunda causa de muertes por enfermedades infecciosas, superando los fallecimientos causados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Es considerada perpetuadora de la pobreza, al comprometer la salud de las personas y sus familias, provocando grandes impactos económicos y sociales^{4,5}.

La Tuberculosis Extrapulmonar (TBEP) es la consecuencia de la diseminación de *Mycobacterium* (Mbt) a otros órganos fuera del parénquima pulmonar, representando el 20-25% de los casos de TB. Esta constituye una realidad clínica de importancia creciente, relacionada al aumento de individuos infectados por el VIH. Para su diagnóstico se enfrentan grandes desafíos como la baja sospecha clínica, síntomas atípicos y la dificultad para descubrirla por los métodos convencionales. A pesar de tener baja capacidad de contagio, suele ser más agresiva y generar secuelas que pueden limitar significativamente la vida del paciente⁶⁻⁸.

En Brasil, no es considerada una enfermedad reemergente, sino un problema presente en el tiempo, siendo declarada por el Ministerio de la Salud (MS) como prioridad nacional⁹. De manera general, los estudios

realizados en el país muestran un tipo específico de TBEP, reportes de comportamientos solamente en municipios o estados, algunos realizados hace más de cinco años y en su mayoría anteriores a 2013¹⁰⁻¹³.

Teniendo en cuenta estos elementos, este estudio se desarrolló con el objetivo de caracterizar epidemiológicamente la morbilidad por TBEP de 2010 a 2021 en el país, buscando obtener informaciones objetivas y útiles para la toma de decisión en salud; siendo esta uno de los focos fundamentales de la vigilancia sanitaria en su importante misión de mantener y mejorar la salud de la población, ya sea eliminando, reduciendo o previniendo riesgos, que pueden ser determinantes en el proceso salud-enfermedad¹⁴.

Material y métodos

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo basado en aspectos epidemiológicos y sociodemográficos de los casos de morbilidad por TBEP en Brasil de 2010 a 2021. El número de casos (códigos A15.5 a A19 de la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades), con sus características epidemiológicas y sociodemográficas, se obtuvo del Sistema Información DataSUS-SINAN del Ministerio de Salud¹⁵ y los datos demográficos de DataSUS-IBGE¹⁶.

En primer lugar se evaluaron los porcentajes de TBEP en los ámbitos de producción: pleural, ganglios periféricos, genitourinario, óseo, ocular, miliar, meningoencefálico, cutáneo, laríngeo y otros. Las variables se agruparon en sociodemográficas (género [femenino, masculino]; raza/color [negra, blanca, amarilla e indígena] y grupo etario [<1 año, 1-14 años, 15-59 años y ≥60 años]) y epidemiológicas: enfermedades asociadas (VIH/SIDA; tabaquismo; diabetes mellitus (DM); enfermedades mentales; drogas ilícitas; alcoholismo y otras enfermedades) obtenidas del DataSUS-SINAN. Constituyeron criterios de exclusión los casos ignorados de TBEP por género, raza/color, grupo de edad, enfermedades asociadas y casos

con más de un sitio afectado, no identificados en el SINAN.

Se utilizó estadística descriptiva para describir, resumir y distribuir regionalmente las características epidemiológicas (enfermedades asociadas, tendencia, tasa de incidencia y distribución geográfica) y sociodemográficas (población, sexo, edad y raza) de los casos de TBEP. También se estimó la relación entre los sexos.

Las tasas de incidencia del período y anuales permiten predecir futuros incidentes

y planificar adecuadamente las acciones. Se define como la proporción entre el número de nuevos casos de una enfermedad, que ocurren en un intervalo de tiempo determinado y la población expuesta al riesgo de adquirir la enfermedad en el mismo período y lugar¹⁷.

Para los cálculos de las tasas de incidencia de morbilidad para el período y anuales, se utilizaron las ecuaciones 1 y 2, expresadas en números de casos de TBEP por 1000 habitantes (hab.).

(Ecuación 1)

$$\text{Tasa de incidencia del período} = \frac{\text{Número total de casos del período (2010 - 2021)}}{(\text{Población del período medio (2015)}) \times (12 \text{ años})} \times 1000 \text{ hab.}$$

(Ecuación 2)

$$\text{Tasa de incidencia anual} = \frac{\text{Número total de casos nuevos por año}}{\text{Población estimada por año}} \times 1000 \text{ hab.}$$

Para el análisis de los patrones de tendencias en el comportamiento y la distribución de la morbilidad TBEP durante el período, ajustados por sexo, grupos de edad, regiones geográficas y para Brasil, se utilizó el modelo de regresión Joinpoint. Este método permite analizar tendencias temporales (tasas de incidencia), evaluando la existencia de cambios en el patrón de tendencia observado en algunos puntos (joinpoints). El método (que utiliza como variable dependiente una transformación logarítmica de la tasa) se utiliza para encontrar el mejor modelo; probando si varios segmentos de línea (con múltiples puntos de unión) explican mejor una tendencia en el tiempo que una sola línea. El modelo joinpoint

utiliza pruebas de permutación de Monte Carlo para comparar los distintos modelos, dependiendo del tamaño de la serie temporal, y evaluar cuál es el mejor. Una vez definido el modelo, se calcula el cambio porcentual anual (APC-Annual Percent Change) para cada segmento y se utiliza no solo para describir y cuantificar la tendencia, sino también para evaluar si esta tendencia es estadísticamente significativa¹⁸.

Para determinar la correlación entre las variables, se realizó una prueba de correlación bivariada de Pearson, seguida de un análisis univariado utilizando el Modelo Lineal Generalizado (GLM) con distribución de Poisson para estimar la relación de

la incidencia de TBEP con cada una de las variables¹⁹.

El análisis multivariado permitió explorar el comportamiento conjunto de las variables y determinar la influencia de cada una, estando presentes las demás. En este caso, se utilizó el mismo modelo para estimar el efecto de las variables: edad (de 0 a 14 años, adultos de 15 a 59 años), raza/color (negra) y enfermedades asociadas, luego de su selección mediante la prueba de multicolinealidad VIF (Variance Inflation Factor) con tolerancia inferior a 10. Sin embargo, para un mejor ajuste del modelo

final, se decidió utilizar GLM con una distribución binomial negativa, lo que constituye una generalización del modelo de regresión de Poisson que explica la superdispersión incluyendo un término de perturbación o error. Además, se utilizó la prueba de log-verosimilitud y el criterio de información de Akaike (AIC) con el mismo propósito. La ecuación 3 toma la forma $\log(x) = \beta x$ (función de enlace logarítmica) y representa matemáticamente el modelo de regresión binomial negativa (RBN) utilizado¹⁹.

(Ecuación 3)

$$\text{Log}(\mu) = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \text{offset}(\log(\text{población}))$$

Donde:

Log(x):

α : intercepto

β_1 : exponencial de los coeficientes de regresión de niños de 0 a 14 años;

β_2 : exponencial de los coeficientes de regresión de adultos de 15 a 59 años;

β_3 : exponencial de los coeficientes de regresión de la raza negra-parda;

β_4 : exponencial de los coeficientes de regresión de enfermedades asociadas;

X1: Valor de la variable explicativa niño de 0 a 14 años;

X2: Valor de la variable explicativa adulto de 15 a 59 años;

X3: Valor de la variable explicativa raza negra-parda;

X4: Valor de la variable explicativa enfermedades asociadas;

offset (log(población): logaritmo de la población, constante sin coeficiente de regresión utilizado para modelar las tasas de incidencia (Incidence Rate Ratio – IRR) para cada región¹⁹.

Se estableció un nivel de significancia del 5% para las pruebas estadísticas. *Software* de Excel (versión 2203, Microsoft 365®), R

(versión 4.0.5; [paquetes: mgcv, ggplot2]) y Joinpoint (versión 4.9.0.1) se utilizaron después de la descarga, organización, manejo, análisis estadístico y representaciones gráficas de los datos.

De acuerdo con la Resolución No. 510, del 7 de abril del 2016, del Consejo Nacional de Salud, el presente estudio no requirió aprobación del Comité de Ética en Investigación debido a la caracterización secundaria de los datos, lo que imposibilita identificar a las personas involucradas.

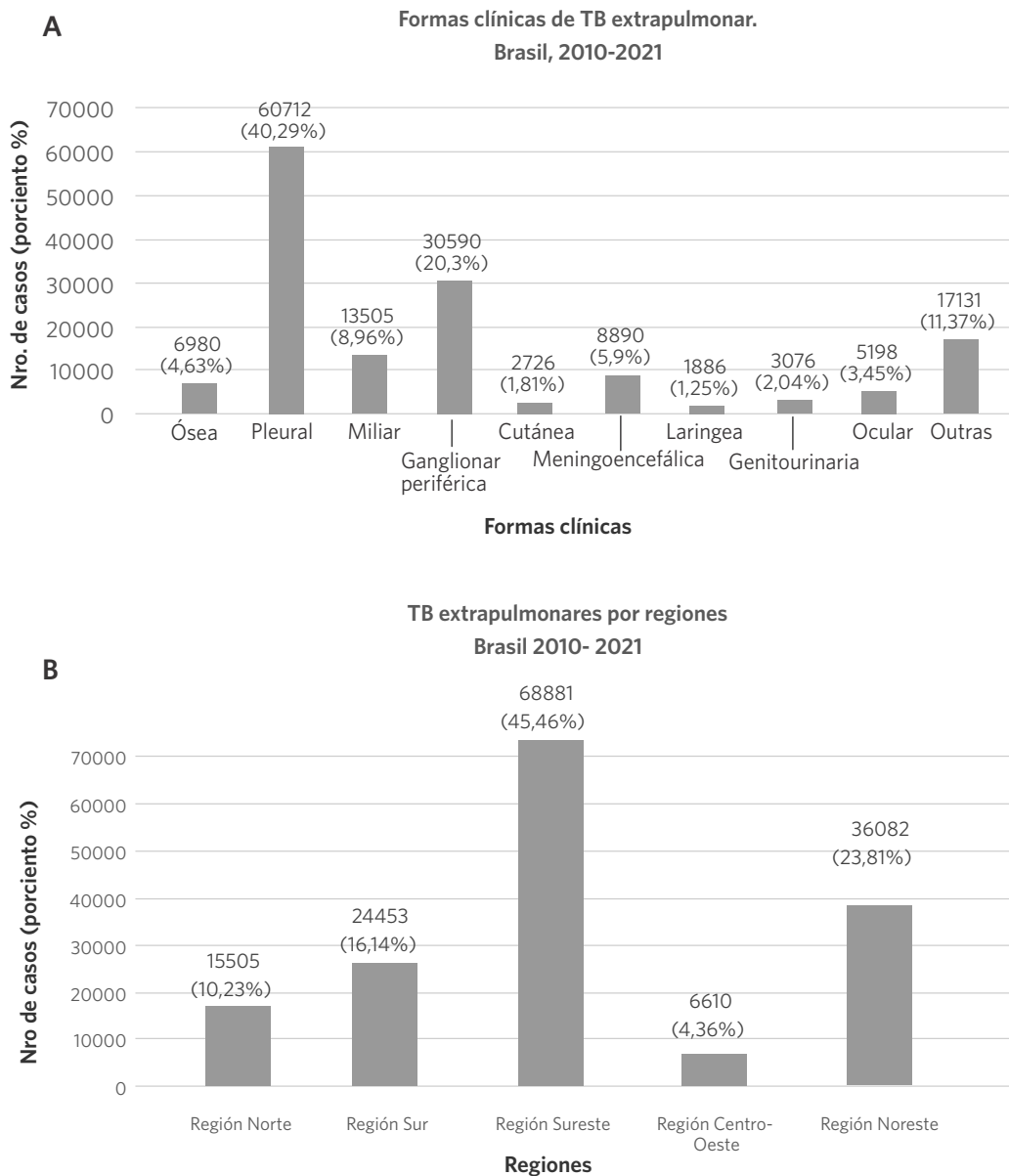
Resultados

Durante el período 2010 a 2021 se reportaron en el SINAN 1.054.793 casos de TBEP. Después de aplicar los criterios de exclusión, se descartaron 903.262 (85,6%) ya que el campo de la forma clínica era ignorado o en blanco. Una vez seleccionados los casos restantes por sexo, raza/color y grupo de edad, se excluyeron 3.469 (2,26%) pacientes con más de un sitio de afectación, resultando en 151.531 (14,36%) la población final del estudio.

El sitio clínico con mayor afectación de TB fue el pleural con 60.712 reportes, representando el 40,19% de todas las formas clínicas de TBEP, seguido del ganglionar periférico con 30.590 registros (20,33%). Sin embargo, el porcentaje más bajo fue de TB laríngea con

solo 1.886 casos para un 1,25% (*gráfico 1A*). Las regiones geográficas más afectadas por TBEP fueron la Sureste (RSE), seguida de la Noreste (RNE), con promedios anuales de 5.740 y 3.007, respectivamente (*gráfico 1B*). Para el país la media anual fue de 12.628 registros.

Gráfico 1. Formas clínicas de afectación de la tuberculosis extrapulmonar en Brasil y regiones, 2010 a 2021



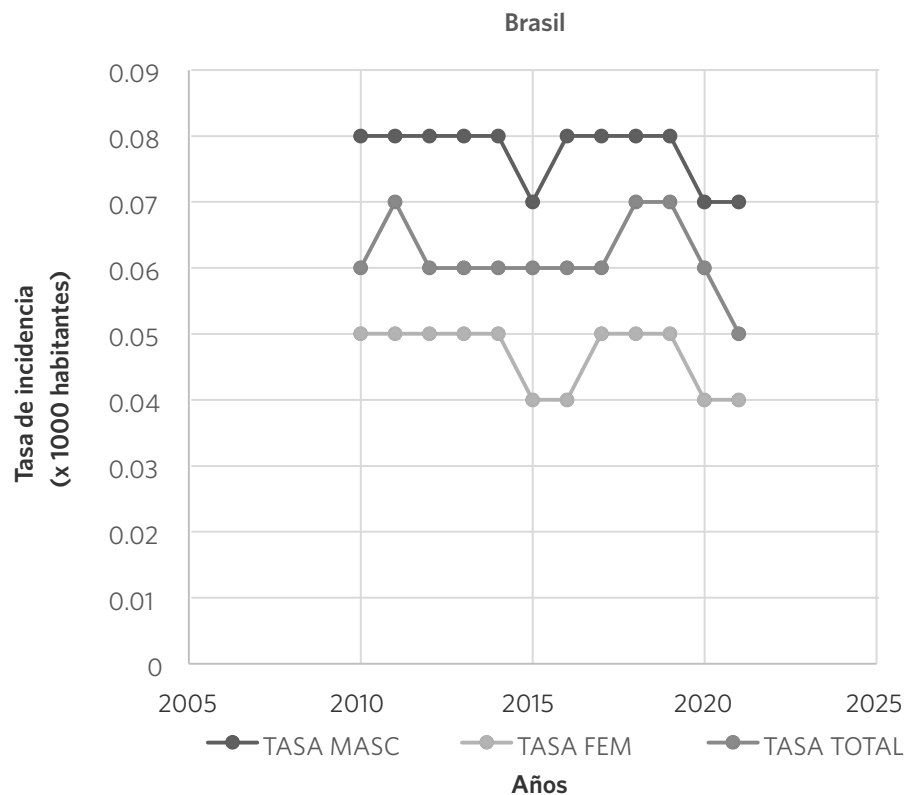
Fuente: elaboración propia a partir de datos del DataSUS¹⁵.

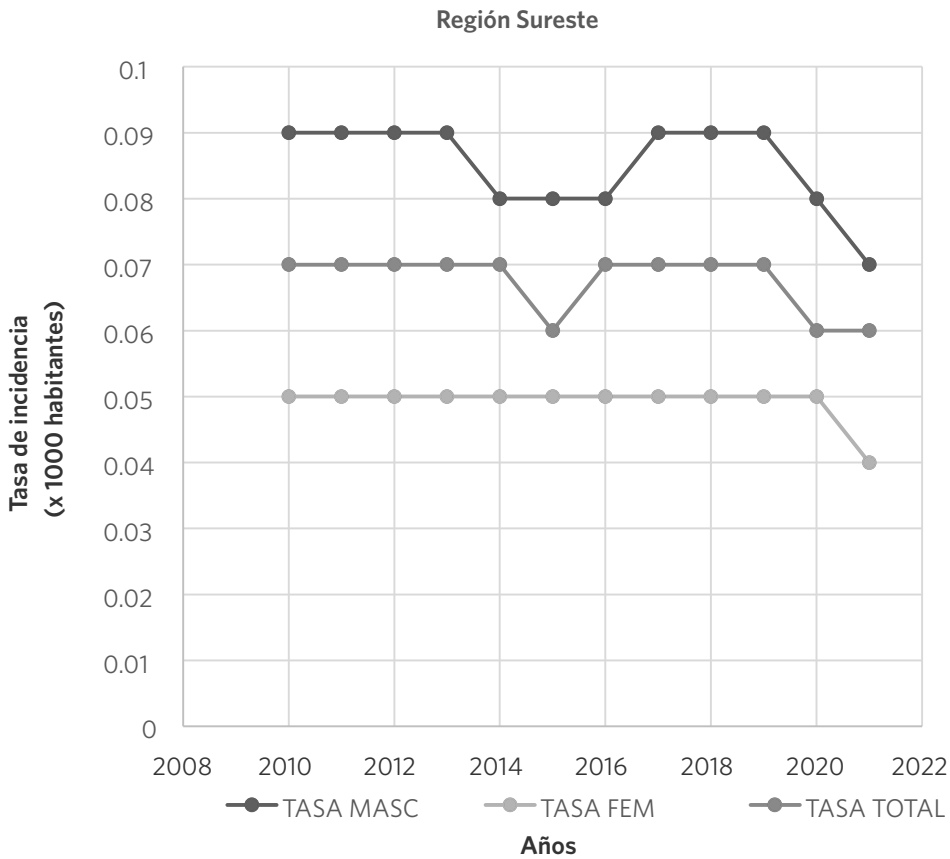
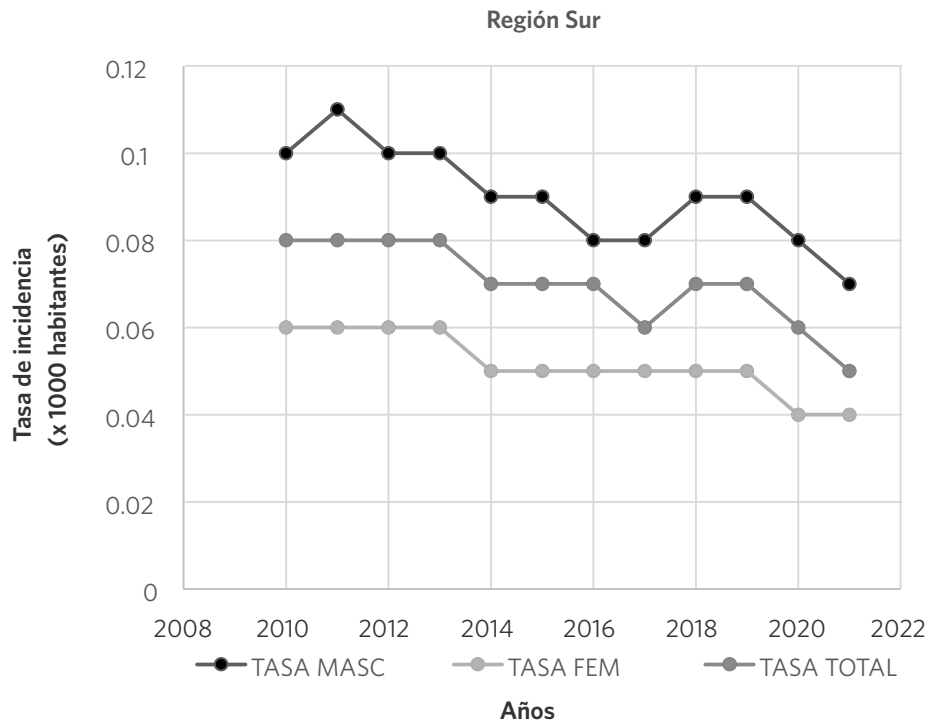
En el análisis descriptivo se destacó el sexo masculino con 93.527 representando 61,72% de los casos con una proporción de 1,61 sobre el femenino, 87.070 (57,46%) eran negros, siendo 123.097 (81,24%) adultos entre 15 y 59 años mostrando mayor afectación en la fase más productiva de la vida. La Región Sureste presentó el mayor número de registros con 68.881 casos de TBEP, mientras que la Región Centro Oeste (RCO) reportó el menor número con 6.610 casos. Las unidades federativas más afectadas fueron Río de Janeiro (19.511), Rio Grande do Sul (14.023), Pernambuco (8.885), Amazonas (6.315) y Mato Grosso do Sul (1.759), siendo las capitales más afectadas: Porto Alegre (6.838),

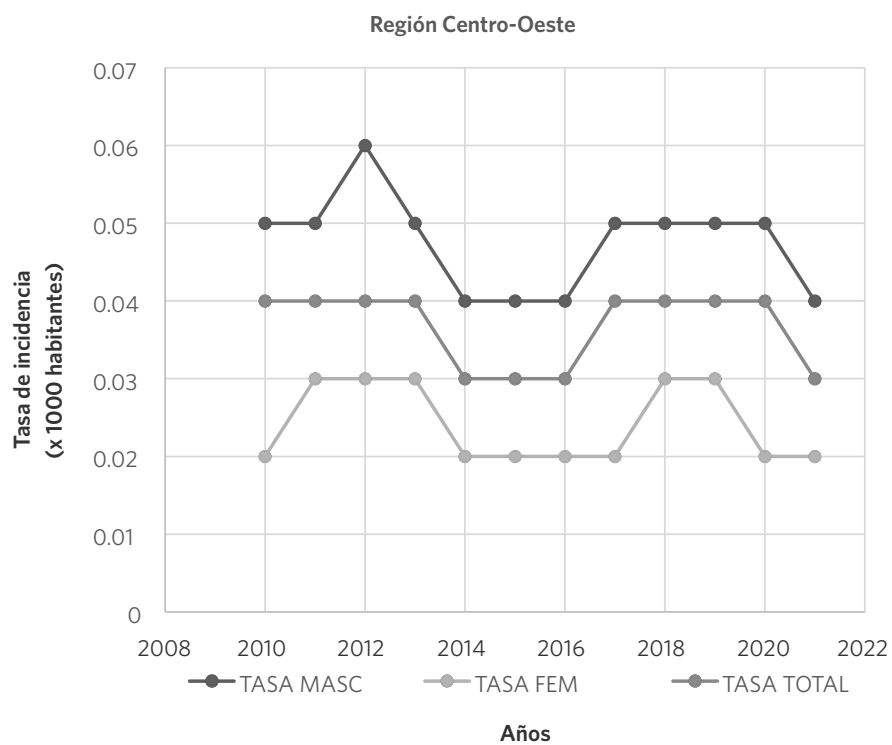
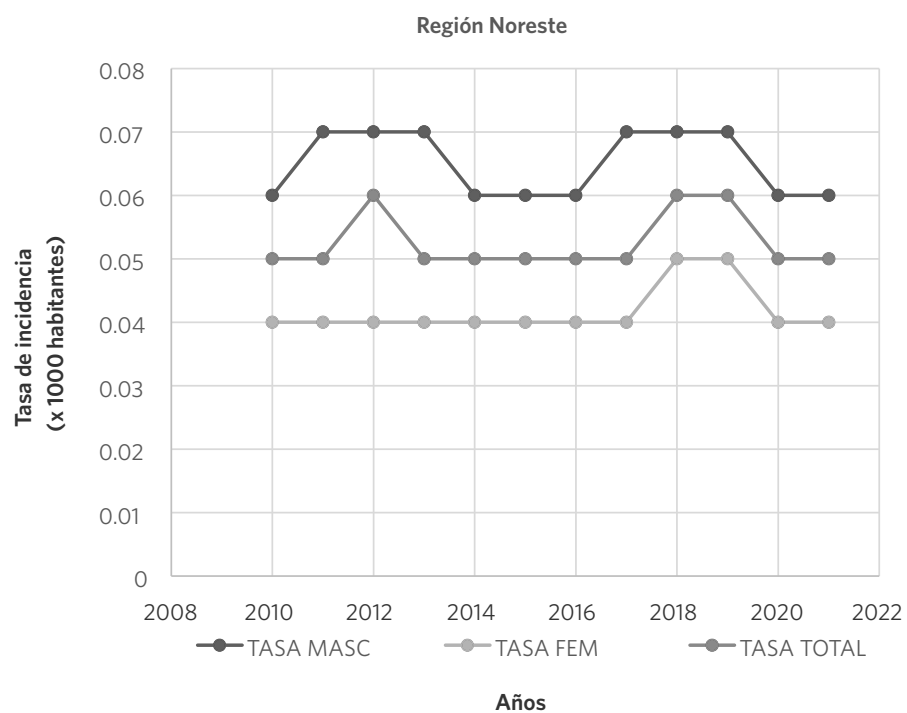
Río de Janeiro (10.942), Manaus (5.845), Belém (3.573) y Brasilia (1.389).

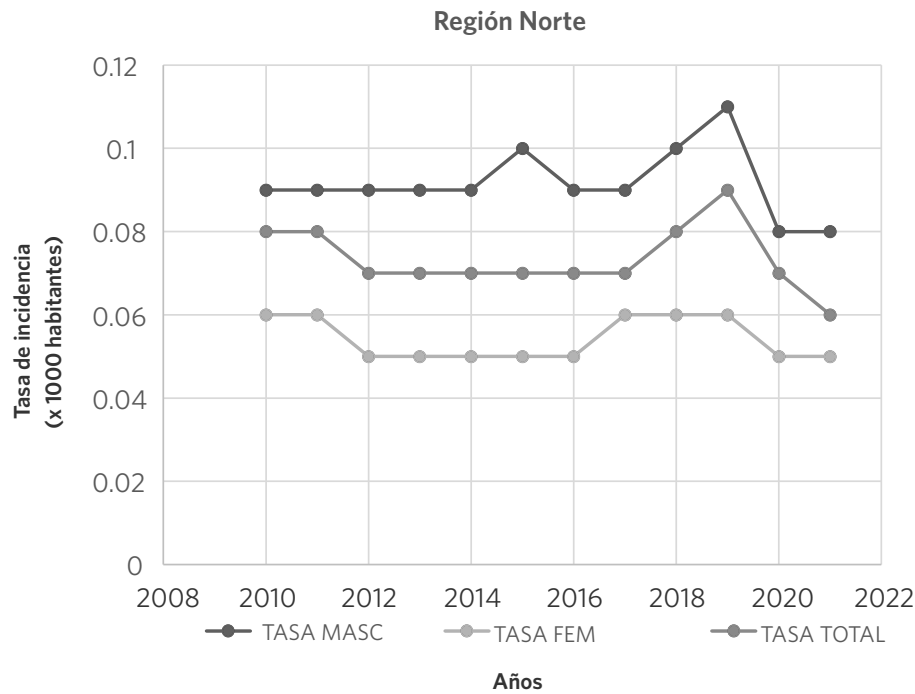
En cuanto a las enfermedades asociadas, el VIH/SIDA con 6.637 (42,43%) reportes representó la mayor comorbilidad, seguido de otras enfermedades no especificadas: 4.706 (30,08%). Las enfermedades mentales tuvieron poca relación con la TBEP, totalizando 337 (2,15%) casos. Sobre las tasas de incidencia anual en el país y en todas las regiones, se observa que los valores más altos correspondieron a los hombres. En la región Norte (RN) hubo un aumento en 2019, seguido de un descenso en 2020. En los últimos años del estudio, hubo una disminución de las tasas totales en las regiones Norte, RCO y Sur (RS), permaneciendo estable la RNE y RSE (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Tasas de incidencia anual de TBEP por regiones. Período 2010-2021, Brasil









Fuente: elaboración propia a partir de datos del DataSUS; IBGE^{15,16}.

La tendencia ajustada por sexo, grupo de edad y regiones, observada en la *tabla 1*, mostró una disminución del AAPC en todas las regiones para todas las edades. Las caídas significativas ocurrieron en la RS para ambos sexos (F=-3,5*[IC95%: -4,7; -2,4]; M=-2,9*[IC95%: -4,2; -1,6]) y RSE para mujeres (-1,6*[IC95%: -1,6; -1,6]). Considerando las edades, generalmente, predominaron las caídas, tanto de la AAPC como la APC. Las disminuciones significativas fueron en la RS entre 15 y 59 años (F=-2,6*[IC95%: -3,5; -1,6]; M=3,8*[IC95%: -4,6;

-3,0]). Cabe destacar que hubo un aumento significativo de la tendencia en la RN en el sexo masculino de 0 a 14 años (AAPC=8,0*; APC=47,6* [2010-2012] e 0,7* [2012-2021]).

Brasil mostró pocos cambios en la tendencia con una disminución durante el período. En el sexo masculino de 0 a 14 años hubo un aumento no significativo, sin embargo, el sexo femenino, luego de una caída hasta 2019, mostró aumento significativo hasta el final del período (AAPC= 5,1*; APC= -0,7* [2010-2019] e 35,5* [2019-2021]).

Tabla 1. Tendencia de las tasas de incidencia anual de TBEP (por 1000 habitantes) en hombres y mujeres, según grupo de edad. Regiones de Brasil, período 2010 a 2021 (n = 151.531)

Región	Edad	Período	Femenino		Período	Masculino	
			Año(s) de variación de la tendencia	APC (IC 95%)		AAPC (IC 95%)	Año(s) de variación de la tendencia
Región Sur	0-14	2010-2021			2010-2021		-6,6*(-10,8; -2,1)
		2010-2021		1,7 (-2,0; 5,6)	2010-2021		-6,6*(-10,8; -2,1)
	15-59	2010-2021		-2,6*(-3,5; -1,6)	2010-2021		-3,8*(-4,6; -3,0)
		2010-2021		-2,6*(-3,5; -1,6)	2010-2021		-3,8*(-4,6; -3,0)
	≥ 60	2010-2021		-2,9*(-4,4; -1,2)	2010-2021		-0,5 (-2,3; 1,3)
		2010-2021		-2,9*(-4,4; -1,2)	2010-2021		-0,5 (-2,3; 1,3)
	Todos los grupos de edades	2010-2021		-3,5*(-4,7; -2,4)	2010-2021		-2,9*(-4,2; -1,6)
		2010-2021		-3,5*(-4,7; -2,4)	2010-2021		-2,9*(-4,2; -1,6)
Región Norte	0-14	2010-2021		0,7 (-5,2; 7,1)	2010-2021		4,0 (-2,6; 11,0)
		2010-2021		0,7 (-5,2; 7,1)	2010-2021		4,0 (-2,6; 11,0)
	15-59	2010-2021		-1,2 (-3,0; 3,7)	2010-2021		-1,3*(-0,4; -0,2)
		2010-2021		-1,2 (-3,0; 3,7)	2010-2021		-1,3*(-0,4; -0,2)
	≥ 60	2010-2021		0,1 (-2,9; 3,2)	2010-2021		-0,7 (-1,9; 0,5)
		2010-2021		0,1 (-2,9; 3,2)	2010-2021		-0,7 (-1,9; 0,5)
	Todos los grupos de edades	2010-2021		-1,6*(-1,6; -1,6)	2010-2021		-1,2 (-2,6; 0,2)
		2010-2019	2019	0,2*(0,2; 0,2)	2010-2021		-1,2 (-2,6; 0,2)
2019-2021		-9,3*(-9,3; -9,3)					
Región Noreste	0-14	2010-2021		0,5 (-4,7; 5,9)	2010-2021		2,0 (-4,9; 9,3)
		2010-2021		0,5 (-4,7; 5,9)	2010-2021		2,0 (-4,9; 9,3)
	15-59	2010-2021		0,0 (-1,7; 1,8)	2010-2021		-0,9 (-2,5; 0,8)
		2010-2021		0,0 (-1,7; 1,8)	2010-2021		-0,9 (-2,5; 0,8)
	≥ 60	2010-2021		0,1 (-2,9; 3,2)	2010-2021		-0,4 (-2,0; 1,3)
		2010-2021		0,1 (-2,9; 3,2)	2010-2021		-0,4 (-2,0; 1,3)
	Todos los grupos de edades	2010-2021		0,9 (-0,6; 2,5)	2010-2021		-0,3 (-1,9; 1,2)
		2010-2021		0,9 (-0,6; 2,5)	2010-2021		-0,3 (-1,9; 1,2)
Región Norte	0-14	2010-2021		1,7 (-0,5; 8,9)	2010-2021		8,0*(8,0; 8,0)
		2010-2021		1,7 (-0,5; 8,9)	2010-2012	2012	47,6*(47,6; 47,6)
					2012-2021		0,7*(0,7; 0,7)
	15-59	2010-2021		-1,3 (-3,3; 0,7)	2010-2021		-1,8 (-3,7; 0,1)
		2010-2021		-1,3 (-3,3; 0,7)	2010-2019	2019	0,4 (-0,7; 1,5)
					2019-2021		-11,3 (-21,3; 0,0)
	≥ 60	2010-2021		-1,9 (-4,5; 0,9)	2010-2021		-4,5 (-9,0; 0,3)
		2010-2021		-1,9 (-4,5; 0,9)	2010-2019	2019	0,5(-2,2; 3,3)
					2019-2021		-23,8 (-23,8; -43,6)
	Todos los grupos de edades	2010-2021		-0,3 (-2,1; 1,5)	2010-2021		-1,2 (-3,5; 1,1)
2010-2021			-0,3 (-2,1; 1,5)	2010-2019	2019	1,4*(0,1; 2,7)	
				2019-2021		-12,2 (-23,8; 1,2)	

Tabla 1. Tendencia de las tasas de incidencia anual de TBEP (por 1000 habitantes) en hombres y mujeres, según grupo de edad. Regiones de Brasil, período 2010 a 2021 (n = 151.531)

Región	Edad	Período	Femenino		Período	Masculino	
			Año(s) de variación de la tendencia	APC (IC 95%)		AAPC (IC 95%)	Año(s) de variación de la tendencia
Región Centro-Oeste	0-14	2010-2021			2010-2021		0,5 (-5,8; 7,4)
		2010-2021	2,5 (-3,9; 9,3)		2010-2021		0,5 (-5,8; 7,4)
	15-59	2010-2021			2010-2021		-1,9 (-4,4; 0,6)
		2010-2021	-1,1 (-4,0; 1,9)		2010-2021		-1,9 (-4,4; 0,6)
	≥ 60	2010-2021			2010-2021		-4,1*(-6,7; -1,4)
		2010-2021	-5,1*(-9,7; -0,3)		2010-2021		-4,1*(-6,7; -1,4)
	Todos los grupos de edades	2010-2021			2010-2021		-1,1 (-3,5; 1,4)
		2010-2021	-1,3 (-5,1; 2,7)		2010-2021		-1,1 (-3,5; 1,4)

Fuente: elaboración propia a partir de datos del DataSUS; IBGE¹⁶.

APC= Variación porcentual anual (del inglés *annual percent change*); AAPC= Variación porcentual media anual (del inglés *average annual percent change*); IC=intervalo de confianza; TBEP: tuberculosis extrapulmonar.

El análisis de correlación bivariada de Pearson entre variables epidemiológicas y sociodemográficas, mostró una elevada correlación positiva entre enfermedades asociadas con ambos sexos, adultos (15-59 años) y adultos (≥ 60 años), así como una correlación media y positiva con las razas/colores blanca y negra. En el caso de los niños, la asociación fue inversa y débil. Con respecto al análisis

invariado, se evidenció una relación directa y significativa de variables independientes con TBEP en todas las regiones de Brasil, especialmente enfermedades mentales, drogas ilícitas, raza/color amarilla e indígena y tabaquismo, con excepción de los niños de 0 a 14 años, quienes, aunque significativos, la relación fue inversa (0,99) (tabla 2).

Tabla 2. Análisis univariado de variables sociodemográficas y epidemiológicas utilizando el modelo de regresión de Poisson (función off-set): razones de las tasas de incidencia de TBEP en Brasil, 2010-2021

Variable	Razón de tasa de incidencia	(IC95%)	p-valor
Sexo			
Masculino	1.0000	1,0000 - 1,0000	< ,0001
Femenino	1.0001	1,0000 - 1,0001	< ,0001
Grupo de edad			
Niños 0-14 años	0.9999	0,9998 - 1,0000	< ,0001
Adultos 15-59 años	1.0000	1,0000 - 1,0000	< ,0001
Adultos ≥ 60 años	1.0002	1,0002 - 1,0003	< ,0001
Raza/color			
Blanca	1.0000	1,0000 - 1,0001	< ,0001
Negra	1.0000	1,0000 - 1,0000	< ,0001
Amarilla e Indígena	1.0023	1,0021 - 1,0025	< ,0001

Tabla 2. Análisis univariado de variables sociodemográficas y epidemiológicas utilizando el modelo de regresión de Poisson (función off-set): razones de las tasas de incidencia de TBEP en Brasil, 2010-2021

Variable	Razón de tasa de incidencia	(IC95%)	p-valor
Enfermedades asociadas			
Todas las enfermedades	1.0001	1,0001 - 1,0002	< ,0001
HIV/SIDA	1.0004	1,0004 - 1,0005	< ,0001
Diabetes Mellitus	1.0007	1,0005 - 1,0009	< ,0001
Alcoholismo	1.0009	1,0008 - 1,0011	< ,0001
Drogas ilícitas	1.0043	1,0039 - 1,0047	< ,0001
Enfermedades mentales	1.0051	1,0043 - 1,0058	< ,0001
Tabaquismo	1.0011	1,0009 - 1,0014	< ,0001
Otras enfermedades	1.0004	1,0004 - 1,0005	< ,0001

Fuente: elaboración propia a partir de datos del DataSUS¹⁶.

TBEP: tuberculosis extrapulmonar, IC=intervalo de confianza.

En los modelos multivariados, los valores de log-verosimilitud y el criterio de Akaike muestran una mejora significativa en el modelo de regresión binomial (log-ver=-407,6327; AIC=827,27), tras la prueba de superdispersión. En este sentido, las variables sociodemográficas y epidemiológicas mantuvieron el nivel de significación estadística en el ajuste

por RBN, excepto las enfermedades asociadas. Por otra parte, al analizar la razón de tasas de incidencia podemos constatar que adultos de 15 a 59 años de edad tienen más probabilidades de adquirir la TBEP. No siendo así para el resto de las variables donde esa razón de tasas fue inferior a 1 (tabla 3).

Tabla 3. Análisis de los modelos de regresión multivariada de Poisson, binomial negativa y razones de tasas de incidencia de TBEP en Brasil, 2010-2021

Variables	Regresión de Poisson β (EP)	Regresión Binomial Negativa β (EP)	Relación de las Tasas de Incidencia [IC95%]
Niño 0-14 Años	-9,121E-04*** (2,300E-05)	-1,121E-03*** (7,537E-05)	0,9890 [0,9870 - 0,9999]
Adulto 15-59 Años	3,021E-04*** (6,532E-06)	1,078E-04*** (2,176E-05)	1,0001 [1,0001 - 1,0002]
Raza/color Negra	4,095E-05*** (7,480E-06)	-1,017E-04*** (2,985E-05)	0,9999 [0,9998 - 0,9999]
Enfermedades Asociadas	-3,522E-05*** (1,043E-05)	-9,376E-05 (7,050E-05)	0,9999 [0,9998 - 1,0000]
Valor de Intercepción	-9,536E+00*** (7,346E-03)	-9,519E+00*** (3,632E-02)	
LOG-Verosimilitud	-4,8357E+02 (df=6)	-4,0763E+02 (df=6)	
AIC	9.79E+02	8.27E+02	

Fuente: elaboración propia a partir de datos del DataSUS¹⁶.

AIC: Criterio de información de Akaike, β : Valor del coeficiente de regresión, df: grado de libertad, Diferencias estadísticamente significativas: * (p<0,05); ** (p<0,01); *** (p<0,001), EP: Error estándar, IC 95%: intervalo de confianza 95%, RBN: Regresión binomial negativa.

Discusión

Los sitios más afectados por TBEP en el período estudiado fueron el pleural y ganglionar periférico, y resultados similares se encontraron en investigaciones realizadas a nivel nacional^{13,21}, considerando que este predominio puede relacionarse con las altas concentraciones de oxígeno en estos órganos, convirtiéndose en un lugar ideal para la instalación de *Mycobacterium* (Mbt), siendo esta una bacteria aeróbica estricta. En la Unión Europea, predominó la TB pleural siendo menos frecuente la adenitis extratorácica²², al igual que en Pakistán donde la forma pleural alcanzó mayor prevalencia seguida de la linfática²³. Por otro lado, un estudio realizado en Accra, Gana mantuvo la forma pleural con mayor porcentaje y la ósea ocupó el segundo lugar²⁴. Estos estudios nos permiten afirmar que entre los tipos de TBEP la forma pleural es la más predominante. Aunque estos lugares de afectación no representan un gran riesgo para la salud pública por su baja transmisibilidad, causan morbilidades y complicaciones significativas con graves secuelas a largo plazo.

Las tasas de casos varían ampliamente según el país, edad, raza/color y sexo²⁵, probablemente debido a factores socioeconómicos, demográficos, determinantes sociales, estilos de vida inadecuados, la atención prestada a la TB por los sistemas de salud, la peligrosa comorbilidad con el VIH e incluso condiciones climáticas²⁶. En este estudio predominó el sexo masculino, posiblemente por estar más expuesto a factores de riesgo, existiendo entre los hombres una menor inserción y demanda de los servicios de salud, provocando que sean diagnosticados en estadios avanzados de la enfermedad²⁷. Los adultos (15-59) en edad laboral presentaron mayor número de notificaciones, así como la raza/color negro. Otros estudios nacionales e internacionales señalaron al sexo masculino con mayor prevalencia^{12,13,22,28}, considerando que las variaciones por sexo y edad pueden deberse a diferencias en las oportunidades de exposición o interacción con

personas bacilíferas, a las actividades sociales más extensas de los hombres, hábitos como el alcohol y el tabaquismo, o incluso diferencias genéticas aún sin explicación. Contrariamente a estos hallazgos, el estudio realizado en Ghana (África occidental) mostró porcentajes más altos en mujeres y edades avanzadas²⁴.

Los resultados mostraron a los negros como los más afectados por TBEP, pero la raza blanca en el análisis univariado mostró una relación directa con una mayor razón de incidencia. Estudios internacionales también encontraron casos más prevalentes en la raza negra^{29,30}, contrastando con otras investigaciones realizadas en Brasil donde predominó la raza blanca^{12,13}.

Como observado, la edad adulta (15-59) fue la más afectada, seguida por los adultos mayores, presentando ambas una relación directa en el análisis univariado y los adultos jóvenes en el multivariado, lo que significa que en estas edades se debe ofrecer una mayor atención a medidas de prevención y promoción de salud para evitar morbilidad por TBEP. Además, es posible observar un mayor número de enfermedades asociadas, incluido el VIH/SIDA, que presenta el mayor porcentaje. Este síndrome, que provoca deficiencia en la inmunidad, caracterizado por ser de larga duración, hace al paciente extremadamente vulnerable a infecciones oportunistas como la TBEP. Considerando que las personas que viven con VIH/SIDA tienen 28 veces más probabilidades de contraer TB, representando su mayor causa de muerte, es necesario realizar pruebas para identificar Mbt con cierta frecuencia, ya que además de presentar síntomas y peligro potenciados, existe mayor dificultad para tratarla. El diagnóstico precoz tiene un impacto importante en el curso clínico de ambas enfermedades³¹.

Aunque en los análisis univariados todas las comorbilidades se relacionaron directamente con TBEP, este patrón se modificó en el análisis multivariado, debido a la interrelación entre las múltiples variables, demostrando la influencia entre las mismas al ser analizadas de manera conjunta.

En relación con las regiones Sureste y Noreste, más afectadas, el hecho que ambas tuvieran las mayores poblaciones podría vincularse a este resultado. Vale la pena señalar que la TB se ha relacionado con la pobreza, y Brasil es un país de grandes desigualdades socioeconómicas. Estas diferencias van mucho más allá de los ingresos de las personas e incluyen cuestiones de acceso limitado a los servicios de salud, saneamiento básico, transporte e infraestructura, barreras culturales y lingüísticas, otros determinantes sociales de la salud como el ya mencionado saneamiento básico, agua potable, alimentación y condiciones habitacionales. Un estudio realizado en un municipio de Río de Janeiro asoció la tuberculosis a un problema relacionado a cuestiones sociales, tales como: condiciones habitacionales precarias, hacinamiento, baja cualificación educativa, empobrecimiento y uso de alcohol y drogas³². Teniendo en cuenta esos resultados, se deben aumentar las medidas de prevención y control, así como acciones de educación sanitaria, especialmente en comunidades vulnerables y regiones con altas índices de incidencia de la tuberculosis. Esto puede ayudar a reducir el estigma asociado con la enfermedad, aumentar la búsqueda de atención médica y promover conductas saludables.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) y el índice de Gini, que tienen en cuenta la calidad de vida de la población, mostraron diferencias entre las regiones. La RSE tiene las mejores condiciones de vida, contrastando con la RNE, que concentra los peores indicadores relacionados con la educación, la salud y los ingresos¹⁶. Estas características permiten inferir que la RSE, al estar más desarrollada, presenta más tecnología en términos de salud, y la TBEP suele diagnosticarse en la atención secundaria, necesitando exámenes más complejos, razón por la cual probablemente sea capaz de diagnosticar y reportar un mayor número de casos; lo que también podría explicar que los porcentajes más altos fueron reportados en las capitales de las Unidades Federativas más afectadas.

A pesar de la escasa variación en las tasas de incidencia y la disminución a lo largo de los años, hubo un descenso más pronunciado a partir de 2019 en la mayoría de las regiones, con la excepción de la RCO. Esta disminución se debe probablemente al impacto de la pandemia de Covid-19²⁵, donde hubo un comportamiento diferente en relación con su serie histórica, con una marcada disminución de la incidencia y empeoramiento de indicadores tales como: aumento del abandono del tratamiento, reducción en el consumo de cartuchos de prueba rápida molecular para TB (TRM-TB), caída de las notificaciones y disminución de la tasa de curación entre los nuevos casos. El cambio en los indicadores podría traducir aspectos operativos, como sobrecarga en los sistemas de salud, con impacto en la calidad de los datos. Todavía se desconoce cómo la pandemia pudo haber influido en la gravedad de la enfermedad. Estimaciones de la OMS esperan consecuencias aún mayores de la Covid-19 para la gestión y el control de TBEP. Considerando que la disminución en la detección de casos y en la calidad del seguimiento de las personas diagnosticadas puede afectar gravemente las condiciones de salud de la población, ello reflejará un posible aumento de la mortalidad específica debido a esta enfermedad en los próximos años^{25,33}.

A pesar de la relación inversa del comportamiento de las tasas en niños, hubo un aumento no significativo en las variaciones porcentuales anuales y en los promedios anuales de las tasas de incidencia en todas las regiones, excepto para los varones en el Norte del país, donde hubo un aumento significativo. Vale la pena señalar que el comportamiento inverso de los niños podría estar relacionado con las dificultades enfrentadas para el diagnóstico, ya que los signos y síntomas se confunden con otras enfermedades. Aunque están más predispuestos al desarrollo de TBEP, la recolección de muestras biológicas puede requerir pruebas de mayor complejidad, como el lavado gástrico y broncoalveolar³⁴. Datos del boletín epidemiológico de TB del Ministerio de la Salud (MS) en

su edición especial de marzo de 2022, reportaron que el 40,1% de los casos nuevos de todas las formas de TB fueron diagnosticados en menores de 15 años en 2021, donde se produjo un aumento de la forma clínica extrapulmonar durante la serie histórica analizada en menores de 5 años, alcanzando el mayor porcentual en el año 2020³³. Uno de los factores que podría estar influyendo en este aumento puede estar relacionado con las consecuencias de la caída de la cobertura de vacunación BCG (Bacilos Calmette-Guérin) de 2015 a 2021, estando la inmunización indicada principalmente para niños de cero a cuatro años y obligatoria para menores de un año, garantizando la protección contra las formas más graves de tuberculosis (meníngea y miliar)³⁵.

Como limitación de este estudio podemos identificar que la calidad de los datos en el sistema imposibilitó el análisis completo de todos los registros de TBEP. De los 1.054.793 casos de TBEP reportados en el SINAN durante el período estudiado, sólo 151.531 fueron analizados, debido a que el campo de la forma clínica era ignorado o dejado en blanco, además no fueron definidos los pacientes con más de un sitio de afectación extrapulmonar. Por otro lado, no fue posible analizar la influencia de la escolaridad ya que este campo no se completó, a pesar de que el nivel educativo es considerado uno de los determinantes sociales más importantes de la salud³⁶.

Además, la disminución de la incidencia de TBEP reportada en los registros nacionales puede ser el resultado de un subregistro, ya que sus síntomas atípicos representan dificultad diagnóstica, lo que imposibilita tener la magnitud exacta del impacto de la enfermedad.

Conclusiones

En los últimos años se han logrado importantes avances en el proceso de enfrentamiento de la tuberculosis, como el desarrollo de nuevas modalidades de diagnóstico, el compromiso de las organizaciones internacionales y las

innovaciones en el tratamiento. Aun así, representa uno de los problemas de salud pública más importantes en muchos países en desarrollo, lo que constituye un reto que todavía está lejos de ser superado. Con el advenimiento del VIH/SIDA a partir de la década de 1980, esta lucha se hizo aún más difícil.

Se observa que la TBEP tiene una epidemiología diferente, y que probablemente se encuentra subnotificada por su dificultad diagnóstica, además, los campos del SINAN que son ignorados y en blanco no permiten estudiar todos los casos reportados, para una mejor demostración de la magnitud de esta enfermedad en Brasil.

La TBEP, independientemente de su área de compromiso, es una enfermedad grave, que causa, además de secuelas, serias consecuencias, como muerte y gasto excesivo en salud pública; por otro lado, la TB pleural, principal forma encontrada en Brasil, es una indicación de transmisión reciente de TBP al estar estrechamente asociada con la infección primaria, un elemento para tener en cuenta por los profesionales de la salud con el objetivo de la detección precoz de cadenas de transmisión.

Es necesario articular los servicios de salud con otros sectores públicos municipales, realizar actividades de promoción y prevención, así como incentivar y educar a la población, fundamentalmente la masculina –que fue la más afectada en esta investigación – a buscar los servicios de salud ante la aparición de cualquier síntoma, con el objetivo de reducir la carga social de la enfermedad y alcanzar una mayor resolución del problema.

Vale la pena mencionar la importancia del rastreo de TB en pacientes que viven con VIH/SIDA, siendo estos más vulnerables a adquirir la enfermedad, así como intensificar las relaciones entre los profesionales de la salud y el paciente para abordar los tabúes que pueden dificultar una discusión abierta sobre el estado de inmunodeficiencia adquirida.

Considerando la relevancia del servicio en el control de la TB, es necesario verificar la buena cobertura y calidad de la atención por

parte del equipo de Estrategia de Salud de la Familia (ESF) capaz de identificar y modificar los factores de riesgo, llegar a un diagnóstico rápido y adecuado, proporcionar un tratamiento oportuno para lograr la cura, reducir las secuelas y mejorar la supervivencia.

El horror de la tuberculosis acaba por convertirla en un tabú, objeto de interdicción y su síntoma extremo es la discriminación del paciente y su consiguiente aislamiento. Al ser una enfermedad que tiene cura, no habría razón para estar estigmatizada hasta el día de hoy. Sin embargo, está asociada con el hambre, la discapacidad de proporcionar recursos mínimos para su propia supervivencia y de la familia. Las ideas de contagio son difusas y la observación de recaídas frecuentes, provocan incredulidad en la posibilidad cura de la tuberculosis.

Debido a la infodemia y la desinformación, el paciente con TB lleva una marca que cambia profundamente su inserción en la sociedad. Incluso cuando se admite ser una enfermedad curable existe la creencia popular de que 'siempre queda alguna cosa por dentro'. Afrontar el problema de salud como datos reales, no es tarea fácil, tanto para el paciente como para quienes lo rodean. Como resultado

de los prejuicios, cada día surgen obstáculos, tanto para que el paciente acepte y siga su tratamiento, así como para los profesionales de la salud en sus acciones para comunicar, educar, controlar la enfermedad y finalmente alcanzar la cura.

Este estudio puede ayudar a los profesionales de la salud actualizándolos sobre el comportamiento de TBEP, además de fortalecer el algoritmo de diagnóstico y tratamiento sugerido por el Programa Nacional de Control de la TB.

Colaboradores

Leyva Boza K (0000-0003-2445-8609)* contribuyó a la concepción, planificación, diseño, desarrollo de la metodología, adquisición y almacenamiento de datos, análisis (*software*) e interpretación de los resultados y redacción del manuscrito. Morais LO (0000-0002-9398-5675)* contribuyó al análisis, la planificación, la interpretación de los resultados, la redacción y la revisión crítica del manuscrito. Leandro KC (0000-0003-1151-7358)* contribuyó a la concepción, planificación, redacción, revisión crítica y aprobación final del manuscrito.

Referencias

1. Conde MB, Souza GM, Kritski AL. Tuberculose sem medo. São Paulo: Atheneu; 2002.
2. Rosemberg J. Tuberculose – Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. Bol Pneumol Sanit. 1999;7(2):5-29.
3. Couto SC. Tuberculose na infância e na adolescência. São Paulo: Atheneu; 2002.
4. World Health Organization. Global tuberculosis report 2017 [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [acceso en 2022 ago 10]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565516>
5. Organización de Naciones Unidas. Relatório Anual 2021 [Internet]. [local desconhecido]: ONU; 2022 [acceso en 2022 jun 2]. Disponible en: https://brasil.un.org/sites/default/files/2022-04/ONUBrasil_RelatorioAnual_2021_web.pdf

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Goldman L, Schafer AI. Tratado de Medicina Interna. 25. ed. España: Elsevier; 2017.
7. Peñata A, Salazar R, Castaño T, et al. Molecular diagnosis of extrapulmonary tuberculosis and sensitivity to rifampicin with an automated real-time method. *Biomedica*. 2016;36(0):78-89. DOI: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v36i3.3088>
8. Raviglione MC, O'Brien R. Mycobacterial diseases. In: *Harrison's Principles of Internal Medicine* [Internet]. 18th edition. New York: McGraw-Hill; 2012 [acceso en 2024 mayo 12]. p. 1340-59. Disponible en: <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookId=2129§ionId=192023354>
9. Ministério da Saúde (BR). Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [acceso en 2024 mayo 9]. Disponible en: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf.
10. Seiscento M, Vargas FS, Josefa M, et al. Aspectos epidemiológicos da tuberculose pleural no estado de São Paulo. *J Bras Pneumol*. 2009;35(6):548-554. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132009000600008>
11. Napoli A, Mendes F, Lino C, et al. Tuberculose urogenital: um diagnóstico desafiador. *Com Ciências Saúde*. 2011;22(sup1):13-20.
12. Gomes T. Tuberculose extrapulmonar : uma abordagem epidemiológica e molecular [dissertação]. Espírito Santo: Centro de Ciências da Saúde; 2013.
13. Barros PG, Pinto ML, Silva TC, et al. Perfil Epidemiológico dos casos de Tuberculose Extrapulmonar em um município do estado da Paraíba, 2001-2010. *Cad saúde colet*. 2014;22(4):343-350. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400040007>
14. Okumoto O, Brito SMF, Garcia LP. A Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Epidemiol Serv Saude*. 2018;27(2):e2018318. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300018>
15. Ministério da Saúde (BR). DataSUS [Internet]. [local desconhecido]: Ministério da Saúde; 2021 [acceso en 2022 sep 16]. Disponible en: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/tubercbr.def>
16. Ministério da Saúde (BR). Coordenação de População e Indicadores Sociais [Internet]. [local desconhecido]: Ministério da Saúde; 2020 [acceso en 2022 sep 16]. Disponible en: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsvsbr.def>
17. Filho NA, Barreto ML. *Epidemiologia e saúde fundamentos, métodos e aplicações*. Rio de Janeiro: GEN; 2012.
18. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, et al. Pruebas de permutación para regresión de punto de unión con aplicaciones a tasas de cáncer. *Stat Med*. 2000;19(3):335-351. DOI: [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0258\(20000215\)19:3%3C335::aid-sim336%3E3.0.co;2-z](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0258(20000215)19:3%3C335::aid-sim336%3E3.0.co;2-z)
19. Byers AL, Allore H, Gill TM, et al. Application of negative binomial modeling for discrete outcomes: A case study in aging research. *J Clin Epidemiol*. 2003;56(6):559-564. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(03\)00028-3](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(03)00028-3)
20. Ministério da Saúde (BR); 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. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2016 maio 24; Seção I:44.
21. Silva ATP, Monteiro SG, Figueiredo PMS. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de tuberculose extrapulmonar atendidos em hospital da rede pública no estado do Maranhão. *Rev Soc Bras Clín Méd*. 2011;9(1):9-12.
22. Salas-Coronas J, Rogado-González MC, Lozano-Serrano AB, et al. Tuberculosis e inmigración. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2016;34(4):261-269. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2015.12.010>

23. Tahseen S, Khanzada FM, Baloch AQ. Extrapulmonary tuberculosis in Pakistan- A nation-wide multicenter retrospective study. *PLoS One*. 2020;15(4):e0232134. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232134>
24. Ohene SA, Bakker MI, Ojo J, et al. Extra-pulmonary tuberculosis: A retrospective study of patients in Accra, Ghana. *PLoS One*. 2019;14(1):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209650>
25. World Health Organization. Global tuberculosis report 2021 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [acceso en 2022 ago 10]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>
26. Fernandes TS, Pedrosa NS, Garcia MKQ, et al. Estigma e preconceito na atualidade: vivência dos portadores de tuberculose em oficinas de terapia ocupacional. *Physis*. 2020;30(1):e300103. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300103>
27. Bidinotto DNPB, Simonetti JP, Bocchi SCM. A saúde do homem: Doenças crônicas não transmissíveis e vulnerabilidade social. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24(e):2756-2764. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0735.2756>
28. García-Rodríguez JF, Álvarez-Díaz H, Lorenzo-García MV, et al. Extrapulmonary tuberculosis: Epidemiology and risk factors. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29(7):502-509. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2011.03.005>
29. Ossalé Abacka KB, Koné A, Akoli Ekoya O, et al. Extrapulmonary tuberculosis versus pulmonary tuberculosis: epidemiological, diagnosis and evolutive aspects. *Rev Pneumol Clin*. 2018;74(6):452-457. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pneumo.2018.09.008>
30. Mjid M, Cherif J, Ben Salah N, et al. Epidemiology of tuberculosis. *Rev Pneumol Clin*. 2015;71(2-3):67-72. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pneumo.2014.04.002>
31. Arnedo-Pena A, Romeu-Garcia MA, Meseguer-Ferrer N, et al. Pulmonary Versus Extrapulmonary Tuberculosis Associated Factors: A Case-Case Study. *Microbiol Insights*. 2019; 4(12):1178636119840362. DOI: <https://doi.org/10.1177/1178636119840362>
32. Beatriz C, Gisela C, Ana Cláudia F. Análise estratégica da Vigilância Epidemiológica da tuberculose: uma experiência local. *Saúde debate*. 2017;41(esp):22-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S03>
33. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2022 [acceso en 2022 jun 2];(esp). Disponible en: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-marco-2022.pdf/view#:~:text=Espacial%20%2D%20mar%C3%A7o%202022.,Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20de%20Tuberculose%20%2D%20N%C3%BAmero%20Especial%20%2D%20mar%C3%A7o%202022.,Federa%C3%A7%C3%A3o%20\(UF\)%20e%20capitais](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-marco-2022.pdf/view#:~:text=Espacial%20%2D%20mar%C3%A7o%202022.,Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20de%20Tuberculose%20%2D%20N%C3%BAmero%20Especial%20%2D%20mar%C3%A7o%202022.,Federa%C3%A7%C3%A3o%20(UF)%20e%20capitais)
34. Jenkins HE, Yuen CM, Rodriguez CA, et al. Mortality in children diagnosed with tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2017;17(3):285-295. DOI: [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(16\)30474-1](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(16)30474-1)
35. Ministério da Saúde (BR). DataSUS [Internet]. [local desconhecido]: Ministério da Saúde; 2022 [acceso en 2022 dic 2]. Disponible en: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def
36. Santos KS, Tavares CM, Arcêncio RA, et al. Perfil de morbimortalidade dos casos de tuberculose. *Rev enferm UFPE OnLine*. 2015;9(5):7789-7796. DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.6121-57155-1-ED.0905201507>

Recibido en 02/10/2023

Aprobado en 05/08/2024

Conflicto de intereses: inexistente

Apoyo financiero: no hubo

Editor responsable: Maria Lucia Frizon Rizzotto

Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde em uma capital do nordeste brasileiro

Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care in a northeastern Brazilian capital

Bruno Wesley Ramalho Cirilo Ferreira¹, Franklin Delano Soares Forte¹, Antônio Rodrigues Ferreira Júnior², Felipe Proença de Oliveira¹

DOI: 10.1590/2358-289820241439122P

RESUMO O objetivo do estudo foi descrever a oferta, o trabalho e a educação permanente em torno das Práticas Integrativas e Complementares (PIC), na perspectiva dos profissionais de saúde. Trata-se de estudo transversal, com análise dos módulos I e II do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Identificaram-se o perfil dos 186 profissionais, dados sobre PIC, processo de trabalho e educação permanente. Desses, 88,7% ofertavam alguma prática, sendo os enfermeiros os que mais ofereciam (96,2%). A auriculoterapia (83,3%), o uso de plantas medicinais e fitoterápicos (77,9%) e a terapia comunitária (48,9%) foram as práticas mais ofertadas. 86,5% dos entrevistados relataram receber apoio gerencial, no entanto, observou-se escassez de insumos. 82,2% dos entrevistados participaram de momentos de educação permanente relacionados às práticas ofertadas pela gestão municipal (93%), na própria unidade de saúde (90,8%). Observou-se que há um processo de educação permanente, no entanto, o principal entrave à consolidação desse modelo de cuidado na Atenção Primária à Saúde está relacionado à disponibilização de insumos. Dessa forma, necessita-se de incentivos para melhoria do processo de trabalho em saúde com vistas à ampliação e à qualificação da oferta das diferentes PIC.

PALAVRAS-CHAVE Terapias complementares. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT The study aimed to describe the provision, work and continuing education of Integrative and Complementary Practices (ICP) as perceived by healthcare professionals. This is a cross-sectional study, analyzing modules I and II of the 3rd Cycle within the Brazilian National Program for Improving Primary Care Access and Quality. The investigation included profiling 186 participating professionals, gathering data on ICP, work processes and continuing education. Of these, 88.7% offered some kind of practice, with nurses offering the most (96.2%). Auriculotherapy (83.3%), the use of medicinal plants and herbal medicines (77.9%) and community therapy (48.9%) were the most commonly offered practices. While 86.5% of respondents reported receiving managerial support, a shortage of essential resources was observed. 82.2% of respondents participated in continuing education activities related to practices facilitated by municipal management (93%) and conducted within the health unit itself (90.8%). The findings underscore the existence of an ongoing education process, yet the primary barrier to consolidating this care model in Primary Healthcare is linked to the insufficient availability of resources. Consequently, there is a pressing need for incentives to enhance the health work process, fostering the expansion and enhancement of diverse ICP offerings.

KEYWORDS Complementary therapies. Primary Health Care. Unified Health System.

¹Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.
franklinufpb@gmail.com

²Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil



Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) constituem-se como um conjunto de práticas terapêuticas ancoradas na compreensão do processo saúde-doença-cuidado em uma perspectiva ampliada, baseado na escuta e no vínculo e na compreensão do sujeito inserido no mundo^{1,2}. Dessa forma, as PIC surgem como uma proposta de produção de cuidado centrado no sujeito, cujo objetivo principal direciona-se ao estímulo dos mecanismos naturais e intrínsecos do organismo, de forma articulada e humanizada; abrangem o reequilíbrio e a estimulação dos potenciais endógenos de forma integral³⁻⁵.

As PIC encontram-se muito difundidas, e, cada vez mais, diversos países as implantam em seus sistemas de saúde, oportunizando uma proposta de cuidado singular e integral. Segundo levantamentos realizados pela World Health Organization (WHO), divulgados em seu relatório ‘Who Global Report On Traditional And Complementary Medicine’, 88% de todos os países membros da organização reconhecem o uso de medicina tradicional e complementar em seu território, apoiados pela presença de políticas, leis, regulamentos, programas nacionais⁶.

O mesmo relatório mostrou que as PIC mais comumente ofertadas pelos países membros eram a acupuntura (113), uso de medicamentos fitoterápicos (110), seguidos pela homeopatia e pela Medicina Tradicional Chinesa – MTC (100), enquanto outros 90 países referiram uso da quiropraxia, osteopatia e medicina ayurvédica⁶.

Ainda que a Organização Mundial da Saúde (OMS) tenha incentivado mundialmente a implantação e utilização da MTC desde a década de 1970, no Brasil, as PIC ganharam força após a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que inseriu no Sistema Único de Saúde (SUS) saberes e práticas de saúde não convencionais. Atendendo às propostas trazidas pelas Portarias nº 145/2017, nº 849/2017 e

nº 702/2018, a pluralidade de saberes e práticas de saúde com viabilidade de oferta no SUS foi expandida, e, atualmente, 29 práticas integrativas são disponibilizadas em todo o País^{3,7-10}, embora o Brasil ainda não tenha feito o devido reconhecimento de práticas de cuidado próprias aos repertórios culturais, como recomenda a OMS.

É importante destacar que as PIC apresentam uma forte ligação com a Atenção Primária à Saúde (APS)¹⁰. Dados do ‘Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde’ mostram que, com relação ao nível de atenção à saúde, 90% dos estabelecimentos que ofertam as PIC encontram-se na APS. O relatório ainda divulgou que, no ano de 2019, 77% dos municípios ofertavam PIC, que estavam presentes em todas as capitais brasileiras, principalmente nas regiões Sul e Nordeste do País, fazendo parte da rotina de 37% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em atividade no SUS¹¹.

No último registro da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, as PIC foram responsáveis por mais de 628.239 procedimentos ao ano na APS, um aumento de 324%, quando se comparam aos números de 2017, em que foram registrados 148.152 atendimentos¹¹.

Os estudos disponíveis dedicaram-se a investigar a implantação das diversas práticas na APS, bem como a sua importância no processo de cuidado. E, apesar de todo crescimento e revalorização das PIC ao longo dos anos, diversos obstáculos foram relatados. Entre esses, destacam-se as limitações na oferta e na qualidade dos serviços, espaço físico inadequado nas unidades de saúde, preferência pelo modelo biomédico, falta de apoio da gestão, falta de valorização profissional, falta de educação permanente e insumos para realização da prática^{9,12}.

Ainda que se tenha dimensão das limitações encontradas na oferta das PIC, os dados disponíveis mostram-se insuficientes, em virtude da escassez de pesquisas que abordem tais práticas¹³. Nessa direção, o objetivo do presente

estudo foi descrever a oferta, o trabalho e a educação permanente em torno das PIC, na perspectiva dos profissionais de saúde que participaram do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Material e métodos

Este artigo é um recorte de um estudo mais abrangente, intitulado ‘Práticas integrativas e complementares na APS em João Pessoa-PB’, fruto do trabalho de conclusão do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família. Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, por meio do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 53100321.7.0000.5188, sob Parecer nº 5.309.862, observando as Resoluções CNS nº 466/2012¹⁴ e nº 510/2016¹⁵.

Trata-se de estudo de caráter transversal e descritivo, com utilização de dados nacionais dos Módulos I e II, do 3º Ciclo do PMAQ-AB. A coleta dos dados foi realizada em 2017-2018 e conduzida pelo Ministério da Saúde. Participaram mais de 42 mil equipes de saúde presentes em 5.324 municípios (95,6%) dos 27 estados, buscando averiguar o processo de trabalho por meio de perguntas respondidas por um membro da Equipe da Estratégia Saúde da Família/AB¹⁶.

O primeiro módulo do 3º ciclo do PMAQ-AB visa à observação da Unidade Básica de Saúde. Objetiva avaliar as condições de infraestrutura, de materiais, insumos e medicamentos. Já o segundo módulo corresponde à fase de análise documental e entrevista com os profissionais da APS. Essa interlocução teve o intuito de analisar o processo de trabalho da equipe de saúde, bem como a organização do serviço e o cuidado prestado aos usuários.

A capital cenário do estudo é dividida em cinco Distritos Sanitários (DS), possuindo 100 UBS, 201 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 2.004 Agentes Comunitários

de Saúde (ACS), que compõem a APS. Atualmente, o município apresenta uma cobertura da atenção básica de 91,57%, com uma estimativa da cobertura populacional pelas equipes da ESF de 85,72%¹¹.

Foram consideradas questões referentes ao primeiro e ao segundo módulos do 3º Ciclo do PMAQ-AB, e foram extraídos, a fim de possibilitar a identificação do perfil dos profissionais entrevistados, questões referentes às PIC, dados sobre Educação Permanente em Saúde (EPS), territorialização, planejamento, acolhimento, promoção à saúde, participação social, buscando agregar maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe.

A coleta de dados do PMAQ-AB foi realizada por pesquisadores integrantes de diversas universidades e centros de pesquisa brasileiros, em conjunto com o Ministério da Saúde. A equipe responsável pela coleta de dados passou por treinamento, com a utilização de ferramentas validadas com base nas experiências adquiridas com a realização dos ciclos anteriores do PMAQ-AB¹⁷.

As equipes foram inscritas pela gestão municipal para participar do PMAQ-AB. Previamente, a equipe de coleta fez contato com os gestores, que organizaram a agenda no melhor dia e horário. De acordo com as orientações do Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade, os profissionais médicos ou enfermeiros foram as categorias escolhidas para participar da entrevista. No entanto, caso, no momento da avaliação, esses profissionais não estivessem presentes, outro profissional de nível superior poderia ser entrevistado. Os dados foram digitados em *tablets* com o instrumento de coleta de dados.

Os dados quantitativos foram utilizados para identificar as potencialidades e dificuldades apresentadas pelos profissionais de saúde que desenvolvem as PIC na APS da capital. Esses indicadores foram obtidos no *site* do Ministério da Saúde, em um banco público, no seguinte percurso: acessando o *site* do Ministério da Saúde e, em seguida, acessando

os microdados da Avaliação Externa – 3º Ciclo. Os dados estão anonimados para garantir o sigilo dos participantes.

Todos os dados foram trabalhados no Microsoft Office Excel®. Inicialmente, foi feita análise descritiva dos dados, para investigar inconsistências e compreender melhor as variáveis do estudo. Foi realizada análise descritiva das variáveis recorrendo aos valores absolutos e relativos, a fim de coletar informações mais específicas e detalhadas considerando a organização sanitária por DS do município investigado.

Resultados

Participaram da entrevista 186 profissionais de saúde que integravam as equipes da APS. Com relação à oferta das PIC, constatou-se que 88,7% dos entrevistados relataram fornecer as PIC para os usuários do território, sendo o DS II o que mais oferta (97,5%) (tabela 1). Constatou-se que, dos profissionais entrevistados, os enfermeiros (96,2%) e 3,6% dos médicos ofertaram alguma PIC.

Tabela 1. Caracterização dos Profissionais das equipes da APS que ofertam PIC. PMAQ 3º Ciclo, João Pessoa, 2017/2018

	Distrito 1		Distrito 2		Distrito 3		Distrito 4		Distrito 5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
II.29.1 - A equipe oferece o serviço de PIC para os usuários do território?										
Sim	38	82,6	38	97,4	45	95,7	26	86,7	18	75
Não	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25
II.2.0.1 - Qual profissional foi entrevistado?										
Enfermeiro	42	91,3	37	94,9	46	97,9	30	100	24	100
Médico	4	8,7	2	5,1	1	2,1	0	0,0	0	0,0
Outro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fonte: elaboração própria.

Verificou-se que as práticas mais ofertadas foram a auriculoterapia (83,3%), o uso de plantas medicinais e fitoterápicos (77,9%) e a

terapia comunitária (48,9%), práticas amplamente distribuídas nos cinco DS (tabela 2).

Tabela 2. Oferta de práticas integrativas. PMAQ 3º Ciclo, João Pessoa, 2017/2018

	Distrito I		Distrito II		Distrito III		Distrito IV		Distrito V	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
II.29.2.1 - Medicina Tradicional Chinesa/Auriculoterapia										
Sim	37	80,4	34	87,2	44	93,6	25	83,3	15	62,5
Não	1	2,2	4	10,3	1	2,1	1	3,3	3	12,5
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
I.29.2.2 - Reiki										

Tabela 2. Oferta de práticas integrativas. PMAQ 3º Ciclo, João Pessoa, 2017/2018

	Distrito I		Distrito II		Distrito III		Distrito IV		Distrito V	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	2	4,3	5	12,8	12	25,5	3	10,0	2	8,3
Não	36	78,3	33	84,6	33	70,2	23	76,6	16	66,7
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.3 - Yoga										
Sim	2	4,3	6	15,4	8	17,0	3	10,0	2	8,3
Não	36	78,3	32	82,1	37	78,7	23	76,7	16	66,7
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25
II.29.2.4 - Ayurveda										
Sim	0	0,0	2	5,1	2	4,3	1	3,3	2	8,3
Não	38	82,6	36	92,3	43	91,5	25	83,3	16	66,7
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.5 - Florais										
Sim	6	13,0	17	43,6	25	53,2	10	33,3	7	29,2
Não	32	69,6	21	53,8	20	42,6	16	53,3	11	45,8
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.6 - Doin/Shiatsu/Massoterapia/Reflexologia										
Sim	4	8,7	11	28,2	16	34,0	7	23,3	6	25,0
Não	34	73,9	27	69,2	29	61,7	19	63,3	12	50,0
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.7 - Shantala										
Sim	5	10,9	15	38,5	19	40,4	7	23,3	6	25,0
Não	33	71,7	23	59,0	26	55,3	19	63,3	12	50,0
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.8 - Talassoterapia										
Sim	0	0,0	4	10,3	4	8,5	1	3,3	0	0,0
Não	38	82,6	34	87,2	41	87,2	25	83,3	18	75,0
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.9 - Biodança										
Sim	5	10,9	12	30,8	20	42,6	12	40,0	8	33,3
Não	33	71,7	26	66,7	25	53,2	14	46,7	10	41,7
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.10 - Musicoterapia										
Sim	6	13,0	16	41,0	20	42,6	14	46,7	7	29,2
Não	32	69,6	22	56,4	25	53,2	12	40,0	11	45,8
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.11 - Dança circular										
Sim	3	6,5	8	20,5	18	38,3	11	36,7	7	29,2
Não	35	76,1	30	76,9	27	57,4	15	50,0	11	45,8
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.12 - Naturologia										

Tabela 2. Oferta de práticas integrativas. PMAQ 3º Ciclo, João Pessoa, 2017/2018

	Distrito I		Distrito II		Distrito III		Distrito IV		Distrito V	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	2	4,3	3	7,7	3	6,4	3	10,0	1	4,2
Não	36	78,3	35	89,7	42	89,4	23	76,7	17	70,8
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.13 - Terapia comunitária										
Sim	12	26,1	21	53,8	28	59,6	18	60,0	12	50,0
Não	26	56,6	17	43,6	17	36,2	8	26,7	6	25,0
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.14 - Terapia com Argila										
Sim	2	4,3	12	30,8	8	17,0	15	50,0	8	33,3
Não	36	78,3	26	66,7	37	78,7	11	36,7	10	41,7
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.15 - Sistema Rio Aberto (Movimento Vital expressivo)										
Sim	0	0,0	1	2,6	1	2,1	2	6,7	0	0,0
Não	38	82,6	37	94,9	44	93,6	24	80,0	18	75,0
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.16 - Arteterapia										
Sim	3	6,5	6	15,4	19	40,4	9	30,0	9	37,5
Não	35	76,1	32	82,1	26	55,3	17	56,7	9	37,5
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.17 - Osteopatia										
Sim	1	2,2	1	2,6	9	19,1	1	3,3	3	12,5
Não	37	80,4	37	94,9	36	76,6	25	83,3	15	62,5
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.2.18 - Quiropraxia										
Sim	1	2,2	1	2,6	15	31,9	1	3,3	1	4,2
Não	37	80,4	37	94,9	30	63,8	25	83,3	17	70,8
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25
II.29.2.19 - Aromaterapia, Meditação (Mindfulness), Bioenergética										
Sim	2	4,3	8	20,5	4	8,5	5	16,7	2	8,3
Não	36	78,3	30	76,9	41	87,2	21	70,0	16	66,7
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25
II.29.3.1 - Uso de plantas medicinais e fitoterápicos										
Sim	29	63,0	32	82,1	43	91,5	23	76,7	18	75,0
Não	1	2,2	3	7,7	2	4,3	3	10,0	0	0,0
Não se aplica	16	34,8	4	10,3	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.29.3.2 - Uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da MTC (Medicina Tradicional Chinesa) e práticas da medicina antroposófica										
Sim	12	26,1	23	59,0	29	61,7	15	50,0	9	37,5
Não	18	39,1	12	30,8	16	34,0	11	36,7	9	37,5
Não se aplica	16	34,8	4	10,3	2	4,3	4	13,3	6	25,0

Fonte: elaboração própria.

Observou-se que 98,9% dos entrevistados informaram ter definição da área de abrangência da equipe, e, entre os DS, apenas o DS I não tem a sua área de abrangência definida por todos os profissionais de saúde. Outro ponto analisado estava relacionado a processos organizativos, com a realização de reuniões pela equipe. Entre os profissionais entrevistados, 99,4% realizavam reuniões de equipes de forma semanal (93,5%), o que pode ser útil como uma ferramenta de qualidade para o serviço.

Uma vez que as necessidades e os objetivos são apresentados, faz-se necessário planejar e estabelecer as ações de saúde que serão realizadas pela equipe de saúde. Dessa forma, verificou-se que apenas 1% dos profissionais entrevistados não realizava planejamento das suas ações. Dos profissionais que realizavam planejamento de ações juntamente com a equipe de saúde da APS, observou-se que os encontros eram realizados, em sua maioria, semanalmente (55,9%), seguidos pelos planejamentos mensais (40,8%) e quinzenais (8%) (*tabela 3*).

A interpretação dos indicadores pela equipe de saúde da APS é de grande relevância para possibilitar aos profissionais profunda reflexão sobre a conjuntura atual da comunidade na qual estão inseridos. Tal ação foi realizada por 99,4% dos entrevistados.

Com o intuito de ofertar escuta e atenção qualificadas ao usuário, o acolhimento à demanda espontânea foi realizado por 98,3% dos entrevistados, ampliando o acesso e a ordenação das vulnerabilidades, sendo que apenas os DS I e V não apresentaram adesão da totalidade dos profissionais entrevistados (*tabela 3*).

Dos profissionais de saúde da APS que realizavam o acolhimento à demanda espontânea nas unidades de saúde, 97,4% foram orientados por meio dos protocolos e das condutas referentes aos casos atendidos.

A utilização de protocolos de acolhimento à demanda espontânea apresenta grande

impacto sobre a qualidade do acesso ao serviço de saúde, assim como também ao cuidado, por meio das PIC. Diante disso, 76,8% dos entrevistados relataram utilizar protocolos para acolher as demandas espontâneas, no entanto, o DS IV foi o único distrito em que todos os profissionais faziam uso dessa ferramenta.

Um dos aspectos principais da APS é a realização de ações que visam à promoção da saúde da população, de modo que ocorra a articulação de conhecimentos interdisciplinares na prestação do cuidado, tanto individual quanto coletivo. Diante disso, observou-se, na *tabela 3*, que 99,4% dos entrevistados desenvolviam ações para a promoção da saúde dos usuários. Apenas o DS I não apresentou a totalidade dos seus integrantes no desenvolvimento dessas ações.

Uma das principais ações de saúde apresentadas na APS relaciona-se às atividades voltadas à educação em saúde, uma vez que essa prática promove a construção de conhecimento e autonomia do usuário no seu processo de cuidado. Percebeu-se, conforme *tabela 3*, que apenas 0,5% dos entrevistados relataram não realizar atividades de educação em saúde.

A fim de garantir os princípios do SUS, como integralidade do acesso e equidade no atendimento, as redes de serviços de saúde têm como base de organização serviços para garantir atendimento a todos, incluindo as comunidades tradicionais. Acerca desse assunto, observou-se que 66,6% dos entrevistados relataram não apresentar integrantes da população rural, indígena ou comunidades tradicionais em seu território, 25,8% não realiza atendimentos a essa população, e apenas 7,5% relatam prestar atendimento (*tabela 3*).

Quanto ao levantamento da percepção da satisfação dos usuários com o serviço, 79,5% dos entrevistados relatam realizar pesquisa de satisfação do usuário. No entanto, apenas os DS II e IV realizavam essa avaliação pela totalidade dos seus profissionais (*tabela 3*).

Tabela 3. Caracterização do processo de trabalho da equipe da APS. PMAQ 3º Ciclo, João Pessoa, 2017/2018

	Distrito I		Distrito II		Distrito III		Distrito IV		Distrito V	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
II.6.1 - Existe definição da área de abrangência da equipe?										
Sim	44	95,7	39	100,0	47	100,0	30	100,0	24	100,0
Não	2	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
II.8.1 - Geral - A sua equipe realiza reunião de equipe?										
Sim	46	100,0	39	100,0	46	97,9	30	100,0	24	100,0
Não	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0
II.8.2 - Qual é a periodicidade das reuniões?										
Semanal	41	89,1	38	97,4	44	93,6	28	93,3	23	95,8
Quinzenal	3	6,5	1	2,6	2	4,3	2	6,7	1	4,2
Mensal	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sem periodicidade	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não se aplica	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0
II.8.3 - A equipe realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?										
Sim	45	97,8	39	100,0	47	100,0	30	100,0	23	95,8
Não	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2
II.8.4 - Qual é a periodicidade?										
Semanal	26	56,5	22	56,4	24	51,1	19	63,3	13	54,2
Quinzenal	4	8,7	1	2,6	6	12,8	2	6,7	2	8,3
Mensal	2	26,1	11	28,2	11	23,4	6	20,0	4	16,7
Bimestral	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Trimestral	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0
Semestral	2	4,3	2	5,1	3	6,4	1	3,3	1	4,2
Anual	1	2,2	5	5,1	2	4,3	2	6,7	3	12,5
Não se aplica	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2
II.8.5 - A equipe realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?										
Sim	45	97,8	39	100,0	47	100,0	30	100,0	24	100,0
Não	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
II.10.1 - A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?										
Sim	44	95,7	39	100,0	47	100,0	30	100,0	23	95,8
Não	2	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2
II.10.6 - A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento?										
Sim	35	76,1	38	97,4	46	97,9	30	100,0	23	95,8
Não	9	19,6	1	2,6	1	2,1	0	0,0	0	0,0
Não se aplica	2	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2
II.26.1 - A equipe desenvolve ações voltadas à promoção da saúde?										
Sim	45	97,8	39	100,0	47	100,0	30	100,0	24	100,0
Não	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
II.29.3.3 - A equipe não realiza atividades de educação em saúde										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0
Não	30	65,2	35	89,7	45	95,7	25	83,3	18	75,0
Não se aplica	16	34,8	4	10,3	2	4,3	4	13,3	6	25,0

Tabela 3. Caracterização do processo de trabalho da equipe da APS. PMAQ 3º Ciclo, João Pessoa, 2017/2018

	Distrito I		Distrito II		Distrito III		Distrito IV		Distrito V	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
II.29.6 - A equipe utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea ou linha de cuidado que inclua PIC?										
Sim	26	56,5	37	94,9	40	85,1	26	86,7	14	58,3
Não	12	26,1	1	2,6	5	10,6	0	0,0	4	16,7
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
II.31.1 - A sua equipe realiza atendimento para população rural, indígena e/ou comunidades tradicionais?										
Sim	3	6,5	3	7,7	5	10,6	2	6,7	1	4,2
Não	14	30,4	10	25,6	4	8,5	11	36,7	9	37,5
Não há no território	29	63,0	26	66,7	38	80,9	17	56,7	14	58,3
II.32.1 - A equipe realiza avaliação de satisfação do usuário?										
Sim	41	89,1	39	100,0	46	97,9	30	100,0	23	95,8
Não	5	10,9	0	0,0	1	2,1	0	0,0	1	4,2

Fonte: elaboração própria.

O apoio da gestão é um dos principais pilares para a implantação e implementação das PIC na APS. Dessa forma, verificou-se que 86,55% dos entrevistados relatam receber apoio da gestão, como incentivo ao espaço na agenda, divulgação dos serviços e pactuação com a unidade para oferta e realização das

práticas. Constatou-se que todos os profissionais entrevistados passaram por EPS no último ano, apoiados pela gestão e ofertados, em sua maior parte, pela gestão municipal (98,38%), pela própria unidade de saúde (90,86%) e pela universidade (78,49%) (tabela 4).

Tabela 4. Apoio da gestão na realização das PIC. PMAQ 3º Ciclo, João Pessoa, 2017/2018

	Distrito I		Distrito II		Distrito III		Distrito IV		Distrito V	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
II.29.5 - Os profissionais têm o apoio da gestão para realizar as PIC, como espaço na agenda, divulgação do serviço, pactuação com a(s) equipe(s) da unidade?										
Sim	35	76,1	37	94,9	45	95,7	26	86,7	18	75,0
Não	3	6,5	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
4.1 - No último ano, a equipe participou de ações de educação permanente organizadas pela:										
<i>II.4.1.1 - Gestão municipal</i>										
Sim	44	95,7	39	100,0	47	100,0	30	100,0	23	95,8
Não	2	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2
<i>II.4.1.2 - Gestão Estadual</i>										
Sim	17	37,0	24	61,5	28	59,6	16	53,3	11	45,8
Não	29	63,0	15	38,5	19	40,4	14	46,7	13	54,2
<i>II.4.1.3 - Pela própria equipe/Unidade de Saúde</i>										
Sim	41	89,1	35	89,7	46	97,9	28	93,3	19	79,2
Não	5	10,9	4	10,3	1	2,1	2	6,7	5	20,8

Tabela 4. Apoio da gestão na realização das PIC. PMAQ 3º Ciclo, João Pessoa, 2017/2018

	Distrito I		Distrito II		Distrito III		Distrito IV		Distrito V	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>II.4.1.4 – Por outras equipes/Unidades de Saúde</i>										
Sim	21	45,7	26	66,7	30	63,8	19	63,3	14	58,3
Não	25	54,3	13	33,3	17	36,2	11	36,7	10	41,7
<i>II.4.1.5 – Pela universidade</i>										
Sim	26	56,5	35	89,7	43	91,5	23	76,7	19	79,2
Não	20	43,5	4	10,3	4	8,5	7	23,3	5	20,8
<i>II.4.1.6 – Não recebi Educação Permanente no ano anterior</i>										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	46	100,0	39	100,0	47	100,0	47	100,0	24,0	100,0
<i>II.4.2.1 – Gestão não organiza processos de Educação Permanente</i>										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não se aplica	46	100,0	39	100,0	47	100,0	47	100,0	24,0	100,0
<i>II.4.2.3 – Gestão não apoia processos de Educação Permanente</i>										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não se aplica	46	100,0	39	100,0	47	100,0	47	100,0	24,0	100,0

Fonte: elaboração própria.

Observou-se que 82,2% dos entrevistados relataram que a gestão municipal ofertava cursos voltados para a capacitação em PIC aos profissionais da APS (*tabela 4*).

A implantação das PIC na APS promove uma reorganização que reflete no processo de trabalho. Diante disso, pôde-se perceber que, apesar de as práticas serem implantadas em todos os DS de João Pessoa, informações relativas à carência de recursos humanos e insumos (*tabela 4*) foram constatadas, o que pode dificultar os processos produtivos e as assistências.

Ainda que a auriculoterapia seja a prática mais ofertada pelos profissionais da APS do município analisado, apenas 13,9% dos profissionais entrevistados relatam ter agulhas filiformes descartáveis, 56,4% tinham sementes ou cristais e 44% informam ter mapas de pontos de acupuntura sempre disponíveis para o desenvolvimento dessa prática. A escassez de insumos básicos foi observada em alternativas

terapêuticas, em que somente 3,88% relataram ter Moxa (carvão e/ou artemísia) e 16,11% tinham copos de ventosa sempre disponíveis. Apenas 38,7% dos estabelecimentos de saúde tinham plantas medicinais e fitoterápicos em quantidades suficientes para atender à demanda dos seus usuários.

O desprovimento de recursos culminou na disponibilização de quantidades insuficientes para acolher as necessidades dos usuários que frequentam as unidades de saúde na APS. Assim, foi observado que apenas 36,5% das unidades possuíam planta *in natura*, 5,9% droga vegetal (planta seca), 4,8% fitoterápico manipulado e 1,6% medicamento fitoterápico industrializado em quantidade suficiente (*tabela 5*).

Já com relação aos medicamentos fitoterápicos industrializados, apenas o DS IV ofertava esses insumos, no entanto, somente 1,6% ofertava Espinheira-santa, Guaco, Hortelã, Salgueiro, Babosa, Alcachofra, Cáscara sagrada

e Aroeira, 1% ofertava *Plantago*, e apenas 0,5% disponibilizava *Garra-do-diabo* e *Unha-de-gato* em quantidade suficiente. Quando se trata da dispensação de medicamentos

homeopáticos, somente os profissionais do DS V relataram dispor desse insumo, no entanto, 0,5% dos profissionais da unidade ofertava essa alternativa terapêutica.

Tabela 5. Oferta de educação permanente em PIC pela gestão e disponibilidade de insumos para o desenvolvimento das PIC. PMAQ 3º Ciclo, João Pessoa, 2017/2018

	Distrito I		Distrito II		Distrito III		Distrito IV		Distrito V	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
II.29.4 - A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em práticas integrativas e complementares para a equipe?										
Sim	31	67,4	36	92,3	42	89,4	26	86,7	18	75,0
Não	7	15,2	2	5,1	3	6,4	0	0,0	0	0,0
Não se aplica	8	17,4	1	2,6	2	4,3	4	13,3	6	25,0
I.13.2 - Agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados (para acupuntura) sempre disponíveis										
Sim	0	0	4	10,3	17	36,2	0	0	5	20,8
Não	28	60,9	32	82,1	26	55,3	21	72,4	10	41,7
Não se aplica	18	39,1	3	7,7	4	8,5	8	27,6	9	37,5
I.13.3 - Copos de ventosa sempre disponíveis										
Sim	0	0	15	38,5	13	27,7	0	0	1	4,2
Não	28	60,9	21	53,8	30	63,8	21	72,4	14	58,3
Não se aplica	18	39,1	3	7,7	4	8,5	8	27,6	9	37,5
I.13.4 - Mapas de pontos de acupuntura sempre disponíveis										
Sim	13	28,3	5	12,8	31	66,0	7	24,1	5	20,8
Não	15	32,6	31	79,5	12	25,5	14	48,3	10	41,7
Não se aplica	18	39,1	3	7,7	4	8,5	8	27,6	9	37,5
I.13.5 - Moxa (carvão e/ou artemísia) sempre disponíveis										
Sim	0	0	4	10,3	3	6,4	0	0	0	0
Não	28	60,9	32	82,1	40	85,1	21	72,4	15	62,5
Não se aplica	18	39,1	3	7,7	4	8,5	8	27,6	9	37,5
I.13.6 - Sementes ou cristais para auriculoterapia sempre disponíveis										
Sim	26	56,5	21	53,8	31	66,0	16	55,2	11	45,8
Não	2	4,3	15	38,5	12	25,5	5	17,2	4	16,7
Não se aplica	18	39,1	3	7,7	4	8,5	8	27,6	9	37,5
I.15.16 Medicamentos fitoterápicos										
I.15.16.1 - A unidade disponibiliza medicamentos ou plantas medicinais e/ou fitoterápicos?										
Sim	6	13,0	23	59,0	19	40,4	14	46,7	10	41,7
Não	40	87,0	14	35,9	23	48,9	16	53,3	14	58,3
Não se aplica	0	0,0	2	5,1	5	10,7	0	0,0	0	0,0
I.15.16.2 - Planta 'in natura' em quantidade suficiente?										
Sim	6	13,0	23	59,0	19	40,4	10	33,3	10	41,7
Não	0	0	0	0,0	0	0,0	4	13,3	0	0,0
Não se aplica	40	87,0	16	41,0	28	59,6	16	53,4	14	58,3

Tabela 5. Oferta de educação permanente em PIC pela gestão e disponibilidade de insumos para o desenvolvimento das PIC. PMAQ 3º Ciclo, João Pessoa, 2017/2018

	Distrito I		Distrito II		Distrito III		Distrito IV		Distrito V	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>I.15.16.3 – Droga Vegetal (Planta seca) em quantidade suficiente?</i>										
Sim	0	0,0	1	2,6	0	0,0	9	30,0	1	4,2
Não	6	13,0	22	56,4	19	40,4	5	16,7	9	37,5
Não se aplica	40	87,0	16	41,0	28	59,6	16	53,3	14	58,3
<i>I.15.16.4 – Medicamento Fitoterápico manipulado em quantidade suficiente?</i>										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	30,0	0	0,0
Não	6	13,0	23	59,0	19	40,4	5	16,7	10	41,7
Não se aplica	40	87,0	16	41,0	28	59,6	16	53,3	14	58,3
<i>I.15.16.5 – Medicamento Fitoterápico Industrializado em quantidade suficiente?</i>										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0	0	0,0
Não	6	13,0	23	59,0	19	40,4	11	36,7	10	41,7
Não se aplica	40	87,0	16	41,0	28	59,6	16	53,3	14	58,3

Fonte: elaboração própria.

Discussão

Entre os profissionais de saúde, a categoria da enfermagem apresentou protagonismo na oferta das PIC. A enfermagem faz parte da composição mínima das equipes da ESF, e seu processo de trabalho pode estar vinculado ao cuidado em saúde numa perspectiva mais holística e integral^{18,19}. O modelo de cuidado em saúde por meio das PIC favorece a expansão do acesso do usuário ao cuidado integral, humanizado, resolutivo e centrado no indivíduo, o que está alinhado aos princípios do SUS e da APS^{20,21}.

Observou-se neste estudo a elevada oferta da MTC e/ou auriculoterapia, o que também foi evidenciado em outro estudo utilizando dados secundários do PMAQ-AB²². A disponibilidade da auriculoterapia pode estar relacionada aos incentivos promovidos pelo Ministério da Saúde, pactuados com a Universidade Federal de Santa Catarina, na promoção de um curso semipresencial de formação em auriculoterapia para profissionais integrantes da APS, com polos

espalhados em 21 estados do Brasil, entre eles, o município cenário desta pesquisa, proporcionando a capacitação de mais de quatro mil profissionais de saúde, como os deste cenário de estudo²³.

Do mesmo modo, a realização de um curso semipresencial de formação em terapia comunitária e integrativa foi ofertada a um número similar de profissionais da APS em todas as regiões do País²². A elevada oferta dessa prática na capital estudada pode estar associada ao quantitativo de profissionais capacitados e à aceitabilidade dos usuários, uma vez que, baseada na condução de grupos, busca promover a autoajuda comunitária por meio da divisão de sentimentos, experiências e sofrimentos psíquicos.

Também se observaram a oferta da fitoterapia e o uso de plantas medicinais. Existe uma tradição e raízes históricas e sociais na região estudada. O uso de plantas medicinais aumentou e evoluiu junto com a humanidade, sendo difundido entre as gerações por meio do conhecimento de comunidades tradicionais, em especial, indígena

e quilombola. Barros et al.¹ evidenciaram que cerca de 82% da população brasileira é adepta ao uso de plantas medicinais e seus medicamentos tecnicamente elaborados nos cuidados em saúde. Estudos^{12,24} têm relatado a importância que os profissionais de saúde, em especial, os inseridos na ESF, possuem na ampliação e implementação das PIC no SUS.

Ainda que as PIC busquem promover o protagonismo dos usuários, colocando-os no centro do processo de cuidado²⁵, deve-se levar em consideração que a implantação e a oferta dessas práticas na APS promovem uma reorganização do processo de trabalho das equipes. Barros, Spadacio e Costa²⁶ constataram que a inserção das PIC no processo de trabalho dos profissionais da APS promoveu transformações consideráveis na qualidade do trabalho, favorecendo o desenvolvimento de atividades com maior deleite, melhor organização das rotinas, além do fortalecimento da integração e do vínculo entre os profissionais, bem como dos usuários.

Apesar disso, o presente estudo observou inconsistência na oferta dessas práticas. A não implantação e a não implementação das PIC no plano de cuidado por uma parcela dos profissionais de saúde podem estar relacionadas a questões inerentes à formação acadêmica, ao excesso de atribuições no dia a dia de trabalho, à falta de apoio, à escassez de insumos, além da preferência pelo modelo hegemônico. Tais características foram evidenciadas por Dalmolin e Heidemann¹⁸, que observaram a sobrecarga de trabalho, as resistências encontradas no ambiente de trabalho, a consolidação do modelo biomédico e a educação em saúde centrada nos aspectos patológicos. Esses foram os aspectos relacionados ao não estabelecimento de uma nova forma de cuidado em saúde associada às práticas alternativas.

Perspectivas negativas relacionadas às PIC também foram identificadas, sendo as mais presentes: divergências com as demais

atividades desempenhadas, sobrecarga de trabalho, escassez de profissionais e estrutura inadequada para realização das práticas, o que propicia o surgimento de conflitos entre os profissionais que compõem a equipe da APS^{24,26,27}.

Ainda que as PIC sejam reconhecidas como um importante meio de integração entre os profissionais da APS, os aspectos negativos observados retratam a existência de conflitos na equipe que pouco são considerados, estudados e reconhecidos nas relações interprofissionais.

Outro fator importante para consolidação das PIC na APS é o apoio por parte dos gestores¹³. Ainda que os resultados encontrados por esta pesquisa apresentem apoio gerencial, tais dados divergem de outros estudos nacionais, em que a falta de apoio pelos gestores implica uma invisibilidade dessas práticas na APS, promovendo sua desvalorização e não institucionalização^{1,3,10}.

Estudo realizado no Acre²⁵ evidenciou que 67% dos gestores entrevistados não tinham conhecimento sobre as PIC, mesmo estando na gestão do serviço da APS entre 1 e 3 anos (62,5%). Barros et al.¹ também constataram uma falta de conhecimento e inseguranças por parte dos gestores ao dialogarem sobre as PIC, confundindo-as facilmente com práticas biomédicas.

O desconhecimento das PIC já tem sido relatado no processo formativo, em especial, na formação acadêmica, referenciada pelo modelo biomédico, centrado nas doenças, e das racionalidades médicas²⁸⁻³¹. Medeiros et al.³¹ evidenciaram que apenas 26% dos cursos de enfermagem apresentavam alguma disciplina sobre as PIC em sua grade curricular. Já com relação às escolas médicas, das 252 escolas, somente 57 citaram as PIC em seus currículos.

Como fruto da incompreensão acerca das PIC por parte dos gestores, manifestam-se vulnerabilidades na institucionalização e no monitoramento das práticas, invisibilidade, desregulamentação, disputa entre

os modelos assistenciais, desvalorização profissional, sobrecarga de trabalho, contribuindo para a fragmentação do processo de cuidado, bem como para o enfraquecimento das práticas no SUS³².

Pode-se considerar que um dos indicadores de apoio gerencial às PIC está relacionado à disponibilidade de insumos básicos para o seu desenvolvimento. Os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de organização desse apoio gerencial, na previsão e na oferta de insumos para a realização das PIC nos territórios.

Em virtude do desprovimento de recursos, o acolhimento das demandas apresentadas pelos usuários é afetado, limitando o acesso às PIC. Diante disso, o autofinanciamento torna-se uma prática comum por diversos profissionais da APS, e tal sensibilidade visa a tornar as práticas operantes na rede de saúde^{1,3}, na medida em que a oferta dessas práticas é assegurada por um querer inerente aos profissionais de saúde, e não fomentada por um apoio gerencial³²⁻³⁴.

Desse modo, observa-se a necessidade de promover ações que possibilitem melhor percepção das PIC pelos gestores, uma vez que, à medida que se potencializa a visibilidade dessas práticas, obstáculos como baixa institucionalização, fragilidade e a instabilidade das PIC nos serviços serão superados, valorizando, assim, a sua oferta^{1,35}.

Outro ponto de fundamental importância no que diz respeito à ampliação das PIC na APS está relacionado à EPS. Apesar de a formação em PIC dos profissionais da saúde estar contida na PNPIC, os cursos associados à perspectiva da EPS ainda são escassos, e a maior parte é da rede privada de educação, custeada pelos próprios profissionais de saúde.

Atualmente, no Brasil, a formação em PIC é considerada difusa e escassa, trazendo consigo limitações na oferta e na qualidade. Tal indicador encontra-se entre os principais desafios para ampliação e implementação das PIC no SUS, visto que a educação permanente, de forma eficiente e de qualidade, promove a criação de uma visão integral no processo de

trabalho e no cuidado em saúde, enriquecendo a prática profissional^{9,35,36}.

As informações trazidas por este estudo podem colaborar para o planejamento e o desenvolvimento de tomadas de decisão por parte dos gestores, para que se consiga superar as fragilidades identificadas, visando à ampliação e à qualificação do processo de trabalho alicerçado na oferta das PIC.

Entretanto, limitações inerentes a este estudo podem ser observadas em virtude da utilização de dados secundários obtidos da participação voluntária dos profissionais das unidades de saúde, que conheciam previamente o instrumento de coleta, atribuindo um viés de seleção, já que pode haver um direcionamento à acentuação da positividade nas respostas apresentadas pelas equipes estudadas.

Diante disso, os resultados do estudo avançaram em um diagnóstico das PIC no município e podem servir para análise de gestores para subsidiar caminhos na perspectiva do fortalecimento das PIC. Necessita-se de melhorias de infraestrutura e insumos nos cenários que ofertam as PIC, como as USF, estímulo de EPS, visando às PIC e ao processo de trabalho na APS, e o incentivo e apoio das gestões nos DS e nas USF.

Além disso, espera-se que os resultados deste estudo contribuam para a reflexão e o debate sobre as PIC na APS, incluindo, além dos profissionais de saúde, gestores e usuários dos serviços que as utilizam, de forma a contribuir para o surgimento de estratégias que visem ao fortalecimento e à consolidação das PIC no SUS.

Conclusões

Evidenciou-se que existe a oferta de diversas PIC na APS da capital nordestina e que, apesar de os profissionais serem considerados protagonistas dessa expansão, ainda existe uma parcela que não oferta. O profissional enfermeiro foi a principal categoria relacionada à oferta das PIC, de modo que se faz necessário

conhecer as contribuições que outras classes profissionais possuem sobre a oferta e a ampliação das PIC na APS.

Ainda que os dados tenham apresentado uma direção para o apoio gerencial, a falta de incentivos e apoio foi identificada pela falta de insumos para o pleno desenvolvimento das práticas, impossibilitando que possam ser desenvolvidas com qualidade. É importante a EPS com foco na produção de cuidado visando à PIC na APS, de forma a qualificar o processo de trabalho em saúde na perspectiva integral, para além da racionalidade biomédica.

Colaboradores

Ferreira BWRC (0000-0003-3448-0957)* e Forte FDS (0000-0003-4237-0184)* contribuíram para concepção do projeto de pesquisa, análise e discussão dos resultados, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Ferreira Júnior AR (0000-0001-8694-5221)* e Oliveira FP (0000-0002-5900-0174)* contribuíram para coleta e análise dos dados, discussão dos resultados e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Barros LCN, Oliveira ESF, Hallais JAS, et al. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos Gestores dos Serviços. *Esc Anna Nery*. 2020;24(2):e20190081. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0081>
2. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2006 maio 3; Edição 84; Seção I:20-25.
3. Barros NF, Francisco PMSB, Sousa LA. Desapoio dos gestores e desinstitucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(6):e00062320. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00062320>
4. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR, et al. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(1):e00208818. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00208818>
5. Oliveira IM, Pasche DF. Entre legitimação científica e legitimação cultural: transformações no campo das Práticas Integrativas e Complementares. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(9):3777-8377. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.04462022>
6. World Health Organization. *Who global report on traditional and complementary medicine 2019*. Geneva: WHO; 2019.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
8. Assis WC, Britto FR, Vieira LO, et al. Novas formas de cuidado através das práticas integrativas no sistema único de saúde. *Rev Bras Promoc Saúde*. 2018;31(2):1-6. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7575>
9. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- à Saúde brasileira. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):174-188. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S112>
10. Rocha IR, Senna MIB, Oliveira JS, et al. Práticas Integrativas em Complementares em Saúde: a construção (in)completa da política em um município de grande porte. *Saúde debate*. 2023;47(136):110-125. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313607>
 11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
 12. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR, et al. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(1):e00208818. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00208818>
 13. Aguiar J, Kanan LA, Masiero AV. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. *Saúde debate*. 2019;43(123):1205-1218. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912318>
 14. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção I:549.
 15. Ministério da Saúde (BR); 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2016 maio 24; Seção I:44.
 16. Facchini LA, Tomasi E, Thumé E. Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018. São Leopoldo: Oikos; 2021.
 17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Instrumento de avaliação externa da saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
 18. Dalmolin IS, Heidemann ITSB. Integrative and complementary practices in Primary Care: unveiling health promotion. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3277. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3162.3277>
 19. Mildemberg R, Paes MR, Santos BA, et al. Práticas Integrativas e Complementares na atuação dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. *Esc Anna Nery*. 2023;27:e20220074. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0074pt>
 20. Contatore OA, Malfitano APS, Barros NF. Por uma sociologia do cuidado: reflexões para além do campo da saúde. *Trab Educ Saúde*. 2019;17(1):e0017507. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00175>
 21. Muricy AL, Cortes HM, Antonacci MH, et al. Implementação do cuidado em saúde mental com a abordagem das PIC na Atenção Primária. *Rev APS*. 2022;25(1):70-89. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.35392>
 22. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):174-188. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S112>
 23. Tesser CD, Moré AOO, Santos MC, et al. Auriculotherapy in primary health care: A large-scale educational experience in Brazil. *J Integr Med*. 2019;17(4):302-309. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.joim.2019.03.007>
 24. Silva PHB, Barros LCN, Barros NF, et al. Formação profissional em Práticas Integrativas e Complementares: o sentido atribuído por trabalha-

- dores da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(2):399-408. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40732020>
25. 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 Comun Saúde Educ*. 2021;25:e200079. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200079>
 26. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):163-173. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S111>
 27. Ribeiro FSN, Afonso FM. PICS como suporte à Saúde do Trabalhador: uma proposta extensionista. *Revise*. 2021;5:80-94.
 28. Gurgel LGD, Jessé ARB, Silva DMA, et al. Integrative and complementary practices: interest of the academic community and challenges of medical education. *Rev Bras Educ Med*. 2021;45(4):e235. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.4-20210233.ING>
 29. Nascimento MC, Romano VF, Chazan ACS, et al. Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. *Trab Educ Saúde*. 2018;16(2):751-772. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00130>
 30. Barros NF, Siegel P, Otani MAP. O Ensino das Práticas Integrativas e Complementares: experiências e percepções. São Paulo: Hucitec; 2011.
 31. Medeiros NT, Catrib AMF, Barros NF, et al. Complementary and Integrative Medicine in academic health education. *Complement Ther Med*. 2021;63:102785. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102785>
 32. Silva PHB, Barros LCN, Zambelli JC, et al. (In) compreensões de gestores sobre as práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Promoc Saúde*. 2021;34:9. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2021.13434>
 33. Ribeiro LG, Marcondes D. A interface entre a atenção primária à saúde e práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde: formas de promover as práticas na APS. *Rev APS*. 2021;3(2):102-109. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i2.185>
 34. Silva PHB, Barros LCN, Zambelli JC, et al. Understandings and Misunderstandings about the Offer and Absence of Complementary Therapies by Managers in Primary Health Care. *NTQR*. 2021;8:245-253. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.245-253>
 35. Ignatti C, Nakamura E. Monitoring the implementation of a Municipal Policy on Complementary and Integrative Practices: the main challenges. *Physis (Rio J)*. 2021;31(1):e310107. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310107>
 36. Ruela LO, Moura CC, Gradim CVC, et al. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(11):4239-4250. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.06132018>

Recebido em 21/11/2023

Aprovado em 25/07/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Educação Interprofissional na Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde: análise fenomenológica

Interprofessional Education in Multiprofessional Residency in Primary Health Care: Phenomenological analysis

Aline Vieira Medeiros¹, Franklin Delano Soares Forte², Ramona Fernanda Ceriotti Toassi³

DOI: 10.1590/2358-289820241439167P

RESUMO Educação Interprofissional (EIP) é uma estratégia que contribui para o aprendizado compartilhado entre profissões, promove práticas colaborativas, influenciando positivamente ações e resultados em saúde. Esta pesquisa qualitativa fenomenológica propôs-se a compreender como a EIP é percebida no currículo de uma Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde (APS), na perspectiva de residentes. Todos os residentes do segundo ano participaram de entrevistas semiestruturadas (n = 10). O material textual produzido foi interpretado pela análise de conteúdo, utilizando o *software* Visual Qualitative Data Analysis. A formação na APS possibilitou o aprender-trabalhar compartilhado entre diferentes profissões, expresso pela interação, troca de saberes e reconhecimento dos papéis no trabalho. Entre as práticas compartilhadas, destacaram-se a discussão de casos, reuniões de equipe, consultas multiprofissionais, pré-natal, visitas domiciliares, reconhecimento do território e ações coletivas de promoção/educação em saúde. A comunicação foi evidenciada como elemento fundamental para o trabalho colaborativo em equipe e resolução de conflitos. Experiências de aprendizagem compartilhadas com equipes multiprofissionais que atuam no cuidado de pessoas-famílias-comunidade, com interação, confirmam a potência da APS para o desenvolvimento da EIP. Entretanto, é preciso avançar em currículos que expressem a intencionalidade pedagógica para a EIP e em pesquisas que tragam a percepção de preceptores-tutores-coordenação do Programa.

PALAVRAS-CHAVE Educação Interprofissional. Aprendizagem. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT *Interprofessional Education (IPE) is a strategy that contributes to shared learning among professions, promotes collaborative practices, positively influencing health actions and results. This phenomenological qualitative research aimed to understand how IPE is perceived in the curriculum of a Multiprofessional Residency in Primary Health Care (PHC), from the perspective of residents. All the second-year residents took part in semi-structured interviews (n = 10). The textual material produced was interpreted by content analysis, using Visual Qualitative Data Analysis software. PHC training enabled shared learning and working between different professions, expressed through interaction, exchange of knowledge and recognition of roles at work. Among the shared practices were case discussions, team meetings, multi-professional consultations, prenatal care, home visits, territory recognition and collective health promotion/education actions. Communication was highlighted as a fundamental element for collaborative teamwork and conflict resolution. Experiences of shared learning within multi-professional teams dedicated to caring for individuals, families, and communities, along with their interactions, confirm the power of PHC for the development of IPE. However, it is necessary to advance in curricula that express the pedagogical intention for IPE and in research that brings the perception of preceptors-tutors-coordination of the Program.*

KEYWORDS *Interprofessional Education. Learning. Primary Health Care. Unified Health System. Qualitative research.*

¹Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSPOA) - Porto Alegre (RS), Brasil.
aline.vieira@portoalegre.rs.gov.br

²Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB), Brasil.

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS), Brasil.



Introdução

Mudanças no perfil demográfico e epidemiológico na sociedade do século XXI tornaram as necessidades em saúde das pessoas cada vez mais complexas^{1,2}. O trabalho em equipe e a prática colaborativa interprofissional apresentam-se, nesse contexto, como dispositivos que contribuem para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde, fortalecendo sistemas de saúde pautados na integralidade e na centralidade do cuidado de usuário-famílias-comunidade^{1,3-5}.

As diferentes profissões que irão compor a rede de atenção à saúde requerem formação voltada para o trabalho em equipe, o que envolve a necessidade do desenvolvimento de competências colaborativas^{4,6-9}. Compreende-se por competências colaborativas aquelas que são desenvolvidas pelos trabalhadores para melhorar o trabalho, potencializando as competências comuns a todos e as específicas de cada núcleo de profissionais¹⁰.

Conhecida como estratégia educacional para preparar os profissionais para o efetivo trabalho colaborativo em equipe, a Educação Interprofissional (EIP) ocorre quando estudantes e profissionais aprendem entre si, sobre os outros e em conjunto, com interação e intenção de melhorar a colaboração interprofissional e a qualidade da atenção à saúde das pessoas^{3,11}. A EIP contribui para o aprendizado compartilhado e interativo, promove práticas colaborativas e incentiva o trabalho interprofissional, influenciando positivamente ações e resultados em saúde^{3,12-16}.

Na perspectiva da formação da força de trabalho no Brasil, as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) são propostas de educação/aprendizado em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) que oportunizam o aprender/fazer entre diferentes profissões, caracterizando experiências com potência para a EIP¹⁷⁻¹⁹. Estudos demonstram que as RMS promovem melhorias na produção do cuidado em

saúde, considerando o usuário na centralidade desse cuidado e o compartilhamento de práticas¹⁸⁻²⁰.

Entendendo que a EIP deve integrar a formação de profissionais da saúde desde a graduação e, progressivamente, nos processos de educação permanente e pós-graduação, o objetivo desta pesquisa foi compreender como a EIP é percebida no currículo de uma Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde (APS), na perspectiva de residentes.

Material e métodos

Trata-se de pesquisa qualitativa, com abordagem fenomenológica²¹, que investiga fenômenos humanos vivenciados dentro de contextos sociais onde ocorrem e a partir do ponto de vista das pessoas que os experienciam – fenômenos sociais. O fenômeno estudado neste estudo foi a EIP na formação da Residência Multiprofissional, centrado na percepção de profissionais residentes. Utilizou o Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq)²². Cumprido com os princípios éticos com base na Resolução CNS/MS nº 466/2012²³ e na Resolução nº 510/2016²⁴, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE nº 53291021.2.0000.5347 e Parecer nº 5.131.280) e da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE nº 53291021.2.3001.5338 e Parecer nº 5.185.733). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O estudo foi desenvolvido no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no Programa da Residência Multiprofissional em APS da Secretaria Municipal de Saúde. A Residência foi implementada em março de 2020, buscando promover a educação permanente de profissionais para atuarem na APS²⁵. Cada núcleo

que integra a Residência – Enfermagem, Odontologia e Farmácia – prevê que esses profissionais atuem em cada uma das quatro Unidades de Saúde (US) que são cenários de aprendizagem²⁶. Das 12 vagas oferecidas em 2021, foram ocupadas 11, e houve um pedido de desligamento.

Participaram do estudo todos os 10 residentes que estavam no segundo ano da formação (R2). Nenhum residente R2 foi excluído. A opção pelo grupo de R2 justifica-se pelo objetivo do estudo de analisar o currículo da Residência na percepção de residências que estavam em etapa final de formação.

O convite para a participação no estudo foi realizado por meio de mensagem encaminhada para o correio eletrônico (*e-mail*) dos residentes, tendo somente um remetente e um destinatário para garantir o sigilo das identidades dos participantes. Os contatos de *e-mail* foram solicitados à coordenação da RMS.

Entrevistas individuais semiestruturadas foram realizadas. O roteiro orientador das entrevistas foi constituído por questões sobre o perfil dos residentes (dados de contexto) e sobre as experiências de interação entre os diferentes núcleos profissionais na perspectiva da EIP durante a formação na Residência (*quadro 1*).

Quadro 1. Questões orientadoras do roteiro da entrevista

Questões orientadoras	Informações
Sobre o contexto dos residentes	Sexo, idade
Perfil demográfico	Curso de graduação
Formação na graduação e pós-graduação	Tempo de conclusão da graduação Instituição de formação da graduação Financiamento estudantil Cotas estudantis Outro curso de pós-graduação concluído
Sobre a experiência de formação na residência	Escolha do campo (US) e do estágio optativo Descrição das atividades desenvolvidas na residência (interação) Atuação multiprofissional-interprofissional (trabalho em equipe) Participação do usuário Descrição sobre organização das aulas Conhecimento sobre interprofissionalidade EIP no currículo da Residência

Fonte: elaboração própria.

As entrevistas foram realizadas no período de abril a setembro de 2022, por uma única pesquisadora mulher (mestranda, com experiência do trabalho da APS e em pesquisa qualitativa), de forma presencial, no ambiente dos serviços de saúde, em sala reservada, conforme disponibilidade dos participantes. Foram mantidos todos os cuidados de biossegurança e distanciamento social previstos para o período da pandemia de covid-19. As entrevistas foram audiogravadas e transcritas.

Em média, as entrevistas tiveram duração de 45 minutos (total de sete horas de gravação). O material textual transcrito das entrevistas foi devolvido aos participantes, oportunizando a releitura/complementação das ideias apresentadas.

As informações produzidas pelo material textual das entrevistas foram analisadas pela análise de conteúdo²⁷, na perspectiva da fenomenologia da percepção²¹, com foco na experiência vivida por seres humanos num tempo

e lugar específicos, incluindo o significado, a estrutura e a essência de determinado fenômeno social. Seguiu as etapas de pré-análise, a partir de leitura flutuante e de releituras para aproximação com o material empírico produzido. Na sequência, procedeu-se à exploração do material com a codificação, por meio da identificação de temáticas emergentes que se transformaram em categorias (unidades de significação)²⁷. A matriz inicial de análise foi produzida pela pesquisadora que conduziu as entrevistas e, posteriormente, foi discutida com a segunda pesquisadora para a definição da matriz final. O *software* Visual Qualitative Data Analysis (Atlas.ti) apoiou a organização do material de pesquisa e a unitarização por temas emergentes e categorias de análise.

Cada entrevista foi codificada por números

sequenciais (E1 a E10), para preservar a identificação dos(as) participantes de pesquisa.

Resultados

Participaram desta pesquisa 10 residentes do segundo ano (R2). Não houve recusa ou desistência de participação no estudo.

Nove residentes eram mulheres, de 24 a 37 anos, que haviam concluído a graduação entre 2012 e 2020. Oito residentes cursaram a graduação em universidade pública, com ingresso universal, dois acessaram por meio de cotas estudantis. Os que cursaram a graduação em instituição privada tiveram financiamento estudantil. Dois residentes relataram ter concluído outro curso de pós-graduação (*tabela 1*).

Tabela 1. Perfil dos residentes (R2) participantes da pesquisa

Variáveis	n
Sexo	
Feminino	9
Masculino	1
Idade (anos)	
24-26	4
30-32	5
35-37	1
Ano de conclusão da graduação	
2012-2013	2
2014-2015	2
2020	6
Instituição de Ensino Superior (IES) da graduação	
Pública	8
Privada	2
Financiamento na graduação	
Fundo de Financiamento Estudantil (Fies)	1
Programa Universidade para Todos (Prouni)	1
Formação de IES Pública	8
Ingresso na graduação	
Cotas estudantis	2
Acesso universal	8

Tabela 1. Perfil dos residentes (R2) participantes da pesquisa

Variáveis	n
Realização de curso de pós-graduação anterior	
Sim	2
Não	8
Experiência de interação com estudantes de outros cursos de graduação	
Sim	5
Não	5
Total	10

Fonte: elaboração própria.

A partir da pré-análise e da exploração do material textual produzido pela pesquisa, temas emergiram e duas categorias foram geradas (*quadro 2*).

Quadro 2. Categorias de análise

Temas emergentes	Categorias de análise	Definição
Formação em serviço com foco na interprofissionalidade	Potências e desafios da formação em serviço: a APS como espaço dinâmico de educação e trabalho interprofissional	Apresenta, pela percepção do residente, as potencialidades e os desafios da formação em serviço, para o trabalho interprofissional
Educação interprofissional no currículo	Identificação da EIP no currículo da Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde (Remaps) a partir do olhar do residente	Expressa os momentos da EIP no currículo da residência

Fonte: elaboração própria.

Potências e desafios da formação em serviço: a APS como espaço dinâmico+ de educação e trabalho interprofissional

A APS, cenário de prática do primeiro ano da RMS, marcou os relatos dos residentes ao expressarem suas percepções sobre os espaços de interação entre as diferentes profissões.

Apesar de reconhecerem, em diferentes momentos, o espaço das atividades específicas de suas profissões – “*fui muito engolida pelo núcleo da Enfermagem*” (E1), “*fiquei a metade da minha residência basicamente em atendimento clínico*” (E7) –, os residentes perceberam que sua formação em serviço possibilitou não

ficarem restritos ao seu núcleo profissional.

Ao identificarem atividades que possibilitaram a interação entre as profissões como espaços potentes para a EIP, os residentes revelaram a necessidade da construção de articulações interprofissionais na direção do reconhecimento dos papéis desempenhados e, nesse caminhar, do reconhecimento pelo/ no trabalho dos saberes e fazeres, tendo o usuário/território como centro do cuidado. Os residentes destacaram o conhecimento do “*território*” (E2), a participação em “*consultas*” multiprofissionais (E1), “*visitas domiciliares*” (E3, E4, E9), ações do Programa Saúde na Escola – PSE (E3, E4), “*pré-natal*” (E1, E9, E10), “*campanhas de vacinação*” (E1, E3, E5,

E10), “discussão de casos” (E7) e “grupos” (E7) com diferentes profissionais da equipe (enfermeiros, farmacêuticos, médicos, agentes comunitários de saúde).

As visitas domiciliares compartilhadas com diferentes profissões merecem destaque entre os resultados do estudo, possibilitando aprendizados que foram além do campo profissional e que marcaram a vida desses residentes.

Fui [na visita domiciliar] com a Assistente Social. Ela falou que era uma família bem vulnerável. Eu sei o que é vulnerável, mas eu não sabia que existia aquele tipo de vulnerabilidade. [...]. Eu estava levando escova de dente só para o paciente que estava acamado. E ela falou, ‘quem sabe tu não levas para todo mundo da casa, são seis pessoas’ [...]. Eram três crianças, uma pessoa acamada e dois adultos [...]. Daí, a menininha sorriu para mim com os dentinhos já todos pretos. Dei orientação para a pessoa acamada, expliquei e entreguei as escovas para todos [...]. A menorzinha deveria ter uns três anos [...] entreguei a escova e a pasta. Ela me falou ‘O que é isso, tia?’. Expliquei, e ela ficou muito feliz [...] e começou a comer a pasta de dente. ‘Meu Deus do céu! O que está acontecendo?’. Me deu tanta vontade de chorar e sair correndo daquele lugar. A mãe das crianças falou para mim, ‘que bom que você trouxe as escovas, a gente não tinha nenhuma!’. Ninguém tinha escova. Então, foi essa experiência, nem sei se só de aprendizado, mas de vida. (E10).

A possibilidade do aprender e trabalhar junto a equipes multiprofissionais na APS trouxe ao contexto da formação do residente a discussão de casos com troca de saberes, por meio da interação, da colaboração e do aprendizado junto às demais profissões.

[...] estávamos todos numa sala – médico, enfermeiro e farmacêutico – e aí tu acabas tendo essa visão das outras profissões. [...] meu aprendizado não teria sido tão enriquecedor se a gente não tivesse essa multiprofissionalidade. A gente tem uma troca muito boa entre o pessoal da medicina, enfermagem, odonto. A gente discute o caso. É

uma troca de experiência que não está em livro nenhum. (E4).

Essa diversidade de ações desenvolvidas na APS foi permeada pelas necessidades dos usuários desses territórios, com destaque para o contexto da pandemia de covid-19, como pode ser observado no relato, abaixo, de um residente.

A gente faz muito atendimento de covid, testagem rápida, acompanhou todo o início da vacinação. [...] também tive contato com as ISTs [Infecções Sexualmente Transmissíveis], que eu desconhecia, como laudar, fazer testagem rápida para HIV e outras ISTs, para além do quesito de biossegurança. Além da Odontologia, que é meu campo principal. (E2).

Com o aumento de pessoas sintomáticas para covid-19, a Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Instrução Normativa 019/2020²⁸, suspendeu, por um período, as reuniões de equipe, o que emergiu nos relatos dos residentes.

Não temos reunião. [...] houve a suspensão por causa do aumento de sintomáticos respiratórios nos pronto atendimentos e nas Unidades de Saúde. (E5).

Na percepção dos residentes, a reunião de equipe era o momento em que se conseguia “conversar” (E3, E5), “alinhar e encaminhar decisões, [...] discutir os problemas” (E9). A falta desse encontro afetou a comunicação entre os profissionais, desorganizando os fluxos de trabalho.

[...] a equipe trabalha bem, só que, por conta da falta de reunião, falta de conversa entre si, a gente conversa de pouquinho em pouquinho, não consegue definir coisas que todo mundo vai fazer, e que todo mundo esteja ciente, [...] se perde por conta disso, essa falta de comunhão da equipe, [...] se perdeu pela falta de reunião. Isso acaba tornando o fluxo desorganizado. (E3).

As reuniões de equipe foram retomadas entre o final de 2021 e início de 2022 e seguiram as recomendações do Guia de Organização para as Unidades de APS do município. Serviços da APS com duas ou mais equipes de saúde da família podem realizar momentos de reunião de equipe, mensalmente, com duração de duas horas, com fechamento do serviço. As demais reuniões podem ser realizadas por equipes de saúde, onde cada equipe se reúne por, no máximo, duas horas semanais, com a manutenção dos atendimentos e a recomendação de fracionar em dois momentos de uma hora em dias alternados da semana²⁹.

Nessa configuração, a reunião de equipe, na percepção dos residentes, ocorria de forma fragmentada, com parte da equipe de saúde, de modo que os comunicados, alinhamentos de fluxos e deliberação de decisões, eram transmitidos de forma rápida e objetiva, sem a interrupção dos atendimentos, fragilizando a potência dos encontros.

As reuniões eram mais comunicados, muito rápidas. Nem todos conseguiam estar presentes, porque não fecha a Unidade. Eram momentos intercalados com cada equipe. Enquanto uma tinha reunião, a outra atendia. Fica como um telefone sem fio, bem fragilizado. (E8).

Houve situações, entretanto, em que a reunião acontecia mensalmente, com a US fechada, ou reunião em grupos menores, onde era possível a discussão dos problemas, o alinhamento das equipes e o encaminhamento de decisões compartilhadas.

As reuniões eram uma vez ao mês, onde fechava a Unidade. Tinham as pautas, a gente ia alinhando e encaminhava as decisões. Normalmente [os problemas da equipe], eram discutidos em reunião, ou quando não tinha reunião de equipe, em microrreuniões com os pequenos grupos. (E9).

A necessidade de comunicação entre os trabalhadores foi destacada, neste estudo, como ponto crucial para o desenvolvimento

do trabalho em equipe. Na medida em que não houve a possibilidade do encontro para as discussões, os grupos de WhatsApp foram a alternativa para alinhar e organizar os processos de trabalho, o que foi reiterado pelos residentes como uma barreira de comunicação para as equipes.

Não tem reunião de equipe. As decisões são compartilhadas pelo grupo de WhatsApp. Acho que não é a forma ideal, porque não é um meio de comunicação oficial. Está ali e a pessoa não vai ler, tu não tem como pedir o feedback. Não é como uma reunião que tu olhas no olho. [...] tu manda no WhatsApp e fica muito no vento, tu não sabe se a pessoa leu. (E1).

Cabe, ainda, mencionar que a dinamicidade do processo de educação e de trabalho na Residência também foi marcada por mudanças no gerenciamento da APS do município, a qual passou a ser administrada por uma Organização da Sociedade Civil³⁰. Com isso, as equipes foram reorganizadas, tendo modificações de profissionais e residentes. Para os residentes, essa mudança os pegou de surpresa, afetando seu processo de aprendizado em serviço.

[...] a terceirização da APS [suspiros]. Foi uma coisa que nos pegou de surpresa [...]. A Terceirização tirou um pouco do meu chão, acredito que tenha desestabilizado outras pessoas também. (E6).

EIP no currículo da Residência a partir do olhar do residente: o aprender compartilhado 'sobre' e 'entre' as diferentes profissões e usuários

A EIP, para os residentes, acontece quando “profissionais de categorias diferentes trabalham juntos, se comunicando, se integrando, visando o melhor atendimento para o paciente” (E5). É o “ensinar e o aprender entre as

diferentes profissões e disciplinas, [...] uma forma de aprender com os outros as coisas que tu nunca viu e ensinar coisas que eles também nunca vão ver” (E3).

Reconheceram os momentos de EIP em sua formação na Residência quando, ao compartilharem os mesmos espaços de trabalho em saúde, houve o aprendizado ‘sobre’ e ‘entre’ as diferentes profissões, por meio da discussão de casos, dos atendimentos com outros profissionais na US e em visitas domiciliares.

Nas discussões de caso, se vê a visão de outro profissional. É bem enriquecedor, a gente aprende bastante. (E1).

Estava atendendo uma paciente que fazia uso de um medicamento para diabetes. Na minha experiência anterior, eu não saberia dizer o que é esse medicamento. Por conta da minha vivência com a farmacêutica, eu sei agora [...] São esses conhecimentos que eu fui adquirindo com base no escutar o farmacêutico e o enfermeiro falando. (E3).

Eu não sei de saúde bucal, mas na visita domiciliar eu posso ver o dentista avaliando uma candidíase e na próxima eu posso identificar o mesmo problema em outra pessoa e saber o que fazer. (E4).

A gente [residentes da Farmácia] também ensinava os alunos da Medicina a indicarem para seus pacientes o uso de dispositivos inalatórios. (E6).

O ‘fazer saúde coletivamente’, com foco nas necessidades das pessoas, trouxe a potência de poder perceber o papel de cada profissional no processo de cuidado e do ensinar-aprender juntos.

A gente fez coletivamente. Conseguiu debater o caso dele. Isso foi muito rico. Com aquele único paciente, se teve uma visão geral do que é importante em cada profissão, e, juntos, a gente conseguiu aprender também. (E8).

A capacidade de escuta e observação do outro profissional na APS, durante as

consultas/interconsultas ou em atendimentos domiciliares da equipe, também foi uma manifestação da EIP no currículo da Residência.

Eu não fui para o livro para aprender sobre isso, eu aprendi no escutar o outro profissional falando. [...] Sinto que já existe a educação interprofissional no currículo. (E3).

Alia-se a esse aprendizado compartilhado entre residentes e profissionais da APS a preocupação dos residentes com a inclusão das pessoas-usuários como participantes-protagonistas das decisões sobre seu processo de cuidado.

Centrar, deixar o usuário no centro das atitudes. Nas consultas, estou sempre revendo essa parte, para não deixar o controle sempre nos profissionais, para que o paciente esteja também entendendo o que está acontecendo e ele tomar a decisão que entenda ser certa. (E8).

O usuário opina sobre seu tratamento, principalmente nas reuniões do Conselho de Saúde, [...] na unidade, o usuário faz o que é bom para ele, o que ele acha que é certo naquele momento. Tu podes oferecer o melhor tratamento, mas vai depender do usuário a adesão. (E9).

O aprender em meio aos desafios e às potencialidades do cotidiano da APS também foi percebido pelos residentes como “positivo” (E9), ensinando a equipe a “conversar” (E8) e estimulando o desenvolvimento da competência colaborativa de resolução de conflitos.

Quando tem conflito, a gente ouve, vê se é conflito pessoal ou da equipe. [...] No conflito, tem que se ouvir, tentar entender o que é esse conflito. (E6).

As atividades teóricas do eixo transversal do currículo da Residência, em que as aulas aconteciam com residentes e professores dos diferentes núcleos profissionais, foram percebidas como positivas pelos residentes.

Achei bem interessante ter aula com outros profissionais. É um outro mundo. Faz diferença ter aula com outros profissionais, pois soma, acrescenta na nossa formação, para a gente não ficar só na nossa formação. [...] Tivemos aulas com enfermeiros, dentistas, médicos, terapeuta ocupacional e farmacêutico. (E5).

Fazíamos seminários, trabalhos, tentando 'misturar' com os diversos profissionais. Tivemos aula com odonto, farmacêutico e médico. (E8).

As bases teórico-conceituais da EIP, entretanto, como intencionalidade pedagógica da formação – expressa por meio de atividades de ensino que articulassem textos dos autores de referência da EIP com as atividades práticas vivenciadas na APS, debatendo/problematizando conceitos e práticas de trabalho em equipe –, não foram identificadas pelos residentes nas atividades teóricas.

Discussão

O presente estudo propôs-se a compreender se a EIP se articula à formação do profissional da saúde na Residência Multiprofissional em APS, a partir da percepção de residentes.

A perspectiva teórico-metodológica da fenomenologia da percepção utilizada permitiu entender o fenômeno investigado da EIP no processo formativo na Residência Multiprofissional no contexto de vida dos residentes, por meio da reflexão dos acontecimentos, experiências, essências, subjetividades e interação desses residentes com o mundo²¹.

A experiência com significado, sentido e propósito remete ao pensamento crítico da educação transformadora, por meio de uma perspectiva política. Pensar as práticas educativas a partir do sentido da experiência leva à criação de realidades que potencializam a subjetivação e, portanto, tocam o sujeito. Em contrapartida, quando há um excesso de informação sem sentido, não há produção de conhecimento nem aprendizagem³¹. Educação

e práticas de ensino em serviço precisam dialogar com a experiência dos residentes educandos.

A EIP, tema central deste estudo, tem sua base conceitual estabelecida pela interação de forma intencional de dois ou mais profissionais de diferentes núcleos, no aprendizado compartilhado com o outro^{3,11}. Nessa proposta educacional, não basta ter os diferentes profissionais ou estudantes no mesmo espaço, é preciso ter a intenção/ação de interagir para melhorar a qualidade do cuidado à saúde das pessoas-famílias-comunidade^{3,4,7,11}.

Os resultados deste estudo mostraram que a APS foi um espaço potente do SUS para o encontro, aprendizado e trabalho dos residentes com as diferentes profissões que integram as equipes. Nessa direção, possibilitou a realização de uma diversidade de ações de saúde a partir das necessidades dos usuários – conhecimento do território, participação em consultas, visitas domiciliares, ações do PSE, cuidados a gestantes, campanhas de vacinação, com enfermeiros, farmacêuticos, médicos, agentes comunitários de saúde. Os desafios para a formação em serviço também foram apontados, devido à rotatividade dos profissionais nos cenários de prática, interferindo diretamente no processo de trabalho da equipe.

A busca permanente da integralidade do cuidado, as mudanças epidemiológicas vivenciadas e a complexidade das necessidades em saúde colocam a EIP como alternativa que qualifica a formação dos profissionais da saúde^{1,3,7,8,19} na proposta das RMS. Pesquisas e experiências sobre EIP no contexto brasileiro – como cursos com currículos de base interprofissional, PET-Saúde e disciplinas/componentes curriculares integradores na graduação, tendo como cenários de aprendizagem a rede do SUS – reforçam o caráter interprofissional do SUS^{14,32-34}. Integrar a EIP aos princípios do SUS contribui tanto para a educação quanto para a qualificação da atenção à saúde³⁴⁻³⁶, na direção da integralidade e da equidade.

Nos relatos dos residentes participantes desta pesquisa, os encontros junto às equipes

multiprofissionais e aos usuários do SUS – marcados pela escuta, troca de saberes, discussões interativas e pela disponibilidade para o aprender e trabalhar com o outro – apontam para os princípios da interprofissionalidade no currículo da Residência. Assim, para a organização do trabalho a partir dos determinantes sociais e da subjetividade de cada sujeito, família e territórios, valorização da escuta e fortalecimentos de vínculos profissionais-residentes-comunidade.

O envolvimento de diferentes profissionais na resolução compartilhada dos problemas de saúde com foco nas necessidades das pessoas, por meio do trabalho colaborativo, do desenvolvimento de competências colaborativas, é essencial para o aprender-fazer interprofissional.

A comunicação interprofissional, pautada na elaboração conjunta de linguagens, objetivos e propostas comuns – o agir comunicativo³⁷, o reconhecimento/valorização e (re)conhecimento de papéis profissionais, a resolução de conflitos interprofissionais e o cuidado centrado no paciente/usuário-famílias-comunidade –, é uma competência colaborativa⁹ percebida pelos residentes, indo além da cooperação entre os profissionais.

A cooperação refere-se à divisão do trabalho, por meio do encontro e da soma das atividades individuais com resultados coletivos³⁸. Já a colaboração interprofissional identificada pelos residentes é a que proporciona o avanço na direção do cuidado integral, e é entendida como um processo no qual trabalhadores de diferentes profissões coordenam ações coletivas voltadas às condições de saúde das pessoas³⁹.

Este estudo contribui para reforçar a importância da EIP em programas de Residência Multiprofissional em APS, como uma oportunidade de integração ensino-serviço-comunidade que possibilita o aprendizado de competências colaborativas essenciais ao trabalho em equipe. Também promove práticas de cuidado construídas de forma articulada, colaborativa e com sentido para e com os residentes e usuários, favorecendo melhores resultados em saúde. O efetivo aprendizado

interprofissional precisa incluir a participação e o envolvimento de todos os integrantes dos serviços de saúde – entre eles, os usuários dos territórios –, para compartilhar a responsabilidade/protagonismo do cuidado e adaptar o plano terapêutico à sua realidade, considerando suas subjetividades^{13,19,40}, o que foi observado neste estudo.

A mudança no gerenciamento da APS do município estudado³⁰ também foi evidenciada nos achados desta pesquisa. Foi uma mudança que trouxe rotatividade de profissionais nas equipes e a prioridade por procedimentos assistenciais vinculados a metas contratuais quantitativas⁴¹, o que, na percepção dos residentes, afetou o processo de trabalho das equipes. Alia-se a esse contexto a valorização do cuidado individual e da demanda espontânea, além da fragilidade do enfoque territorial de base comunitária e multiprofissional que se estabeleceu a partir da Política Nacional de Atenção Básica de 2017⁴², reconfigurando o modelo assistencial da APS⁴³. São movimentos no espaço do trabalho que podem gerar barreiras para a EIP e para a prática colaborativa interprofissional, e precisam ser acompanhados⁴¹.

A EIP, apesar de emergir nos relatos dos residentes nas atividades desenvolvidas na APS, precisa estar inserida com intencionalidade pedagógica no currículo dessa Residência, enquanto estratégia educacional, tendo a definição dos objetivos de ensino-aprendizagem, fundamentos teóricos, conteúdos, estratégias de ensino-aprendizagem-avaliação^{6,13}. Esta pesquisa mostra a fragilidade do currículo da Residência estudada na garantia dessa intencionalidade. O currículo deve contemplar momentos de compartilhamento de saberes entre os diferentes núcleos profissionais, em que conceitos – como o do trabalho em equipe – sejam discutidos na perspectiva da prática colaborativa interprofissional.

Entende-se a EIP como transversal e crescente entre os diferentes momentos da formação¹³, estimulando o desenvolvimento de identidades interprofissionais⁸. Os currículos

da graduação, ainda voltados essencialmente para formação uniprofissional, e, nas RMS, estruturados por categorias profissionais, são barreiras para a inte(g)ração entre as diferentes profissões que trabalharão(am) juntas. A residência é uma etapa do processo de formação profissional que possibilita aprender, ensinar e desenvolver competências para o trabalho colaborativo em equipe, fortalecendo o cuidado integral e a qualidade da atenção à saúde às pessoas-famílias-comunidade^{19,44}. Conhecer o arcabouço teórico da EIP é essencial para que mudanças possam ser implementadas⁴⁵.

Quando o profissional residente não tem a experiência de EIP na sua formação na graduação/residência, isso pode impactar o seu futuro profissional por fortalecer as práticas uniprofissionais que fragmentam o cuidado. Para que a EIP seja reconhecida como uma estratégia educacional que favorece o trabalho colaborativo em equipe e o cuidado resolutivo em saúde, ela deve ser experienciada desde o início da formação e se desenvolver ao longo da carreira dos profissionais de saúde, como eixo articulado e transversal nos espaços de educação permanente^{6,20,36,46}.

Nessa direção, processos de ensino-aprendizagem alicerçados na interprofissionalidade são desafiadores por questionar o trabalho fragmentado em saúde-doença centrado e uniprofissional. Torna-se uma exigência deste tempo pensar a EIP como estratégia de educação permanente afetiva⁴⁶, envolvendo residentes, trabalhadores do SUS e docentes que se proponham à produção do cuidado de base comunitária, implicada aos contextos de vida nos territórios, a partir de relações de trabalho horizontalizadas e colaborativas.

Esforços feitos em torno de mudanças de propostas curriculares dessa magnitude necessitam de apoio institucional. Serviços de saúde, instituições educacionais, trabalhadores da saúde, docentes e residentes precisam apoiar a partir do comprometimento nas mudanças no ensino e na oferta de serviços, de forma a melhor articular teoria e prática⁴⁷. Para tanto, é essencial a gestão do processo de trabalho em

saúde, condições de trabalho das equipes que permitam a interação e a adoção de estratégias participativas, dialógicas e horizontalizadas na condução do processo ensino-aprendizagem-avaliação dos residentes. Pensando na sustentabilidade dessas propostas, é fundamental garantir recursos financeiros para dar o suporte adequado para tais ações⁴⁸.

Este estudo evidenciou a potência das residências multiprofissionais na APS para o estímulo à colaboração como eixo orientador de uma prática de cuidado integral de forma a articular saberes-fazer-práticas nos serviços, tendo a centralidade nos usuários e suas famílias, a partir da perspectiva territorial e comunitária. Compreende-se a necessidade de esforços políticos, organizacionais e de equipe de trabalho para permitir que a colaboração se efetive^{6,7}.

As limitações do presente estudo estão relacionadas à necessidade de ampliação dos participantes da pesquisa, incluindo a percepção de outros atores da Residência, como usuários, preceptores, tutores e gestores. Além disso, novas pesquisas devem complementar os resultados encontrados, buscando investigar a autonomia do usuário no seu processo de cuidado, o vínculo usuários-equipe e entre os profissionais da equipe, além de acompanhar práticas de educação e de trabalho interprofissional nesse contexto de metas contratuais na APS. Reforça-se a importância de um modelo da APS que permita a longitudinalidade e a integralidade do cuidado, uma formação em serviço que proporcione o aprendizado interprofissional, que promova a EIP como estratégia transformadora e potente para o trabalho em equipe no SUS.

Considerações finais

Por meio da análise qualitativa fenomenológica, esta pesquisa reforçou a potência da APS como cenário para interação, troca de saberes, aprendizagem compartilhada 'sobre'

e ‘entre’ as diferentes profissões, além de possibilitar o desenvolvimento de competências colaborativas, essenciais quando se pretende a educação e o trabalho interprofissional. Entre as competências colaborativas, os residentes identificaram a comunicação interprofissional, a dinâmica de funcionamento da equipe, o reconhecimento de papéis profissionais, a resolução de conflitos e o cuidado centrado nas pessoas-famílias-comunidade.

Atividades realizadas em conjunto por residentes e equipe de saúde – discussão de casos, consultas, visitas domiciliares, reconhecimento do território, grupos, pré-natal, ações do Programa de Saúde na Escola (PSE), vacinação, testagem para covid-19, atendimento de sintomas respiratórios – foram experiências potentes de aprendizagem para o trabalhar em equipe e para a vida dos residentes.

As reuniões de equipe foram identificadas pelos residentes como espaços estratégicos de diálogo, organização dos processos de trabalho e tomada de decisões compartilhadas da equipe. Entretanto, quando não ocorreram (período pandêmico) ou ocorreram de forma rápida, fragilizaram a interação e a comunicação da equipe. A comunicação foi evidenciada

como elemento fundamental para o trabalho colaborativo entre as diferentes profissões da APS. O protagonismo das pessoas-usuários na tomada de decisões sobre seu cuidado emergiu como parte integrante desse processo compartilhado de aprendizado-cuidado.

Apesar de a EIP estar articulada ao processo de formação do residente, sendo percebida nas atividades realizadas na APS, nas atividades teóricas do curso, ela não foi relatada. Recomenda-se a inclusão-reflexão das bases teórico-conceituais da EIP no currículo, bem como pesquisas sobre a percepção de preceptores, tutores e coordenação da Residência Multiprofissional e sua compreensão sobre a EIP.

Colaboradores

Medeiros AV (0000-0001-9563-277X)* e Toassi RFC (0000-0003-4653-5732)* contribuíram igualmente para elaboração aprovação da versão final do manuscrito. Forte FDS (0000-0003-4237-0184)* contribuiu para revisão crítica, redação e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):5-40. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)61854-5)
2. World Health Organization. Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013. Geneva: WHO; 2013.
3. Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010.
4. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAMS, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde*. 2020;18:e0024678. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Freire Filho JR, Silva CBG, Costa MV, et al. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2019;43(esp1):86-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S107>
6. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(56):185-197. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>
7. Costa MV. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: Toassi RFC, organizadora. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede Unida; 2017. p. 14-27.
8. Frenk J, Chen LC, Chandran L, et al. Challenges and opportunities for educating health professionals after the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2022;400:1539-1556. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)02092-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)02092-x)
9. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A national interprofessional competence framework [Internet]. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010 [acesso em 2023 fev 8]. Disponível em: <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf>
10. Barr H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprof Care*. 1998;12(2):181-187. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/13561829809014104>
11. Reeves S, Fletcher S, Barr H, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Med Teach*. 2016;38(7):656-668. DOI: <https://doi.org/10.3109/0142159x.2016.1173663>
12. Reeves S, Perrier L, Goldman J, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;3:CD002213. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd002213.pub3>
13. Barr H, Low H. *Introdução à educação interprofissional*. [local desconhecido]: CAIPE; 2013.
14. Ely LI, Toassi RFC. Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação. *Interface (Botucatu)*. 2018;22:1563-1575. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0658>
15. Toassi RFC, Olsson TO, Lewgoy AMB, et al. Ensino da graduação em cenários da atenção primária: espaço para aprendizagem interprofissional. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(2):e0026798. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00267>
16. Samarasekera DD, Nyoni CN, Amaral E, et al. Challenge and opportunities to interprofessional education and practice. *The Lancet*. 2022;400(10362):1495-1497. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)02086-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)02086-4)
17. Silva C, Dalbello-Araujo D. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. *Saúde debate*. 2019;43(123):1240-1258. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912320>
18. Barreto LDSO, Campos VD, Dal Poz MR. Interprofessional education in healthcare and health workforce (HRH) planning in Brazil: experiences and good practices. *J Interprof Care*. 2019;33(4):369-381. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1646230>
19. Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. Interprofessional Education and shared practice in multiprofessional health residency programs. *Interface (Botucatu)*. 2018;22:1325-1337. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0186>
20. Fernandes SF, Freitas RJM, Silva MRF, et al. Elementos da educação interprofissional no currículo das residências multiprofissionais em saúde: estudo documental. *Texto Contexto Enferm*. 2023;32:e20230105. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0105en>
21. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da percepção*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2006.

22. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-357. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
23. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:549.
24. Ministério da Saúde (BR); 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. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2016 maio 24; Seção I:44.
25. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (RS). Relatório Anual de Gestão 2020 [Internet]. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde; 2021 [acesso em 2023 dez 3]. Disponível em: https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_anual_gestao2020.pdf
26. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (RS). Manual da Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde [Internet]. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde; [2021] [acesso em 2023 dez 3]. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/153uhZAAX0rNZ_ePIIso4HC0tErIipDB/view
27. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
28. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (RS). Instrução Normativa 019/2020. Institui medidas complementares de prevenção ao contágio pelo COVID-19 (novo Coronavírus) e manutenção dos serviços e atividades prestados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). *Diário Oficial Eletrônico de Porto Alegre* [Internet], Porto Alegre, RS. 2020 maio 7 [acesso em 2023 dez 3]; Edição 6245:10-11. Disponível em: https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/3366_ce_20200507_executivo.pdf
29. Porto Alegre (RS). Portaria GS SMS 1467/2020. Aprova e institui o Guia de Organização para as Unidades de Saúde da Atenção Primária do Município de Porto Alegre (GO-APS). *Diário Oficial Eletrônico de Porto Alegre* [Internet], Porto Alegre, RS. 2020 set 25 [acesso em 2023 dez 3]; Edição 6348:2. Disponível em: https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/3626_ce_20200925_executivo.pdf
30. Porto Alegre (RS). Edital de chamamento público 002/2022. Edital de chamamento público Atenção Primária. *Diário Oficial Eletrônico de Porto Alegre, Porto Alegre, RS*. 2022 jun 1 [acesso em 2023 dez 3]; Edição 6771:45. Disponível em: https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/4396_ce_20220601_executivo.pdf
31. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev Bras Educ*. 2002;(19):20-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>
32. Rossit R, Batista SH, Batista NA. Formação para a integralidade no cuidado: potencialidades de um projeto interprofissional. *Rev Int Hum Médicas*. 2014;3(1):55-64. DOI: <https://doi.org/10.18848/2254-5859/CGP/v03i01/55-64>
33. Costa MV, Patrício KP, Câmara AMCS, et al. Pro-Health and PET-Health as interprofessional education spaces. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(supl1):709-720. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0994>
34. Neves M, Toassi RFC. Integrated health practices: Scenarios for interprofessional experiences in the Brazilian health system. *J Dent Educ*. 2022;86(supl1):855-857. DOI: <https://doi.org/10.1002/jdd.12857>
35. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(56):199-201. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>
36. Prevedello AS, Góes FSN, Cyrino EG. Educação interprofissional na formação em saúde no Brasil: scoping

- review. *Rev Bras Educ Méd.* 2022;46(3):e110. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.3-20210006>
37. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública.* 2001;35(1):103-109. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>
38. Soares CB, Souza HS, Campos CMS. Processo de trabalho e enfermagem: uma contribuição a partir da saúde coletiva. In: Souza HS, Mendes A, organizadores. *Trabalho & saúde no capitalismo contemporâneo: enfermagem em foco.* Rio de Janeiro: DOC Saberes; 2016. p. 43-61.
39. Uchôa-Figueiredo LR, Silva CG, Faria NMS, et al. Prática interprofissional colaborativa: reflexão do constructo à prática. In: Batista NA, Uchôa-Figueiredo LR, organizadores. *Educação Interprofissional no Brasil: formação e pesquisa.* Porto Alegre: Rede Unida; 2022. p. 36-62.
40. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(nesp2):16-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003>
41. Paula GB. Educação interprofissional em cenários de aprendizagem do Sistema Único de Saúde: repercussões para o trabalho em equipe [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2023. 80 p.
42. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à 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, Brasília, DF.* 2017 set 22; Edição 183; Seção I:68.
43. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc saúde coletiva.* 2020;25(4):1475-1482. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>
44. Torres RBS, Barreto ICHC, Freitas RWJF, et al. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. *Interface (Botucatu).* 2019;23:e170691. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.170691>
45. Anderson ES, Hean S, O'Halloran C, et al. Faculty development for interprofessional education and practice. In: Steinert Y, editor. *Faculty development in the health professions: a focus on research and practice.* New York: Springer; 2014. p. 287-310.
46. Figueiredo EBL, Souza AC, Abrahão A, et al. Continuing Health Education: an interprofessional and affective policy. *Saúde debate.* 2022;46(135):1164-1173. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022135151>
47. Hammond KM, Morgan CJ. Development of interprofessional healthcare teamwork skills: mapping students' process of learning. *J Interprof Care.* 2021;36(4):589-598. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1936470>
48. Shrader S, Ohtake PJ, Bennie S, et al. Organizational structure and resources of IPE programs in the United States: a national survey. *J Interprof Educ Pract.* 2022;26:100484. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2021.100484>

Recebido em 06/12/2023

Aprovado em 25/07/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ingrid D'avilla Freire Pereira

A atuação da Rede de Mulheres Produtoras do Pajeú na construção de territórios agroecológicos na convivência com o Semiárido

The role of the Network of Women Producers of Pajeú in the construction of agroecological territories in coexistence with the Semi-arid region

Andresa Lira Silva¹, Wanessa da Silva Gomes², Mariana Olivia Santana dos Santos³, André Monteiro Costa¹

DOI: 10.1590/2358-289820241439211P

RESUMO O sertão do Pajeú, região do Semiárido pernambucano, tem seu território marcado por períodos de estiagens e secas e políticas públicas centradas em ações de combate ao fenômeno climático. Contrária a este processo, uma rede, formada por agricultoras agroecológicas da região, aponta para a construção de um território saudável tendo a convivência com o Semiárido como base orientadora. Objetivou-se descrever os projetos em atuação da Rede de Mulheres Produtoras do Pajeú que visam à convivência com o Semiárido e suas reverberações no fortalecimento dos territórios. Estudo observacional, analítico e de abordagem qualitativa. Foram realizadas três rodas de conversação com mulheres integrantes da Rede de Mulheres Produtoras do Pajeú e observação direta de suas atividades no período de dezembro de 2022 a março de 2023. Os dados sistematizados – conversação e diário de campo – foram analisados segundo Bardin. Foram elencadas diversas ações que confluem para o desenvolvimento saudável de um território que é historicamente rico em experiências agroecológicas. A construção da agroecologia mediante mobilização feminista é preditora da formação de territórios saudáveis e sustentáveis na região, para convivência com a natureza.

PALAVRAS-CHAVE Agroecologia. Mulheres trabalhadoras. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

ABSTRACT *The Pajeú backlands, a region in the Semi-arid zone of Pernambuco, is characterized by periods of drought and public policies focused on combating this climatic phenomenon. In contrast to this process, a network, formed by agroecological female farmers in the region, advocates for the construction of a healthy territory, having as a guiding principle the coexistence with the Semi-arid environment. The aim was to describe the ongoing projects of the Pajeú Women's Producers Network aimed at coexisting with the Semi-arid environment and their impacts on strengthening the territories. This is an observational, analytical study with a qualitative approach. Three conversation circles were held with women members of the Pajeú Women's Producers Network, along with direct observation of their activities from December 2022 to March 2023. The systematized data – conversation and field diary – were analyzed according to Bardin. Various actions were identified that contribute to the development of a territory historically rich in agroecological experiences, towards its healthy development. The construction of agroecology through feminist mobilization is a predictor of the formation of healthy and sustainable territories in the region, for coexisting with nature.*

KEYWORDS Agroecology. Women, working. Sustainable Development Goals.

¹Fundação Oswaldo Cruz em Pernambuco (Fiocruz Pernambuco), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil. andresalira5@gmail.com

²Universidade de Pernambuco (UPE) – Garanhuns (PE), Brasil.

³Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Saúde Coletiva – Natal (RN), Brasil.



Introdução

O Semiárido nordestino é um território complexo, com atravessamentos que partem desde a condição climática, até a grande extensão geográfica, onde a maioria das cidades possui um vasto território campesino, porém com regiões de baixa densidade populacional. Essa grande região biogeográfica que abriga a caatinga, bioma existente exclusivamente no Brasil, é caracterizada por um período anual de estiagem, intercalado por um período curto de chuvas irregulares¹.

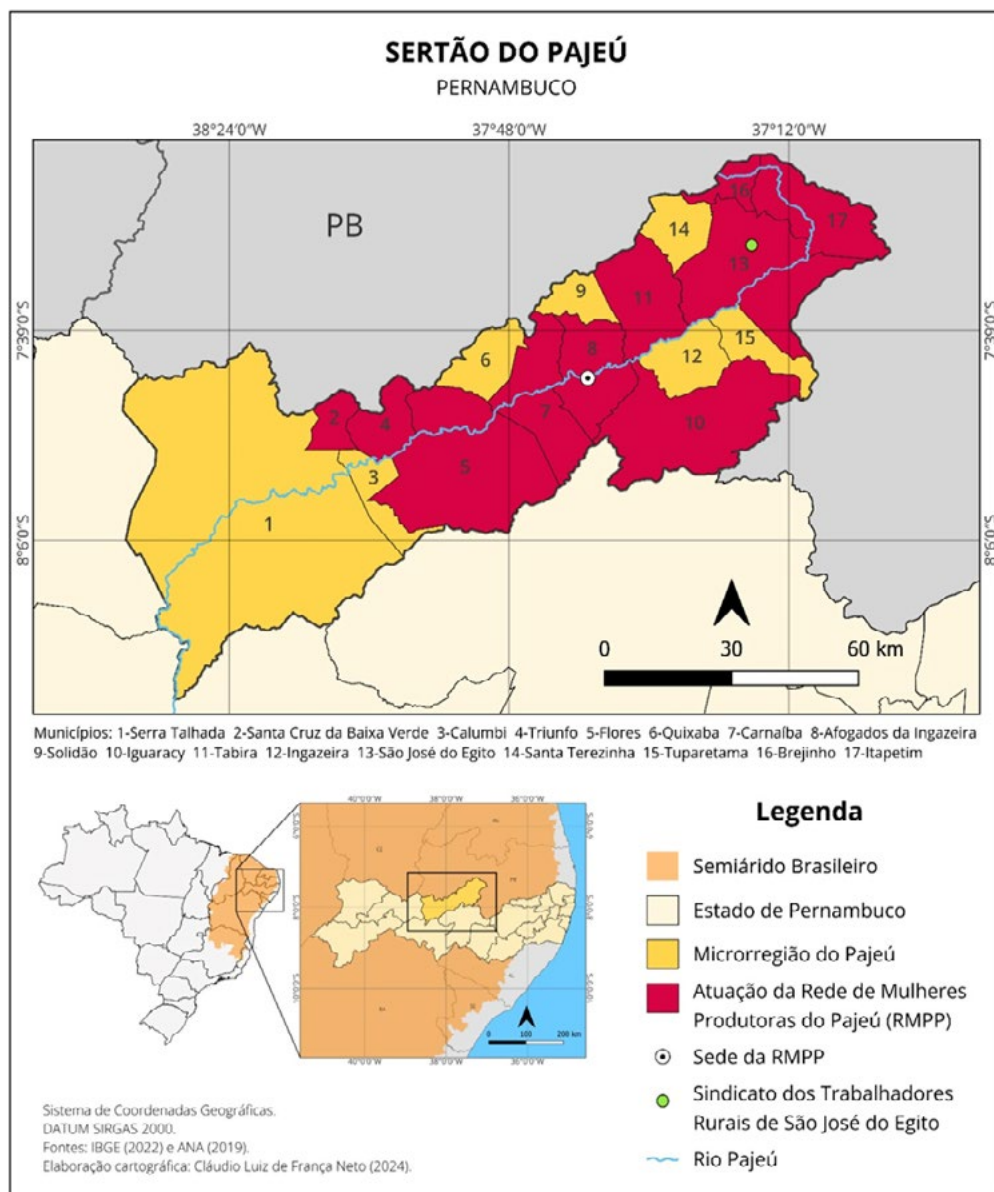
Períodos de estiagens e secas são naturais no Semiárido, entretanto existem condicionalidades que acentuam sua gravidade aos habitantes da região, nesse aspecto o Atlas Brasileiro de Desastres Naturais², lançado pela Defesa Civil Nacional, possibilita a visualização de dados sobre desastres de forma estruturada, sendo

possível observar os detalhes das ocorrências e danos associados a cada região.

Neste Atlas², são apresentados os eventos de Estiagem e Seca, entre os anos de 1991 e 2021. Apontados como evento de significância, representam 18% do total de eventos registrados no Brasil. Destaca-se que em Pernambuco o impacto foi mais relevante, correspondendo a 29% do total de eventos registrados nas últimas três décadas².

No Sertão do Pajeú, território constituído por 20 municípios, totalmente inscrito na região semiárida, relatos apresentados por Carvalho³ apontam para um agravamento da aridização, processo caracterizado por maior escassez de chuvas e aumento das temperaturas, pelo manejo inadequado da terra e da água na produção de alimentos e criação de animais, com desmatamento da flora natural da caatinga para plantação de palma e capim ou criação de bovinos.

Figura 1. Mapa das cidades com grupos de mulheres ligadas à Rede de Mulheres Produtoras do Pajeú



Fonte: elaboração própria.

A convivência com o Semiárido requer uma série de medidas de adaptação, necessárias para permitir uma vida digna, principalmente para as famílias agricultoras que vivem ainda com restrições de acesso à terra⁴. Caracterizado também por municípios com perfil econômico de produção agrícola, tem na produção convencional, entendida como modo de produção associada à indústria produtora

de sementes transgênicas e agrotóxicos, que prioriza a monocultura⁵, um desafio.

Estas práticas transformam o solo, deixando-o pobre em nutrientes para o plantio, diminuem a água das nascentes, poços, caximbas e rios e ainda contribuem para causar a desertificação da região¹. A desertificação pode ser compreendida como um processo de degradação das terras áridas, semiáridas

e subúmidas secas, resultante de variações climáticas e atividades humanas, ou seja, da perda de nutrientes que parte do manejo inadequado do solo, sobretudo o desmatamento, agravamento da aridização e a contaminação da terra por agrotóxicos.

Aspectos mais danosos recaem, principalmente, sobre a redução da fertilidade e capacidade de produção das terras. Cequeira⁶ aponta que existe uma tendência climática à desertificação, com susceptibilidade de aproximadamente 80% no estado de Pernambuco, com destaque para as mesorregiões do sertão de Pernambuco e Sertão do São Francisco. Indicando que as regiões possuem elevadas disposições em tornarem-se áreas com grande processo de desertificação.

As secas e estiagens impactam diretamente a saúde das populações. De acordo com o Atlas de Desastres no Brasil², em 2009, duas mortes em Pernambuco foram atribuídas à estiagem. Entre 2012 e 2017, a região do Semiárido nordestino enfrentou a pior seca, que durou seis anos consecutivos⁷. Nesse período, 4.417.829 pessoas foram afetadas, dessas, 359 pessoas ficaram desalojadas ou desabrigadas.

Milhorance⁸ observa que a seca no Semiárido nordestino causou diversos impactos socioambientais e econômicos, como a queda na produção agrícola, perdas significativas na pecuária e a redução dos níveis de água nos reservatórios utilizados para abastecimento humano, animal e geração de energia.

Em relação à saúde, os efeitos agudos e crônicos da seca incluem um aumento na morbidade e mortalidade³. As condições de saúde mais comuns durante a seca são várias formas de má nutrição (desnutrição, deficiências nutricionais, sobrepeso e obesidade), doenças transmissíveis (diarreia), doenças respiratórias (asma e rinite), doenças transmitidas por vetores (dengue), além de impactos psicossociais e na saúde mental (depressão, suicídios), deslocamentos populacionais e interrupções nos serviços de saúde⁹.

Os impactos mais significativos da estiagem estão ligados à escassez de alimentos e água,

comprometendo atividades agrícolas e pecuárias, afetando desde pequenos até grandes produtores. Isso altera a produção, acesso, demanda e consumo de alimentos, prejudicando sua qualidade e quantidade devido à falta de água e saneamento. Além disso, os prejuízos financeiros decorrentes da perda parcial ou total das fontes de renda e trabalho afetam o poder de compra dos agricultores.

Esses fatores influenciam diretamente a saúde das pessoas e a segurança alimentar e nutricional, especialmente entre as populações mais vulneráveis e socialmente desiguais. Gonçalves¹ sugere que é fundamental adotar uma abordagem de convivência com o Semiárido, na qual o cuidado com a vida se adapta ao ambiente, promovendo uma gestão da água e um modelo de produção sustentável⁸.

Este cenário confirma o que Sena et al.¹⁰ afirmam: a seca impacta as populações de diferentes maneiras, dependendo das condições de exposição e vulnerabilidades dos habitantes e dos territórios. As desigualdades sociais intensificam os impactos sobre os afetados e a natureza, acelerando processos degradativos.

As questões sobre a relação entre água, seca e saúde são partes cruciais da Agenda 2030, da qual o Brasil é signatário, e estão incluídas nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Vale lembrar que a formulação dos ODS foi uma proposta da Colômbia e Guatemala¹¹ na Conferência Rio+20, em 2012, e, posteriormente, na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2014, onde um relatório com 17 objetivos e 169 metas¹² foi apresentado. O Brasil se comprometeu internacionalmente a alcançar todas essas metas.

Dentre os 17 ODS, tem-se o objetivo 2, que trata sobre a redução da fome e desenvolvimento de agricultura sustentável; o 5, que aborda igualdade de gênero; o 13, convocando a construção de medidas que combatam a mudança climática; e o 15, que busca ações para proteção, recuperação e promoção do uso sustentável dos ecossistemas terrestres¹⁶.

Nesse sentido, a promoção da saúde e a sustentabilidade, como práticas no Semiárido,

envolvem inúmeros atores sociais, econômicos e agentes governamentais que podem atuar na mediação de diversos interesses que contribuem para o desenvolvimento sustentável do território¹³.

Diante do movimento de camponesas, presente no território, bem articulado e com diversas ações voltadas ao desenvolvimento da agroecologia, questionou-se quais projetos desenvolvidos por elas poderiam auxiliar nas ações de combate à seca. Dessa forma, o presente artigo tem por objetivo descrever os projetos em atuação da Rede de Mulheres Produtoras do Pajeú (RMPP) que visam à convivência com o Semiárido e suas reverberações no fortalecimento dos territórios.

Material e métodos

Este artigo foi construído a partir de um recorte da pesquisa desenvolvida no mestrado em Saúde Pública. Trata-se de um estudo analítico e de abordagem qualitativa, realizado no período de 2022 a 2023.

Morin¹⁴ aborda que o pensamento complexo nos processos de resgate de saberes e diálogo com outras matrizes de conhecimentos nos traz a oportunidade de entendermos a problemática socioambiental fora dos limites impostos pela racionalidade dominante. Para Leff¹⁵, no mesmo sentido, destaca a possibilidade de redescobrir as relações sociedade-natureza através de outras lentes, engendradas a partir da racionalidade ambiental, consciente da alienação e incerteza do mundo 'economicizado'.

O território de estudo foi o sertão do Pajeú, localizado no estado de Pernambuco, limítrofe com o sertão da Paraíba e sertão do Ceará. A população do estudo foi composta por mulheres vinculadas a projetos agroecológicos de diversos grupos de agricultura, que se unem na RMPP para produção, comercialização, formação técnica e construção de alternativas para convivência com o Semiárido. Como critério de inclusão, foi definida a participação apenas das lideranças dos grupos de mulheres e foram

excluídas as representações de grupos que não participavam, no momento da pesquisa, em nenhum projeto voltado à agroecologia.

Coleta de dados

Foram realizadas rodas de conversação e construção do diário de campo a partir da observação direta de reuniões, oficinas e seminários, realizados na RMPP nos meses de dezembro de 2022 a março de 2023.

As rodas de conversação foram baseadas em Machado¹⁶, sendo realizadas mediante construção de espaços coletivos para a discussão e reflexão sobre as experiências, desafios e potencialidades encontradas na vivência agroecológica dos grupos em seus projetos. Os encontros para realização das rodas aconteceram nos dois municípios polo, Afogados da Ingazeira e São José do Egito. Elas realizam reuniões periódicas mensais nesses locais (Sede própria da RMPP em Afogados e Sindicato dos Trabalhadores Rurais em São José do Egito), onde ocorreram três rodas, totalizando um grupo de 40 mulheres participantes.

Utilizou-se um roteiro semiestruturado com perguntas disparadoras para promover o debate, que seguiu os seguintes tópicos: os projetos em andamento e suas estratégias para execução; a articulação dos grupos em rede; apoios externos a RMPP; e a reverberação política de suas ações na região. A cada encontro foi sistematizado o diário de campo¹⁷, no qual foram registradas questões tais como a articulação entre os grupos que compõem a Rede, os desafios e potenciais das gestões locais no apoio a rede e registro em fotos, além do acompanhamento de seus seminários e reuniões ordinárias.

A análise de dados se deu pela Análise de Conteúdo de Bardin¹⁸, sendo as informações inicialmente organizadas e sistematizadas, em seguida foram exploradas para codificação, classificação e categorização e finalmente passaram pela etapa de tratamento, inferência e interpretação, que culminou em uma análise crítica e reflexiva do conteúdo coletado.

O percorrer pelo campo e as trocas realizadas através dos encontros presenciais, participação em oficinas e seminários organizados durante o período da pesquisa, assim como leitura de materiais elaborados pelas mulheres que compõem a Rede, foram o arcabouço para a construção dos resultados aqui apresentados. Através de leituras, sistematização e análise de falas das integrantes e elaboração de diário de campo.

No que toca aos projetos ligados à agroecologia, água e fortalecimento dos Territórios Saudáveis e Sustentáveis (TSS), as respostas foram categorizadas em: Mulheres e agroecologia no sertão do Pajeú e a Construção de TSS a partir da soberania campesina.

O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa do IAM/Fiocruz, seguindo o cumprimento das Resoluções CNS nº 466/2012¹⁹ e Resolução nº 510/2016²⁰, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE nº 67120523.1.0000.5190 e parecer nº 5.997.262. Para proteção e garantia do anonimato das participantes, foi solicitado que elas se identificassem através de codinomes que fossem representações da natureza que elas julgassem ser importantes para suas histórias. Dessa forma, também não será correlacionado o município em que reside, grupo que faça parte, projeto que esteja envolvida ou idade, tendo em vista que são mulheres com relatos importantes e reconhecidas politicamente em suas localidades.

Resultados e discussão

Mulheres e agroecologia no sertão do Pajeú

Nos relatos apresentados pelas participantes da pesquisa, observou-se que variadas formas de resistência foram criadas, ao longo dos anos, voltadas à convivência com o Semiárido e não à ideia reduzida de combate à seca. A grande maioria induzidas por sindicatos dos

trabalhadores rurais e entidades ligadas à igreja católica. Nos municípios que compõem o sertão do Pajeú, diversos grupos de mulheres agricultoras foram formados com o intuito de se fortalecerem frente aos desafios políticos e sociais. Em 2006, esses grupos se uniram em uma Rede de Mulheres Produtoras, que teve inicialmente apoio da Casa da Mulher do Nordeste que hoje une aproximadamente 40 grupos, com mais de 200 mulheres inscritas.

Essas mulheres são em sua maioria casadas, com idade entre os 30 e 50 anos, possuindo filhos e netos, com vinculação ao território desde seu nascimento e que tem na agricultura sua principal fonte de renda. A maioria delas é cadastrada em programas de transferência de renda, mora em casas de alvenaria em sítios de poucos hectares, com presença de cisternas e, poucas, abastecem-se também pelo Rio Pajeú.

A sua produção é voltada a horticultura, frutas que passam por processos de beneficiamento, tornando-se polpas, por exemplo; criação de pequenos animais em seus quintais e envolvimento em projetos agroecológicos que têm como objetivo o manejo da água, revitalização das margens do Rio Pajeú e suas nascentes. Elas costumam ser pertencentes às mesmas famílias, as quais se organizam em seus espaços de forma coletiva, seja no plantio e execução das atividades ou mesmo na comercialização de seus produtos.

Ao entrarem em contato com a agroecologia, relatam que passaram a disputar, com os homens de sua família e a comunidade local, os princípios que norteiam a produção em suas terras. São alternativas propostas, a partir da agricultura agroecológica, a racionalização do uso da água, cultivos diversificados de espécies vegetais e animais, uso de técnicas agrícolas para proteção, fertilização do solo de forma orgânica e harmonização entre saberes tradicionais e científicos, como também os sistemas agroflorestais²¹.

Em suas terras há multicultivo adensado, com plantio de diversas espécies, que tem como objetivo o manejo, produção e recuperação do solo em um mesmo sistema, com

os recursos disponíveis e com a dinâmica de ciclagem de nutrientes típica das florestas⁵. Através desse quadro, projetos agroecológicos que visem uma melhor utilização da água, seja ela para consumo, seja para produção, são um dos focos de atuação técnica da RMPP. Dentre eles, tem-se o projeto ATER de nascentes, visando o reflorestamento de nascentes do Rio Pajeú, produção de mudas e áreas de recuperação de mata ciliar de rios e riachos, com apoio da secretaria estadual de meio ambiente.

Agroindústria de beneficiamento de polpas de frutas nativas como umbu, banco de sementes, fogões agroecológicos, área comunitária de agrofloresta na comunidade, geodésica, biofiltros e barramento também são projetos que estão em andamento nas comunidades. A construção da agroecologia no Semiárido vem fortalecendo a perspectiva de um modelo de produção alinhado à convivência com o Semiárido, avançando nas discussões locais sobre os impactos da produção voltada à agricultura convencional²².

A aproximação dos grupos de mulheres com a agroecologia teve início através de projetos executados pelas organizações sociais presentes no território, como o centro Sabiá e a Casa da Mulher do Nordeste. Inicialmente, esses projetos eram levados como formação aos sindicatos de trabalhadores rurais, lá as mulheres, que se articulavam em grupos, aderiram a proposta e se desafiaram a passar pela virada agroecológica através do apoio mútuo.

Os caminhos para construção da agroecologia no território são posteriores ao fortalecimento dessas mulheres enquanto coletivo, o que reflete na práxis e consequentemente na relação delas com a natureza. Ao relatarem sua aproximação com a agroecologia e como ela se articula no seu cotidiano elas apresentaram uma ampla definição do papel que ela tem em sua vida.

Trabalhar agroecologicamente é exatamente isso, para gente não usar agrotóxico a gente planta e planta também coisas que serão um defensivo natural, que não precise usar agrotóxicos para

matar determinados tipos de insetos, a gente planta exatamente assim, misturado, que é para o inseto não atacar a planta que a gente quer. (Invernada).

Então a gente tem que saber trabalhar dessa forma, então você tem em casa, planta uma diversidade de coisas, a gente pode não plantar em conjunto, mas tem uma diversidade de coisas que vão se ajudar no crescimento. (Galo de campina).

A partir de 2012, foi que a gente começou a trabalhar para valer mesmo. A cuidar do meio ambiente, aí veio o projeto das mudas, desde essa época a gente nunca deixou de plantar, quando não vende assim, a gente planta nas áreas, nos olhos d'água. (Algaroba).

Shiva²³ expõe que as mulheres têm papel central na transição agroecológica, como os papéis de gênero definem que as mulheres sejam nutridor, cuidadora, submissa e solidária, são elas que estão ligadas à sustentabilidade do meio. Elas são as primeiras a identificar as mudanças no clima e na vida no entorno de sua família, principalmente as mulheres do Sul Global, as mais diretamente expostas aos danos sociais e ambientais do sistema mercadológico.

Entretanto, é necessário o rompimento com os paradigmas sociais que imperam sobre sua vida para que essas possam construir novos caminhos de encontro com a liberdade e harmonia com a natureza. Ao fazerem isso, de forma solidária e cooperativa, avançam para uma nova cosmologia, havendo convergência dos sentidos da transição agroecológica e o empoderamento das mulheres, no qual uma apoia a outra, em uma relação essencial de motivação, revolução e envolvimento²⁴.

Ao serem questionadas sobre as mudanças cotidianas que são provocadas por esses projetos agroecológicos, as mulheres relataram mudanças distintas, seja na relação entre elas, elas com sua comunidade, a percepção do seu papel político e sua relação cotidiana com o Semiárido. O constante nas respostas foi como a mobilização e novos conhecimentos

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

engrandeceram sua percepção de mundo e de relação consigo mesmas, conforme segue.

Mudou, porque por exemplo, de um litro de água de um biofiltro que você utiliza ou melhor, reutiliza, você economiza um litro de água natural, que você ia desperdiçar. (Minadouro).

Não precisa mais sair pra pegar água longe, porque com o biofiltro a gente aproveita mais e gasta menos, não tem que tá toda hora indo ao açude. (Macambira).

Eu tenho uma cisterna de 52.000 L, tenho, eu usei para lavar minha louça, minha roupa e tomar banho, mandei para o biofiltro e depois peguei pra regar uma planta ali, então se eu peguei 20.000 L de água dali eu não economizei 20000 dela lá? Então pra mim teve uma mudança positiva. (Cupira).

Essas mulheres que saíram dessa formação, elas ocupam outros espaços e também são considerados importantes e abrem portas para outras que estão vindo. (Abelha Italiana).

No início, tivemos muita dificuldade, mas depois que a gente começou a convencer os homens e eles também viram que dava resultado, porque a gente além de repassar, as mulheres também, tem que provar que está certo para o povo aprovar. (Trovoada).

Primaveresi²²⁽¹¹⁾ traz que nosso planeta não é um “depósito de fatores isolados, que se pode usar, retirar, gastar, modificar, desperdiçar ou destruir à vontade”. A convivência harmônica com a terra é intimamente ligada à manutenção de todas as formas de vida, inclusive a humana. Nesse aspecto, a agroecologia tem forte implicação na construção de novos caminhos e reaproximação com saberes ancestrais.

Percebe-se que, para os grupos que fazem parte da RMPP, a agroecologia foi um reencontro com a natureza, com a forma como o meio ambiente se organiza, onde plantas e insetos atuam harmonicamente para o crescimento e

principalmente como guardiãs da terra. Seu trabalho nas áreas dos olhos d’água implica na preservação de todo um rio que garante vida à região. Entretanto, alguns entraves são elencados pelos grupos, conforme relatos apresentados.

O rio Pajeú passa por terra de vizinhos da gente, que lidam com gado. Lá a gente não pode entrar para fazer o reflorestamento. Deveria ter lei impedindo o rio de ter dono, mas como ele é amigo do prefeito [...]. (Trovoada).

O que eu ia falar é que as polpas do grupo da gente, da agricultura familiar, a prefeitura não quer comprar, da gente, mas compra lá de fora sem saber de onde saiu, sabendo que a nossa é orgânica, que vem da caatinga. (Umbuzeiro).

Esse projeto da mata ciliar, se não fosse a gente, nossa mobilização, não tinha nada aqui [...]. Nada, teve reunião com prefeito, sindicato, muita liderança sem dar valor, só mulher mesmo pra ver a importância do rio. (Macambira).

No início foi difícil convencer nossos pais, maridos e os vizinhos sempre vinham dizer que a gente era louca em plantar daquele jeito, mas hoje a maior dificuldade é na hora das vendas. (Cupira).

Costa²⁵ traz a temática da água como uma disputa de sentidos, nas quais narrativas são criadas a fim de demonstrar a importância dela enquanto um bem comum, outras como recurso hídrico, que leva a processos de objetificação-material, como produção de sentido da água como mercadoria, que no contexto capitalista é hegemônico, destituindo, dessa forma, sua importância para biosfera.

A fragmentação de um processo tão importante quanto o reflorestamento da mata ciliar de um rio, que tem grande importância no território, aponta uma desvalorização da água, enquanto pulsão da vida. O que pode levar a vazão de águas que deixam de compor o ciclo da água em decorrência de desmatamento; compactação do solo; redução da infiltração

e alimentação dos aquíferos; aumento do escoamento superficial; assoreamento; redução de vazão de base de aquíferos; redução de vazão superficial de riachos e rios; alteração do regime de chuvas, situação conceituada como “águas dissipadas”²⁵⁽¹¹³⁾.

Os autores ainda apontam que isso se dá, em maior escala, tanto por dificuldades de auto-organização para atuação política quanto por não serem considerados parte legítima em decorrência das injustiças sociais e ambientais às quais estão sujeitos²⁰. Entretanto, a pesquisadora Sena²¹ expõe que quando a comunidade tem lideranças femininas, mesmo auto-organizadas politicamente, elas sofrem com mais intensidade a desvalorização de suas pautas e seus saberes tradicionais, sendo eles subalternizados.

Evidenciar o relato das mulheres, que são protagonistas no cuidado ao rio, diante da negligência de políticas que sejam voltadas de fato ao cuidado ambiental, aponta a necessidade da construção de espaços multifacetados para o fortalecimento dos processos de resolução das problemáticas socioambientais. Leff¹⁵ aponta a necessidade de desenvolver relações sociedade-natureza através de outras perspectivas, engendradas a partir da racionalidade ambiental, consciente da alienação e incerteza do modelo capitalista.

O uso insustentável da água está baseado em uma racionalidade economicista hegemônica que tem gerado problemas imensuráveis para a humanidade, sendo que ainda hoje quase 1 bilhão de pessoas não têm acesso à água de qualidade para beber e precisam enfrentar diversos tipos de conflitos para se (re)apropriar da água²².

A construção de territórios saudáveis e sustentáveis a partir da soberania campesina

Um dos principais objetivos da RMPP, elencado através das rodas de conversação e seus documentos oficiais, é a produção de forma agroecológica, tendo na convivência com o

Semiárido um farol orientador de toda ação proposta pelos grupos. Desde o início de sua articulação, a preocupação com um trabalho que abrace a realidade local, demandas da comunidade e características do Semiárido são motes para a construção de projetos que as atenda.

As implicações das mudanças ambientais e climáticas sobre a saúde pública são múltiplas, muitas vezes não sendo correlacionadas diretamente, o que dificulta a atuação sobre elas. Em casos de municípios vulneráveis às situações de seca, juntamente com as baixas condições sociais e econômicas normalmente observadas na região, tornam mais difícil ainda o desenvolvimento de ações de redução de riscos e de promoção da saúde²⁶.

Esses desafios, somados às condições ambientais já existentes no sertão do Pajeú e seus impactos nas condições de vida dos sertanejos, especialmente no que se refere ao acesso à água em quantidade e qualidade, demandam uma maior integração do setor de saúde com outros setores no planejamento de ações, tanto a nível local quanto estadual. Segundo as entrevistadas, a ausência do poder público em discussões importantes sobre a construção de TSS é evidente tanto no âmbito municipal quanto estadual.

A construção de novos cenários para os territórios, por meio de mudanças estruturais na produção, na forma de coexistir junto ao meio ambiente e principalmente na constituição de políticas públicas que subsidiem a práxis agroecológica é tensionada com a atuação da Rede em diversas frentes, não apenas no campo, mas na participação em sindicatos, associações e fóruns de discussão municipal, estadual e nacional. Movimento que auxilia a construção de TSS, através do estímulo à participação popular e à construção da soberania campesina.

A soberania é um princípio que trata do direito dos povos em definir as políticas, com autonomia sobre o que produzir, para quem produzir e em que condições produzir. Significa garantir a soberania dos agricultores

sobre os bens da natureza desde a semente, que é um bem fundamental⁹.

Os desafios para implantação de um modelo de desenvolvimento ambientalmente equilibrado, socialmente justo e economicamente viável estão na agenda dos debates e na construção de políticas públicas e privadas em todo o globo¹², não sendo diferente na RMPP. Ao traçarem suas metas anuais, elencaram ações de formação, intervenção e articulação com outros grupos de territórios distintos, tendo como eixo principal o debate sobre desenvolvimento socioambiental e a convivência com o Semiárido.

A agroecologia, por sua vez, é considerada como um dos caminhos referenciais para o avanço dessa agenda, especialmente na busca do atingimento das metas estabelecidas nos ODS, com destaque para a promoção da biodiversidade e combate ao aquecimento global¹⁸.

O movimento agroecológico em redes de produtores no sertão do Pajeú é alinhado a esse processo. Onde as camponesas participam ativamente da construção de projetos que irão executar, além da construção de políticas públicas a nível local. Como apontado através dos relatos dessas mulheres camponesas.

As ONGs fazem uma reunião com os agricultores, pegam nossas ideias, fazem o projeto e mandam para os editais, então quando aprovado vão lá iniciam com a gente e nós damos continuidade, porque se parar perde o sentido e lá a gente sempre dá continuidade. (Pé de Serra).

A gente teve a construção da política de agroecologia, que vai acontecer em afogados. Foi muita discussão, muita reunião. A gente foi atrás de quem pode, juntou o Caritas, Centro Sabiá, Casa da Mulher do Nordeste, Secretaria de Saúde, de Agricultura, A Rede de Produtores Agroecológicos do Pajeú. Tudo puxado pela gente, uma articulação grande e deu certo. O município tem legislação para produção agroecológica. Isso é muito bom pra gente, para o povo, pra saúde da gente e da terra. (Cupira).

A gente foi vendo a necessidade da comunidade. Aí fomos para uma capacitação da Rede lá em afogados e começamos a construir os biofiltros. No início era só a gente, foi um trabalho da gota, mas depois os vizinhos foram se chegando. (Macambira).

Um processo de soberania que oriente e promova o desenvolvimento territorial, com cooperação e parceria, é construído a partir de escolhas de políticas públicas, tendo em conta a perspectiva dos diferentes territórios e suas especificidades, dentro de ambientes democráticos²⁶. Nesse aspecto, as experiências apresentadas pelas agricultoras revelam que, para o desenvolvimento e a implementação de ações de intervenção realizadas a partir de recortes territoriais, bem como para que se cumpram as diversas agendas sociais territorializadas, é preciso atuar em redes de governança.

Atores dos mais diversos espaços dialogando conjuntamente, com poder de decisão e capacidade de execução do que é planejado. Parcerias que vão além de momentos pontuais e que têm grande impacto no fomento de estratégias para atender as demandas locais e regionais, desenvolvendo os TSS, que se relacionam à promoção da saúde e ao desenvolvimento humano, com redução das vulnerabilidades presentes no território.

Panorama que é visualizado nas ações realizadas pela RMPP, seja através de seus projetos locais – construção de biofiltros, agroindústria de beneficiamento de frutas nativas da caatinga e banco de sementes – como na articulação para formulação da Lei ordinária nº 94.712.022, de 10 de novembro de 2022, que versa sobre a criação da política municipal de Agroecologia e produção orgânica no município de Afogados da Ingazeira e estabelece as diretrizes para o plano municipal de Agroecologia e produção orgânica da cidade.

A criação de uma política municipal que tenha como objetivos promover a soberania e segurança alimentar; estimular e fomentar o uso de práticas produtivas, estratégias e técnicas de manejo sustentável; fortalecimento da

produção de base agroecológica e de sistemas orgânicos de produção agropecuária; fomento e apoio a práticas sustentáveis na perspectiva da convivência com o Semiárido e suas especificidades ambientais, culturais, econômicas e sociais, só evidencia a importância da articulação em rede, criando espaços de governança e impulsionando a soberania dos agricultores.

Esses avanços são marcados por disputa em espaços governamentais e articulações com a gestão e o poder público, por vezes, segundo as lideranças dos grupos de mulheres, suas pautas são invisibilizadas pela ganância e machismo que perpassa esses espaços.

Cardoso²⁷ aponta que a agroecologia é uma saída ao modelo de produção convencional, que traz desequilíbrio ao meio ambiente, entretanto existe uma série de aparatos econômicos e políticos que atravessam a produção, como dificuldade de acesso a financiamento para as cooperativas e comercialização de seus produtos, além da invisibilidade de suas ações e do impacto positivo na região.

Panorama que pode levar a desarticulação de alguns grupos e reafirmação da crença de impossibilidade em romper com o modelo mercadológico e uso de agrotóxicos na produção. Ana Primavesi²² aponta que esse é o grande desafio, enquanto sociedade, que vivemos. Romper com a lógica mercadológica que permeia a forma como plantamos, consumimos e vivemos no planeta.

Considerações finais

O desenvolvimento de ações que abarque os ODS deve vir através da construção de TSS, onde, a partir de atores locais, que vivenciam o processo de desertificação, estiagens e secas, se pensem os problemas locais, os caminhos possíveis e que também estejam juntos na execução das etapas. Portanto, as redes de produtores e produtoras são de grande importância por articular os camponeses e camponesas a projetos que fortalecem os seus próprios territórios e apoiá-los na sua condução.

Tradicionalmente, em situações de seca, as preocupações são mais voltadas para os determinantes ambientais e econômicos. Especificamente em se tratando de agricultura, como uso do solo, falta de água para irrigação e perdas econômicas, com ênfase limitada em certos determinantes sociais que têm impactos em longo prazo sobre a saúde, a exemplos de precário acesso à educação de qualidade, escassez de alimentos e profundas desigualdades sociais e econômicas. Contexto que aponta a ineficiência e fragilização decorrente do agonegocio e políticas que sustentam um sistema excludente e destrutivo.

A agroecologia e soberania popular apontam caminhos para um novo cenário de justiça socioambiental, convivência com o Semiárido e construção de TSS. As análises decorrentes desse estudo apontam que o engajamento de organizações feministas nos movimentos da agroecologia tem contribuído na ampliação do conceito de agroecologia para além das questões tecnológicas e ambientais, ressaltando sua dimensão social e de equidade de gênero. Ao mesmo tempo, as organizações feministas têm sido influenciadas pela discussão da sustentabilidade ambiental trazidas pela agroecologia, ampliando assim seus discursos e práticas nesse campo.

O fato de a formação dos grupos de mulheres ser, em sua maioria, influenciado pela necessidade de se fortalecer conjuntamente, de pleitear mais espaço e voz nos espaços de discussão, como sindicatos de trabalhadores rurais, impulsionou discussões que posteriormente tiveram impacto importante na construção de políticas públicas e projetos que são executados em suas comunidades.

A articulação das trabalhadoras em grupos de mulheres e, posteriormente, em rede teve grande impacto no fomento da agroecologia no território, auxiliadas pelas Organizações Não Governamentais (ONGs), como a Diaconia, Casa da Mulher do Nordeste e Centro Sabiá, e com apoio de universidades presentes no território, dando suporte através da assistência técnica rural, mas também na construção dos territórios saudáveis.

Entretanto, os objetivos do desenvolvimento sustentável só se darão efetivamente com a participação popular ativa. Não é possível pensar na construção de outra relação com a terra e superar o modelo do agronegócio sem ter a população como eixo central das discussões, pois é através das vivências que é possível pensar alternativas à convivência com o Semiárido.

Vale destacar que o Pajeú é uma região privilegiada por ter em seu território uma boa quantidade de ONGs e associações com muitas experiências exitosas e uma tendência de avanço nas discussões políticas pela experiência dos agricultores nas discussões dos sindicatos. Quadro que por si aponta alternativas a serem vislumbradas por outras áreas do Semiárido pernambucano, valendo sempre da necessidade de outros estudos que ampliem a discussão e aprofundem alguns dos

aspectos da construção de TSS, por meio da agroecologia e da articulação de trabalhadoras.

Colaboradores

Silva AL (0000-0002-9565-5100)* contribuiu para concepção, planejamento e execução da pesquisa, bem como redação do manuscrito. Gomes WS (0000-0002-9093-8275)* contribuiu para análise de dados, interpretação dos resultados e revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito. Santos MOS (0000-0002-2129-2335)* contribuiu para sistematização das informações e redação preliminar do manuscrito. Costa AM (0000-0001-6043-129X)* supervisionou todas as etapas da pesquisa, orientou o desenvolvimento metodológico e contribuiu para redação final e aprovação da versão submetida do manuscrito.

Referências

1. Gonçalves ALR, Medeiros CM, Matias RLA. Sistemas agroflorestais no semiárido brasileiro: estratégias para combate à desertificação e enfrentamento às mudanças climáticas. Recife: Centro Sabiá, Caatinga; 2016.
2. Ministério do Desenvolvimento Regional (BR), Secretaria de Proteção e Defesa Civil; Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Estudos e Pesquisas em Engenharia e Defesa Civil. Atlas Digital de Desastres no Brasil. Brasília, DF: MDR; 2022.
3. Carvalho PP. Vozes da convivência com o semiárido. Galindo W, organizador. Recife: Centro Sabiá; 2013.
4. Ministério do Desenvolvimento Agrário (BR). Plano Territorial de Desenvolvimento Rural Sustentável do Sertão do Pajeú. Brasília, DF: MDA; 2011.
5. Rapozzo BMS. Transformações no espaço agrário do sertão do Pajeú: a participação das mulheres nos processos de transição agroecológica em quintais de (re) produção da vida [dissertação]. João Pessoa: Curso de Geografia, Universidade Federal da Paraíba; 2017. 155 p.
6. Cequeira MA, Rodrigues FM, Almeida GVL. Susceptibilidade à desertificação para o estado de Pernambuco. Geosul. 2020;35(76):151-70. DOI: <http://doi.org/10.5007/2177-5230.2020v35n76p151>
7. Machado JMH, Martins WJ, Souza MSS, et al. Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. Comum Ciênc Saúde [Internet].

- 2017 [acesso em 2023 out 4];28(2):243-249. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/territorio_%20saudaveis_%20sustentaveis.pdf
8. Milhorange C, Mendes P, Mesquita P, et al. O desafio da integração de políticas públicas para a adaptação às mudanças climáticas no Semiárido brasileiro. *Rev Bras Climatol.* 2019;24(15):175-195. DOI: <https://doi.org/10.5380/abclima.v24i0.56484>
 9. Santana AS, Santos GS. Impactos da seca de 2012-2017 na região semiárida do Nordeste: notas sobre a abordagem de dados quantitativos e conclusões qualitativas. *Bol Reg Urb Amb.* 2020;(22):119-129. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/brua22art9>
 10. Sena A. Land Under Pressure – Health Under Stress. *Global Land Outlook: Working Paper.* [Local desconhecido]: United Nations Convention to Combat Desertification; 2019.
 11. Comissão Econômica para a América Latina. RIO+20: Objetivos de Desarrollo Sostenible. Propuesta de los Gobiernos de Colombia y de Guatemala para Someter a Consideración de los Países Participantes [Internet]. [local desconhecido]: Cepal; 2011 [acesso em 2023 out 4]. Disponível em: http://www.cepal.org/rio20/noticias/paginas/5/43755/2011-612-Rio+20-Nota_de_la_Secretaria-Rev.L_Prop_Col_Guat.pdf
 12. Organização das Nações Unidas. Report of the Open Working Group of the General Assembly on Sustainable Development Goals. *UN Report A/68/970: 2014* [Internet]. [local desconhecido]: ONU; 2014 [acesso em 2023 out 4]. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/news/sustainable/sdgs-post2015.html>
 13. Sena A, Freitas CM, Barcellos C, et al. Medindo o invisível: análise dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em populações expostas à seca. *Ciênc saúde coletiva.* 2016;21(3):671-684. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.21642015>
 14. Morin E. *A religação dos saberes: o desafio do século XXI.* 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.
 15. Leff E. Pensar a complexidade ambiental. In: Leff E, organizador. *A complexidade ambiental.* São Paulo: Cortez Editora; 2003. p. 15-64.
 16. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 1994.
 17. Valle FAAL, Farah BF, Carneiro Júnior N. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. *Saúde debate.* 2020;44(124):182-192. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012413>
 18. Machado TMG, Carvalho PIN, Brandão ASM, et al. A roda de conversa como ferramenta de planejamento de ações: relato de experiência. *Rev. G & S [Internet].* 2015 [acesso em 2023 out 4];(1):751-761. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2707>
 19. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Seção I:549.
 20. Ministério da Saúde (BR); 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. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2016 maio 24; Seção I:44.
 21. Sena ARM, Alpino TMA. *Seca silenciosa, saúde invisível: um desastre naturalizado no semiárido do Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2022. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557081747>
 22. Primavesi A. *Agroecologia: ecosfera; tecnosfera e agricultura.* São Paulo: Nobel; 1997.
 23. Shiva V. *Terra mater: reivindicação del principio femenino.* *Estud. – Cent Estud Av.* 2022;48:93-100.

24. Umann PBV. Transição agroecológica e mulheres: um estudo bibliométrico a partir da revista CADERNOS de Agroecologia da ABA [monografia]. Florianópolis: Centro de Ciências Agrárias, Agronomia, Universidade Federal de Santa Catarina; 2022.
25. Costa AM. Água. In: Dias AP, Stauffer AB, Moura LHG, et al., organizadores. Dicionário de agroecologia e educação. São Paulo: Expressão Popular; Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2021. p. 112-118.
26. Petersen RS, Silveira M, Fenner ALD, et al. Índice de Território Saudável e Sustentável dos municípios do semiárido brasileiro. Cad Saúde Pública. 2020;36(11):e00200020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00200020>
27. Cardoso EM. Introdução. In: Rody T, Telles L, organizadores. Caderneta agroecológica: o saber e o fazer das mulheres do campo, das florestas e das águas. Viçosa, MG: Editora Asa Pequena; 2021. p. 10-12.

Recebido em 01/01/2024

Aprovado em 05/08/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editores responsáveis: Maria Lucia Frizon Rizzotto

Atendimento de saúde a residentes fronteiriços: construção de uma realidade a partir de valores éticos

Health care for border residents: Construction of a reality based on ethical values

Giane Zupellari Santos-Melo¹, Selma Regina Andrade², José Ilcleson Mendes Coelho¹, Raquel Lins Fuza¹, Antonia Mirely Inocencio da Silva¹, Vera Maria Ribeiro Nogueira³, Angela Xavier Monteiro¹

DOI: 10.1590/2358-289820241439301P

RESUMO Este estudo buscou expor como as interações entre os atores de saúde da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru influenciam a oferta de atendimento a residentes fronteiriços daquela localidade. Como método, foi realizado um caso único, explicativo, integrado e qualitativo em município da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru. As fontes de evidências utilizadas foram: dados documentais, entrevistas e observações diretas. Para organização dos dados, análise, proposições teóricas e construção de explicações como estratégia analítica e técnica de análise foi utilizado o software MaxQDA12[®]. Os dados coletados evidenciaram que questões financeiras são o principal desafio para a oferta de atendimento de saúde ao residente fronteiriço. No entanto, o atendimento de saúde ofertado a esta população se baseia em valores éticos, como o igualitarismo; respeito à liberdade individual e a vida humana; solidariedade e altruísmo. Neste contexto, o atendimento de saúde de residentes fronteiriços, na região estudada, é reconhecido pelos gestores de saúde locais como um direito.

PALAVRAS-CHAVE Atenção à saúde. Saúde na fronteira. Gestão em saúde. Gestor de saúde. Cooperação internacional.

ABSTRACT This study sought to explain how interactions between health actors on the triple border of Brazil, Colombia and Peru influence the provision of care to border residents in that location. As a method, a single, explanatory, integrated, qualitative case was carried out in a municipality on the triple border of Brazil, Colombia, and Peru. The sources of evidence used were: documentary data, interviews, and direct observations. MaxQDA12[®] software was used to organize the data and for analysis, theoretical propositions, and construction of explanations as an analytical strategy and analysis technique. The data collected showed that financial issues are the main challenge in offering healthcare to border residents. However, the healthcare offered to this population is based on ethical values, such as egalitarianism; respect for individual freedom and human life; solidarity and altruism. In this context, healthcare for border residents in the studied region is recognized by local health managers as a right.

KEYWORDS Delivery of health Care. Border health. Health management. Health manager. International cooperation.

¹Universidade do Estado do Amazonas (UEA) – Manaus (AM), Brasil. ilcleson.mendes@gmail.com

²Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil.

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



Introdução

Desde o império romano, as fronteiras delimitam espaços geopolíticos, designando identidades políticas, sociais e culturais de uma nação. Politicamente, a definição de fronteira a descreve como o limite territorial entre dois países que se constituem como poder político dos Estados Nacionais¹.

Por esta definição, as fronteiras se limitam a linhas mapeadas cartograficamente com a finalidade de separar unidades espaciais². Porém, as interações sociais representam um papel importante na formação e configuração das regiões de fronteiras, pois a diversidade cultural e social das populações fronteiriças e suas inter-relações comerciais, religiosas, familiares e até mesmo políticas moldam constantemente os espaços físicos e simbólicos destas regiões³. Nesta perspectiva, ser cidadão fronteiriço significa manter relações de dualidade entre as estruturas políticas e sociais da fronteira, uma que determina os espaços territoriais, com suas normas e peculiaridades regionais, e outra formada a partir da convivência com seus pares vizinhos⁴.

Na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, o atendimento de residentes fronteiriços influencia os deslocamentos populacionais entre os países, pois as condições de saúde e sociais das populações da região, aliadas aos diferentes modelos de assistência a saúde dos três países que a integram, intensificam o fluxo de usuários que buscam por atendimento de saúde do lado brasileiro⁵, que é considerado o mais igualitário entre os três países, por seu acesso baseado na universalidade e integralidade⁶.

O atendimento de saúde de residentes fronteiriços é uma realidade em vários municípios fronteiriços do Brasil⁶⁻⁸ e da América Latina⁹. Contudo, não existem políticas públicas internacionais que definam como e quando este tipo de atendimento deva ocorrer em regiões fronteiriças. Assim, o acesso à saúde por estas populações depende dos sistemas e políticas públicas de saúde de cada país e do posicionamento ético e político dos gestores locais^{10,11}.

Compreender como as inter-relações pessoais e políticas influenciam na dinâmica do atendimento de saúde de residentes em territórios fronteiriços da região Amazônica é fundamental para implementação de políticas públicas de saúde que atinjam essa temática, pois esta região apresenta muitas diferenças significativas em relação às demais regiões fronteiriças do Brasil. Neste contexto, destaca-se que esta fronteira, por estar situada na Amazônia Legal, apresenta um predomínio de populações indígenas e conta com grandes áreas de Reserva Legal.

Além dessas condições, predominam ainda nessa área fronteiriça fatores que afetam diretamente os condicionantes de saúde local, tais como a imigração desordenada de populações que utilizam a região como porta de entrada para Brasil, como o caso dos haitianos em 2010¹², e o narcotráfico, que traz consigo impactos ambientais produzidos pelo desmatamento da floresta para a plantação de drogas ilícitas¹³.

Diante desse cenário, este estudo pautou-se na seguinte questão de pesquisa: como as interações entre os atores de saúde da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru influenciam na oferta de atendimento de saúde a residentes fronteiriços em Tabatinga, município de tríplice fronteira internacional amazônica, compreendida como Brasil, Colômbia e Peru? Por consequência, o objetivo do estudo foi explanar como as interações entre atores de saúde do lado brasileiro da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru influenciam na oferta de atendimento de residentes fronteiriços no município de Tabatinga, Amazonas, Brasil.

Material e métodos

Estudo de caso único, explicativo, com abordagem qualitativa, com quatro unidades integradas de análise¹⁴. O contexto desta pesquisa foi a tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru e o caso, o município de Tabatinga, no estado do Amazonas, Brasil. Tabatinga foi escolhido como caso por ser município componente da tríplice fronteira

internacional em questão, fazendo fronteira seca e cidade-gêmea com a cidade de Letícia, no departamento de Amazonas, na Colômbia e fronteira úmida, através do Rio Solimões, com a cidade de Ilha de Santa Rosa do Yavari, província de Mariscal Ramón Castilla, Departamento de Loreto, no Peru.

Foram utilizadas três fontes de evidências: dados documentais, entrevistas e observações diretas. A coleta dos dados documentais aconteceu no mês de março de 2017, em arquivos físicos da Secretaria Municipal Saúde de Tabatinga/AM e do Conselho Municipal de Saúde de Tabatinga/AM e *websites* oficiais da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas e Ministério da Saúde do Brasil. Foram incluídos no estudo documentos produzidos entre os anos de 2005 e 2017. Este recorte temporal foi considerado a partir da implantação do programa Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras) no Brasil¹⁵. Considerou-se para análise os seguintes documentos: Atos Administrativos, Decretos, Decretos-Lei, Instruções Normativas, Leis, Normas Técnicas, Portarias, Resoluções, Atas de Reuniões e Ofícios. A partir desse recorte, foi gerado um banco de dados composto de 98 documentos.

As entrevistas foram realizadas com gestores de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga/AM, Conselho Municipal de Saúde de Tabatinga/AM e da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. Foram incluídos gestores com poder decisório em processos de implantação ou implementação de políticas públicas de saúde para integração de saúde na tríplice fronteira, Brasil, Colômbia e Peru, ou que prestavam serviços em unidades de saúde com atendimento a residentes fronteiriços em Tabatinga. Isto posto, formou-se um banco de dados de 12 entrevistas que aconteceram entre os meses de maio e novembro de 2017.

As observações diretas aconteceram nos serviços que representaram as unidades integradas de análises, composta por duas Unidades Básicas de Saúde de Família, uma Unidade de Pronto Atendimento e uma

maternidade. Essas unidades foram escolhidas devido a sua proximidade com as fronteiras com o Peru e com a Colômbia. As observações foram previamente agendadas com os gestores dos estabelecimentos e aconteceram nos meses de novembro e dezembro de 2017, com duração total de 34 horas.

A organização dos dados foi realizada com auxílio de *software* MaxQDA12[®], que possibilitou a criação de categorias, códigos e subcódigos, permitindo assim a análise das evidências separadamente e recombinações entre si. Para análise das evidências, foram adotadas as proposições teóricas e a construção de explicações como estratégia e técnicas analíticas, o que apontou as condições relevantes a serem descritas e a construção de explicações para o fenômeno estudado. As análises documentais, entrevistas e observações diretas, permitiram a convergência dos dados de forma triangular.

Este estudo respeitou os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹⁶, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE nº 61426316.2.0000.0121 e Parecer nº 2.047.137.

Resultados

A análise das evidências possibilitou a criação de duas categorias que explicam como ocorrem as interações entre os atores de saúde da tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru e a influência dessas interações na oferta de atendimento de saúde para residentes fronteiriços no município de Tabatinga, Amazonas, Brasil.

Os desafios no atendimento de saúde de residentes fronteiriços na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru

A maioria dos participantes visualiza o atendimento de saúde de residentes fronteiriços como um fator intrínseco da região fronteiriça,

reconhecendo que este fenômeno acarreta alguns infortúnios. Entre os desafios, os participantes enfatizam, principalmente, os relacionados à gestão financeira e organizacional, entendendo-se que, apesar dos gestores manterem uma conduta de naturalidade frente ao fenômeno, eles enxergam esse tipo de atendimento como um desafio.

Foi consenso entre os participantes que o atendimento de saúde de residentes fronteiriços acarreta prejuízos financeiros para o município e região, já que o financiamento do setor saúde é basicamente oriundo dos repasses do Piso da Atenção Básica Fixo, o qual é definido com base na população reconhecida como moradores do município. A reclamação da maioria dos participantes é que, pelo sistema de informação em saúde, não se pode considerar as populações provenientes de outros países e que buscam assistência de saúde no município como população efetivamente atendida.

É claro que a gente precisa de mais recurso para gerir a saúde na fronteira, porque os recursos destinados ao município vêm para os cidadãos cadastrados, para quem tem CPF, residência fixa, que são ou brasileiros ou estrangeiros naturalizados [...] a gente recebe por população per capita, mas tem muita gente, que mora aqui de passagem, que não são regularizados, fora aqueles que vêm por aqui só para ser atendido, que é a população flutuante. (Gestor 6).

As questões financeiras relacionadas ao atendimento de saúde de residentes fronteiriços são constatadas tanto nos níveis municipal, quanto estadual, pois como gestores dos serviços de especialidade e de urgência e emergência, os representantes da saúde estadual concordam que os custos relativos a internações hospitalares, assim como despesas no atendimento de urgência e emergência, dispensados a populações estrangeiras oneram as contas públicas de saúde do município e do estado brasileiro.

Existe um prejuízo do ponto de vista econômico, pois internação não é uma coisa barata e dependendo do tempo, isso acaba onerando muito as secretarias municipais e a estadual, porque tem que prestar atendimento, que vai da vacina até a internação. (Gestor 8).

Atrelada às questões financeiras, aparecem os desafios organizacionais, destacando-se o planejamento das ações de saúde e organização dos serviços para uma população que não consta nos registros municipais.

Para o planejamento de ações de saúde é considerada a população residente na área de abrangência, conforme a faixa etária correspondente à ação a ser realizada. Esta mesma condição é descrita quanto à infraestrutura das instituições de saúde do município, que não suportam a demanda excessiva gerada pela população local, acrescida de população estrangeira, gerando situações como falta de recursos materiais, humanos, de serviços e de leitos para internação.

[...] esse atendimento compromete, e muito, a nossa questão de abastecimento de farmácia, de doses de vacina, de testagem rápida para doenças transmissíveis, de insumos laboratoriais e outros, porque a gente conta com 62 mil habitantes, mas a amplitude de atendimento é bem maior. (Gestor 4).

Chegamos a ter momentos de todos os leitos [...] ocupados por estrangeiros que aguardavam por transferência. (Gestor 3).

Outros desafios no atendimento de saúde de residentes fronteiriços são as diferenças entre políticas públicas dos três países da trílice fronteira, principalmente as relacionadas ao controle e prevenção de doenças infectocontagiosas.

[...] um dos problemas é que aqui no Peru e lá na Colômbia eles tem que pagar, se quiser ser atendido, diferente do Brasil que atende quem bater na porta. (Gestor 4).

Atenção à saúde de residentes fronteiriços: a construção de uma realidade a partir da interação entre os agentes

A inclusão da atenção à saúde de residentes fronteiriços no sistema de saúde municipal de Tabatinga se deve a vários fatores, sendo unânime entre os participantes que o direito universal à saúde, garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, é o que ampara o atendimento de saúde da população estrangeira.

Quando pensamos nesse atendimento, a gente percebe que se tem uma grande aceitação e um maior entendimento, tanto de profissionais, quanto da população, que no Brasil o SUS é um direito de todos [...]. (Gestor 5).

Entretanto, a pesquisa desvelou que além da universalidade, o atendimento de residentes fronteiriços se baseia em valores éticos, como o igualitarismo; respeito à liberdade individual e a vida humana; solidariedade e altruísmo. A atenção à saúde de residentes fronteiriços, baseada em tais valores, destaca-se tanto em falas dos entrevistados, quanto nas observações diretas.

Eles são muito carentes, então tendo algum agravamento eles vêm para cá e ninguém vai mandar o doente voltar [...] e ter que ir para lugares que é distante e caro [...] a gente não vai deixar uma pessoa morrer por uma questão legal, sendo que é o mesmo espaço geográfico. (Gestor 6).

As relações interpessoais das populações da fronteira são o grande propulsor dessa realidade, pois, segundo os participantes, as divisões territoriais existentes na região são puramente políticas, não existindo barreiras sociais ou culturais, transformando o espaço dos três municípios limítrofes em um único território, que abriga a população fronteiriça e favorece as inter-relações pessoais e institucionais.

Lá nós não podemos separar brasileiros e estrangeiros [...] O que existe lá, digamos assim, é um ambiente de convivência, onde as pessoas frequentam, onde as pessoas circulam [...] isso já se emoldurou, não muda mais. (Gestor 10).

Discussão

No Brasil, a interpretação do sistema de saúde, baseado na universalidade, leva ao entendimento que residentes fronteiriços podem ter acesso a ações e serviços de toda natureza¹⁷. A ocorrência de atendimento de saúde para residentes fronteiriços em municípios fronteiriços é atribuída a diversos fatores, que vão desde as baixas condições socioeconômicas das regiões de fronteira⁶ até as diferenças políticas e dos sistemas de saúde dos países limítrofes com o Brasil^{18,19}.

Esta pesquisa expõe a realidade na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, através de estudo de caso realizado em cidade-gêmea, que sofre tanto com desigualdades e vulnerabilidades⁶, quanto com os desníveis dos sistemas de saúde do Brasil, quando comparado com Colômbia e Peru, países que mantêm como principal característica a oferta de pacotes de serviços a grupos específicos da população^{19,20}. Neste contexto, destaca-se que o sistema de saúde colombiano é fragmentado e o sistema de saúde do Peru é caracterizado por regime contributivo indireto, financiado através de recursos fiscais de órgãos governamentais e empregadores, respectivamente, ou por sistema semicontributivo, através do seguro social privado^{4,5}. Neste cenário, o atendimento de saúde de residentes fronteiriços, no município de Tabatinga, ocorre em menor ou maior quantidade em todos os serviços de saúde, sendo constatada maior demanda de atendimento nos serviços de atenção básica.

A condição existente no município estudado, em relação ao atendimento de saúde de residentes fronteiriços, acarreta diversos desafios de gestão, porém o financeiro foi o que recebeu maior destaque. Sabe-se que os

problemas decorrentes do financiamento do setor saúde são enfrentados por diversos municípios brasileiros^{21,22}, contudo, em municípios fronteiriços, esta condição é acrescida da necessidade de gerir recursos que são destinados a uma população cadastrada, mas que servirá também a populações dos países limítrofes.

Neste contexto, um dos principais aspectos relacionados ao financiamento do atendimento de saúde de residentes fronteiriços é que este pode interferir no reconhecimento de usuários e gestores do direito universal e integral à saúde para residentes fronteiriços. Direito este que tende a ser admitido no plano político e ético, mas que sofre fortes restrições em decorrência da insuficiência de subsídios financeiros para custear o acréscimo de atendimento proveniente da população estrangeira²³.

Estas questões financeiras correspondem ainda a dificuldades de planejamento de ações e organização dos serviços de saúde no município estudado, citado também como um dos desafios no atendimento de saúde de residentes fronteiriços. Destacando-se que estas atividades são estabelecidas a partir de protocolos pautados em políticas públicas de saúde nacional e voltadas para a população cadastrada no território brasileiro. Conforme determinam tais políticas, o planejamento de ações e a organização dos serviços devem atender a determinados grupos populacionais estabelecidos territorialmente por conjuntos de famílias cadastradas.

Seguindo este modelo, as necessidades sentidas pelas populações de países vizinhos, que procuram por atendimento de saúde no Brasil, são desconsideradas, o que leva ao aumento da iniquidade da assistência. Assim, mesmo que as ações pareçam eficientes em termos das necessidades normativas, os resultados não serão satisfatórios para toda a população estrangeira que faz uso dos serviços no Brasil²⁴.

A despeito dessas constatações, foi evidenciado que os desafios financeiros e de planejamento não limitam a oferta de atendimento de saúde para populações estrangeiras^{5,20} e que esta é pautada em condições sociais,

humanitárias e das inter-relações da população local.

Em regiões fronteiriças, as condições sociais, quase sempre são precárias, com poucas atividades econômicas rentáveis, com infraestrutura de saúde, muitas vezes, carente, que por consequência se reflete na única alternativa viável de acesso à saúde, que é atravessar a fronteira, do outro lado da rua, da ponte ou do rio, em busca de soluções para suas necessidades de saúde²³.

Diante dessa constatação, recorreremos à lembrança que saúde é um direito fundamental da pessoa humana e que sua realização requer a ação de outros setores sociais e econômicos, além do setor de saúde²⁵, sendo assim, é dever de todos os gestores de saúde zelar pela vida humana, independente do espaço político de onde veio essa vida.

Ademais, nas cidades fronteiriças existem relações interpessoais que favorecem o entendimento de que os serviços de saúde de um ou outro lado da fronteira devem e podem ser compartilhados por todos os residentes fronteiriços daquele território⁴. Nestas localidades, existe uma integração natural, o que cria uma espécie de terceiro espaço, no qual se gera uma nova sociedade, com valores e traços culturais, étnicos, linguagens peculiares e próprias dela e que apresenta uma identidade diferente do restante do país²⁶.

Corroborando este pensamento, Nogueira et al.²⁷ ressaltam que as regiões de fronteira não começam ou terminam na demarcação dos limites territoriais dos países, pois na prática a mobilidade urbana, a dinâmica de comércio, movimentação de capitais e fatores internos influenciam diretamente nas políticas que se aplicam ao país vizinho e que tudo isso é determinado a partir de relações estabelecidas entre os atores e agentes.

Na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru esta mobilidade humana é consolidada em uma cultura e identidade coletiva ancorada na solidariedade mútua, que se formou em consequência da distância e isolamento de grandes centros urbanos. O que, aliada à

situação geográfica facilitada pela conurbação entre Brasil e Colômbia e pela curta distância entre Brasil e Peru, propiciam e consolidam vínculos que se revelam em diversos níveis de parentescos entre as pessoas, que transitam livremente entre os três países, e ainda por relações de comércio, lazer e utilização de bens e serviços⁵.

A formação de identidades coletivas é diferente para cada região fronteiriça, pois depende da existência ou não de interação entre as sociedades fronteiriças, bem como do resultado do histórico e da porosidade dessas relações²⁷.

A formação de identidades coletivas a partir das inter-relações sociais é considerada a partir das interações humanas que consistem fundamentalmente de ideias, pensamentos e crenças que são construídas com base nos interesses das pessoas²⁸⁻³⁰. Assim, o atendimento de saúde de residentes fronteiriços na tríplex fronteira Brasil, Colômbia e Peru apresenta influências diretas das condições sociais, econômicas, culturais e geográficas estabelecidas na região.

Dada as inter-relações coletivas e individuais apresentadas na região⁵, identifica-se a existência de uma identidade coletiva que permite o acolhimento de residentes fronteiriços que buscam assistência de saúde do lado brasileiro da fronteira. Assim, na região estudada, a oferta de atendimento de saúde para residentes fronteiriços vai muito além da aplicação dos direitos estabelecidos pelo SUS, pois fica evidente a preocupação dos gestores de saúde local em buscar formas de ofertar atendimento que alcance as necessidades sentidas e expressas dessa população.

Considerações finais

A região de fronteira estudada sofre com as características geográficas típicas da região amazônica, como clima, elevada distância dos grandes centros e dificuldade de acesso aos serviços, o que consequentemente dificultam

a resolutividade da saúde e aumentam as iniquidades e vulnerabilidades sociais. Nesta conjuntura, a oferta de atendimento de saúde para residentes fronteiriços é uma realidade pautada pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade do sistema de saúde brasileiro.

Neste espaço, a população fronteiriça tem a liberdade de buscar por atendimento de saúde do lado brasileiro, porém essa liberdade depende das vontades políticas dos gestores. Na atualidade, a gestão local reconhece, apesar das dificuldades, que a saúde de residentes fronteiriços é um direito que deve ser respeitado e incluído em políticas públicas de saúde local, porém esse posicionamento pode mudar conforme venham a se estabelecer novas relações políticas governamentais na região. Para que essa fragilidade seja superada é necessária a institucionalização de políticas públicas fortes, que se mantenham independente da discricionariedade dos atores políticos que as regulem.

Agradecimentos

Agradecimentos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Colaboradores

Santos-Melo GZ (0000-0003-1161-8677)* e Andrade SR (0000-0001-7449-6860)* contribuíram igualmente para concepção, análise e interpretação de dados, elaboração do trabalho, aprovação final da versão a ser publicada, tendo responsabilidade final por todos os aspectos do manuscrito. Coelho JIM (0009-0005-3284-4480)*, Fuza RL (0009-0007-2505-1778)*, Silva AMI (0009-0004-2581-3814)*, Nogueira VMR (0000-0003-4158-1510)* e Monteiro AX (0000-0002-5175-4537)* contribuíram igualmente para revisão intelectual e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Ferrari M. As Noções de Fronteira em Geografia. *Rev. Persp. Geografica*. 2014;9(10):1-24.
2. Silva ML, Tourinho HLZ. Território, territorialidade e fronteira: O problema dos limites municipais e seus desdobramentos em Belém/PA. *Rev Bras Gest Urbana*. 2017;9(1):96-109. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-3369.009.001.AO09>
3. Andrade MAP. Espacios fronterizos e identidad: tensiones y estrategias politico-culturales en la ciudad de Concordia. *Runa* [Internet]. 2010 [acesso em 2024 jan 12];31(2):175-190. Disponível em: <https://www.re-dalyc.org/articulo.oa?id=180819162003>
4. Santos-Melo GZ, Andrade SR, Ruoff AB. A integração de saúde entre fronteiras internacionais: uma revisão integrativa TT. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(1):102-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800015>
5. Santos-Melo GZ, Andrade SR, Lemos SM, et al. A mobilidade humana e o atendimento de saúde a estrangeiros em um município de fronteira internacional da Amazônia Legal Brasileira. *Socdeb* [Internet]. 2019 [acesso em 2024 jan 12];25(esp):158-169. Disponível: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2503>
6. Peiter PC, Franco VC, Gracie R, et al. Situação da malária na tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(12):2497-2512. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042213>
7. Giovannella L, Guimarães L, Nogueira VMR, et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23:S251-S266. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400014>
8. Ferreira CMPG, Mariani MAP, Braticevic SI. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. *Saúde Soc*. 2015;24(4):1137-1150. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015137475>
9. Corbinos LA, Delgado I, Oyarte M, et al. Salud y migración: análisis descriptivo comparativo de los egresos hospitalarios de la población extranjera y chilena. *Oasis*. 2017;(25):95. DOI: <http://doi.org/10.18601/16577558.n25.06>
10. Azzopardi-Muscat N, Baeten R, Clemens T, et al. The role of the 2011 patients' rights in cross-border health care directive in shaping seven national health systems: Looking beyond patient mobility. *Health Policy*. 2018;122(3):279-283. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.12.010>
11. Kato Y. "Irregular foreigners" right to health in Japan: an analysis from the perspectives of international covenant on economic, social and cultural rights [tese na Internet]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2016 [acesso em 24 jan 12]. Disponível em: https://graduate.mahidol.ac.th/engine/current-students/detail/abstract_view.php?id=5337380&fac=77&prg=7702M&gp=4
12. Silva JA, Neto AFO, Mariani MAP. Reflexões sobre o acesso à saúde na fronteira Corumbá (BR) e Puerto Quijarro (BO). *Rev GeoPantanal* [Internet]. 2017 [acesso em 2024 jan 12];(esp):79-95. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/revgeo/article/view/4107>
13. United Nations Office on Drugs and Crime, Division for Treaty Affairs. *World Drug Report 2022* [Internet]. Vienna: United Nations; 2022 [acesso em 2024 jan 30]. Disponível em: https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_5.pdf
14. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e método [Internet]. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015 [acesso em 2024 jan 12]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6598416/mod_resource/content/1/Livro%20Robert%20Yin.pdf
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.120 de 6 de julho de 2005. Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS FRONTEIRAS. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF; 2005 Jul 7 [aces-

- so em 2024 jan 12]; Edição 129; Seção I:47. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1120_06_07_2005.html
16. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2013 jun 13 [acesso em 2024 jan 12]; Edição 112; Seção I:59-62. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>
 17. Hahn TM. O direito à saúde dos estrangeiros que necessitam de proteção: a aplicação jurisprudencial na legislação brasileira e na convenção europeia de direitos humanos [Internet]. Brasília, DF: Publicações da Escola da Advocacia Geral da União; 2009 [acesso em 2024 jan 12]. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:redede.virtual.bibliotecas:revista:2009;001020649>
 18. Nogueira VMR, Fagundes HS, Alonso CB, et al. Políticas de saúde nos países do Mercosul: um retorno à universalidade? Rev Pol Públ. 2016;19(1):145-56. DOI: <https://doi.org/10.18764/2178-2865.v19n1p145-156>
 19. Giovanella L, Almeida PF. Comprehensive primary care and segmented health systems in South America. Cad Saúde Pública. 2017;33(supl2):e00118816. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00118816>
 20. Santos-Melo GZ, Andrade SR, Meirelles BHS, et al. Integration in health: cooperation at triple international border Amazon. Rev Saúde Pública. 2020;54:5. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001306>
 21. Levino A, Carvalho EF. Comparative analysis of health systems on the triple border between Brazil, Colombia, and Peru. Rev Panam Salud Publica. 2011;30(5):490-500. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1020-49892011001100013>
 22. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2018;42(116):11-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>
 23. Fagundes HS, Kreutz IT, Nogueira VMR, et al. Saúde na linha de fronteira Brasil-Uruguai: pactos e protagonismos dos atores locais. Rev Katalysis. 2018;21(2):293-304. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n2p293>
 24. Miclos PV, Calvo MCM, Colussi CF. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. Rev Saúde Pública. 2017;51:86. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006831>
 25. Ministério da Saúde (BR). Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde [Internet]. Alma-Ata, Cazaquistão: OMS; 1978 [acesso em 2024 jan 12]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
 26. Ocampo AHT. Saúde nas fronteiras: uma proposta de bem-estar e desenvolvimento. In: Souza ML, Ferreira LAP, Rezende VM, et al., organizadores. A saúde e a inclusão social nas fronteiras [Internet]. Florianópolis: Fundação Boiteux; 2008 [acesso em 2024 jan 12]. p. 149-154. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_inclusao_social_fronteras.pdf
 27. Nogueira JRB. Fronteira: espaço de referência identitária. Ateli Geogr. 2007;2(1):27-41. DOI: <https://doi.org/10.5216/ag.v1i2.3013>
 28. Adler E. O construtivismo no estudo das relações internacionais. Lua Nova. 1999;(47):201-246. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451999000200011>
 29. Wendt A. Anarchy is what states make of it: The social construction of power politics. Inter Organ [Internet]. 1992 [acesso em 2024 jan 12];46(2):391-425. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7945535/course/section/6553729/WENDT%20A.%20%281992%29.%20Anarchy%20is%20what%20states%20make%20of%20it%20the%20social%20construction%20of%20power%20politics.pdf>

30. Wendt A. *Social Theory of International Politics* [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 1999 [acesso em 2024 jan 12]. 462 p. Disponível em: <https://www.guillaumenicaise.com/wp-content/uploads/2013/10/Wendt-Social-Theory-of-International-Politics.pdf>

Recebido em 18/02/2024

Aprovado em 05/08/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Número do Processo: 88881.695908/2022-01

Editores responsáveis: Raquel Abrantes Pêgo

Percepção de racismo em ambientes de saúde e fatores associados em mulheres negras

Perception of racism in healthcare environments and associated factors in black women

Nathielle Maria de Oliveira Cândido¹, Priscila Pavan Detoni², Shana Ginar-Silva³

DOI: 10.1590/2358-289820241438692P

RESUMO Buscou-se investigar a percepção sobre as experiências de discriminação racial nos ambientes de saúde e identificar fatores associados. Estudo transversal, realizado entre novembro de 2021 e janeiro de 2022, com mulheres autodeclaradas negras residentes no Rio Grande do Sul. O inquérito foi realizado no formato on-line, com questionário estruturado e autoaplicável. A escala de percepção de discriminação em saúde foi o instrumento adotado para avaliação do principal desfecho de interesse. Como variáveis independentes, foram analisadas as variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde. A estatística descritiva compreendeu as frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis de interesse, enquanto o teste do qui-quadrado foi utilizado para observar a distribuição do desfecho segundo variáveis independentes. Para verificar os fatores associados, foram calculadas as Razões de Prevalência (RP) brutas e ajustadas, por meio da Regressão de Poisson. A amostra foi composta por 511 mulheres autodeclaradas negras, com prevalência de 19,8% de alta percepção de experiências raciais discriminatórias nos ambientes de saúde. Os fatores sociodemográficos e condições de saúde associados ao desfecho principal foram religiões de matriz africana (RP = 1,73; IC95% 1,17-2,54), uso da rede pública (RP = 1,71; IC95% 1,09-2,68) e diagnóstico prévio de Transtorno Mental Comum (RP = 1,56; IC95% 1,07-2,27).

PALAVRAS-CHAVE Saúde das minorias étnicas. Sexismo. Mulheres. Racismo. Atenção à saúde.

ABSTRACT This study sought to investigate the perception of racial discrimination in healthcare environments and identify associated factors. This is a cross-sectional study, carried out between November 2021 and January 2022, with self-declared black women residing in Rio Grande do Sul. The survey was carried out in an online format, with a structured and self-administered questionnaire. The scale of perception of discrimination in health was the instrument adopted to assess the main outcome of interest. As independent variables, sociodemographic, behavioral and health variables were analyzed. Descriptive statistics comprised the absolute (n) and relative (%) frequencies of the variables of interest, while the chi-square test was used to observe the distribution of the outcome according to independent variables. To verify the associated factors, Prevalence Ratios (PR) were calculated, crude and adjusted using Poisson Regression. The sample consisted of 511 self-declared black women, with a prevalence of 19.8% of high perception of discriminatory racial experiences in health environments. The sociodemographic factors and health conditions associated with the main outcome were religions of African origin (PR=1.73; 95%CI 1.17-2.54), use of the public network (PR=1.71; 95%CI 1.09 -2.68) and previous diagnosis of Common Mental Disorder (PR=1.56; 95%CI 1.07-2.27).

KEYWORDS Health of ethnic minorities. Sexism. Women. Racism. Delivery of health care.

¹Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Curso de Medicina - Passo Fundo (RS), Brasil.
nathielle.oliveira21@gmail.com

²Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Programa de Pós-Graduação em Ciências Biomédicas (PPGCB) - Passo Fundo (RS), Brasil.

³Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Pós-Graduação em Direitos Humanos (PPGDH) - Passo Fundo (RS), Brasil.



Introdução

No Brasil, não houve a consolidação de um regime de segregação racial formal, como o Apartheid na África do Sul, de modo que, após a abolição da escravatura, em 1888, o País passou décadas sendo considerado uma ‘democracia racial’, propagando a ideologia de integração racial e romantizando essas relações de poder assimétricas. Entretanto, alguns debates no que concerne ao racismo são negligenciados, proporcionando a manutenção de práticas racistas que exercem influência sobre questões políticas, socioeconômicas e de saúde. Nesse contexto, o mito da democracia racial é uma maneira de manter as relações raciais de subalternidade, posto que propaga a percepção de miscigenação simétrica e de uma sociedade livre de racismo. Tal fato pode ser exemplificado por meio do acometimento e do desfecho desiguais da covid-19 entre as populações brancas e negras, que são acompanhados de uma fala que defende tratar-se de doença que atingiu a todos com igualdade de repercussões¹. Isso agrava o discurso negacionista relacionado ao racismo na sociedade e atrasa a implantação de políticas públicas e ações afirmativas.

No Brasil, o direito à saúde foi conquistado ao longo da década de 1980, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e na consolidação da saúde como direito inerente a todo cidadão e dever do Estado, garantido na Constituição de 1988. Partindo do pressuposto de que a saúde é influenciada pelos contextos político, socioeconômico, cultural e ambiental nos quais o indivíduo está inserido, notou-se que a consolidação da saúde como bem social de toda a população não se concretizou para todos os usuários, sobretudo para os que vivenciam as disparidades raciais e de gênero em saúde². Nessa perspectiva, surgiu a necessidade de avaliar a assistência à saúde direcionada às minorias. Assim, em 2009, foi instituída a Política Nacional de Saúde da População Negra (PNSIPN), que, em seu texto, reconhece o racismo, as desigualdades raciais

e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde³. Entretanto, houve resistência institucional à sua efetivação, decorrente não só do desconhecimento da Política por parte de gestores e profissionais de saúde, mas, também, da ininterrupta discussão sobre a necessidade ou não da PNSIPN. Por conseguinte, a implementação dessa política ainda é incipiente².

Isso ampara o resultado de estudos que demonstram a presença do racismo nos níveis estrutural e institucional. O primeiro nível promove a manutenção de desvantagens ao manter hierarquias raciais, ou seja, o domínio branco através das gerações e constituições identitárias e subjetivas, que produzem desigualdades cumulativas, duráveis e baseadas na raça⁴. Já o segundo pode ser entendido como fator resultante de políticas, práticas e procedimentos de instituições que fracassaram em promover o acesso à qualidade de bens, serviços e oportunidades em decorrência da cor, cultura ou origem étnica⁵. Sobre o racismo institucional, no estudo de Bittencourt, Santana e Santos¹:

Os usuários associam a estrutura inadequada, a irregularidade dos insumos, o acolhimento não orientado às suas necessidades, a rotatividade dos profissionais (que interfere no estabelecimento de vínculos) ao fato de ser um serviço público voltado para negros, de baixa renda, da periferia.

O sexismo, tal como o racismo, possui participação direta na construção de processos de saúde e doença. Isso ocorre devido a um padrão comportamental, preestabelecido culturalmente, que determina características inerentes a um gênero. Logo, ser mulher está diretamente relacionado ao dever de seguir um modelo legitimado, e aquela que não se enquadra é classificada como uma patologia social⁶. Assim, percebe-se que as práticas sexistas estão presentes, principalmente, na formação e designação do repertório binário e estigmatizado de oposição dos gêneros, o que

gera uma interseccionalidade entre racismo e sexismo (machismos, comportamentos patriarcais e LGBTfóbicos), resultando na formação de estereótipos sobre a mulher negra. Nesse sentido, conforme Amorim et al.⁷, o racismo e o sexismo se baseiam na supressão de expressões flagrantes, fazendo com que muitos indivíduos presumam que eles não existam mais, já que não são expressos abertamente, o que pode agravar as problemáticas vividas pelas mulheres negras.

No âmbito da saúde, o racismo institucional influencia o tratamento de doenças prevalentes na população negra, bem como dificulta o acesso aos serviços e o levantamento de dados epidemiológicos que poderiam melhor caracterizar o processo de saúde e doença dessa população⁸. Uma das manifestações do racismo institucional no ambiente de saúde é retratada na tentativa de muitos estudos de relacionar cor/raça aos problemas de saúde, entretanto, ainda é muito comum em documentos de saúde a ausência de um campo específico para registrar a cor/raça do usuário; ou, caso exista esse campo específico, a cor geralmente não é registrada. Nesse sentido, Sacramento et al.⁹ relatam que existe um constrangimento durante a entrevista que só se torna evidente quando o entrevistado é negro. Os autores também ressaltam que tanto perguntar sobre a cor quanto registrá-la na atenção à saúde não tem expressão significativa para os brancos. Ademais, Kalckmann et al.¹⁰ concluíram que os serviços de saúde, por meio de seus profissionais, aumentam a vulnerabilidade da população negra, ao revelarem uma tendência de subestimar queixas, com base em crenças como, por exemplo, a de que as pessoas negras são mais resistentes à dor ou que não adoecem.

O retrato da invisibilidade da população negra e da cultura racista existente no estado do Rio Grande do Sul (RS) pode ser observado na tese 'A invisibilidade negra na cidade de Porto Alegre', da pesquisadora Bonetto¹¹, a qual trouxe o seguinte questionamento: 'Quando você escuta falar sobre o Rio Grande do Sul, você pensa automaticamente em que grupos

culturais?'. Entre os brancos, o grupo cultural relacionado são os portugueses (37%), os italianos em segundo lugar (34%), e os 'gaúchos' em terceiro, com 13%. Somente 1% dos auto-declarados brancos respondeu que pensa na população negra como grupo cultural relacionado a esse estado. Além disso, o relatório técnico titulado 'Panorama das desigualdades de raça/cor no Rio Grande do Sul' realizou um levantamento de dados e construiu um panorama da desigualdade racial no estado, segundo o qual, em 2020, a taxa de analfabetismo foi duas vezes maior entre os negros. Nesse mesmo documento, 19,2% da população branca avaliava seu estado de saúde como 'muito bom', percentual que cai para 16,7% entre os pardos e 12,2% entre os pretos. Já no primeiro trimestre de 2020, o último antes dos maiores efeitos da pandemia da covid-19, a taxa de desemprego era de 13,5% entre a população preta e 7,2% entre os brancos¹².

No que se refere à percepção do racismo, estudo americano trouxe que a discriminação racial percebida na assistência à saúde foi de 12,3% entre os negros e de 2,3% entre os brancos, entretanto, o privilégio racial foi relatado mais comumente por brancos (14,9%), e com menor frequência entre os negros (8%)¹³. Outra pesquisa, realizada no Rio de Janeiro, construiu um índice de percepção do racismo e apontou que 44,9% da amostra têm alta percepção de racismo, sendo maior entre: os negros (58,8%), as mulheres (54,8%) e os jovens (55%)¹⁴. Tais dados apontam a existência dos estereótipos negativos associados aos negros e trazem à tona a necessidade de estudos quantitativos sobre as implicações do racismo na sociedade brasileira.

A discriminação racial percebida é definida como uma percepção de tratamento injusto por causa da raça, sendo isso um fator de risco para a saúde que exerce relações com fatores adversos, como, por exemplo, a renúncia para os cuidados preventivos, adiamento de exames e tratamentos médicos, bem como subutilização dos serviços, que resulta, muitas vezes, em diagnósticos tardios¹³. Portanto, o presente

estudo teve como objetivo investigar a percepção sobre as experiências de discriminação racial nos ambientes de saúde e identificar fatores associados.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de delineamento epidemiológico transversal, desenvolvido entre novembro de 2021 e janeiro de 2022, por meio de um inquérito online com mulheres autodeclaradas negras. Foram incluídas no estudo as mulheres autodeclaradas negras com idade igual ou superior a 18 anos, residentes no estado do RS com capacidade de expressão verbal e escrita. Mulheres com dificuldades cognitivas e/ou de compreensão do questionário foram definidas como inelegíveis para participação na pesquisa.

Para a definição do tamanho da amostra, foi considerado um nível de confiança de 95%, poder do estudo de 80% e margem de erro de cinco pontos percentuais. Tendo como base uma prevalência esperada da variável de interesse de 60%, seriam necessários 369 participantes. Acrescentando-se 10% para possíveis perdas ou recusas, a amostra foi estimada em 406 participantes.

Os dados foram coletados por meio de questionário estruturado e autoaplicável na plataforma Google Forms, no qual foram realizadas estratégias de divulgação do *link* contendo o instrumento on-line de coleta de dados em plataformas digitais. O desfecho estudado, percepção de discriminação em saúde, foi aferido por meio da Escala de Percepção de Discriminação em Saúde – Versão Pessoal (EPDRS-VP). O instrumento original foi desenvolvido por Bird et al.¹⁵, com o objetivo de avaliar a percepção de discriminação a partir de raça e classe social, sendo composta por 14 itens. Miranda¹⁶ adaptou e validou a EPDRS-VP para medir a experiência de racismo em adultos brasileiros. O instrumento avalia em que medida a pessoa percebe ter sido discriminada por causa da cor da sua pele ou de

sua etnia durante atendimentos em saúde. Apresenta estrutura unifatorial, composta por 13 itens, avaliados por uma escala de tipo Likert com cinco opções de resposta: 1 (nunca), 2 (quase nunca), 3 (às vezes), 4 (quase sempre) e 5 (sempre), assim, o valor mínimo do escore é 13, e o valor máximo 65. Neste estudo, para a análise dos dados, foi realizada a dicotomização utilizando-se como ponto de corte até 39 pontos para classificar como baixa percepção de discriminação, e acima de 39 pontos para denominar as mulheres com alta percepção de discriminação.

Como exposições, foram utilizadas as seguintes variáveis demográficas e socioeconômicas: idade (medida em anos completos e categorizada em 18-24, 25-40, 41-59 e ≥ 60), escolaridade (em anos de estudo: 0-4, 5-8, 9-11 e ≥ 12), renda (medida em salários-mínimos: ≤ 1 , 1-3, 3-6 e ≥ 6), religião (matriz africana, católica, espiritismo e outros/sem religião) e participação em atividades ligadas à questão racial (sim, não).

Por fim, com relação às condições de saúde, discriminação e utilização dos serviços de saúde, foram utilizadas como exposições: diagnóstico de Transtorno Mental Comum (sim, não), utilização do serviço de saúde (categorizada em fácil vs. difícil), autoavaliação de saúde (positiva, negativa), frequência de utilização nos últimos três meses (nenhuma vez/uma vez e de duas a cinco vezes/mais de cinco), principal rede de utilização dos serviços de saúde (pública, plano de saúde/particular) e questionamento do médico sobre autodenominação racial (sim, não/não sabe/não lembra).

Uma vez coletados, os dados foram extraídos de plataforma on-line em forma de planilha eletrônica e transferidos para análise estatística no programa de análises estatísticas PSPP 1.2.0, uma alternativa de *Software* Livre, onde foi realizada a análise estatística descritiva e a analítica dos dados.

Para a análise da distribuição da variável dependente, foi utilizado o resultado da percepção de discriminação em saúde com base

na escala EPDRS-VP, de acordo com as variáveis independentes, por meio do Teste de qui-quadrado, considerando-se estatisticamente significantes valores de $p < 0,05$.

Para análise dos fatores associados a uma maior probabilidade de alta percepção de racismo na saúde, estimaram-se as Razões de Prevalência (RP) brutas e ajustadas e os intervalos de confiança de 95% (IC95%) por meio da Regressão de Poisson. Na análise ajustada, adotou-se a modelagem hierárquica¹⁷, com modelo construído pelos autores em cinco níveis, sendo idade, religião (1º nível), renda, escolaridade (2º nível), principal rede de utilização dos serviços de saúde, diagnóstico de Transtorno Mental Comum, participação em atividades ligadas à questão racial (3º nível), autoavaliação de saúde (4º nível), utilização do serviço de saúde e questionamento do médico sobre autodenominação racial (5º nível). As variáveis foram ajustadas para as do mesmo nível e para as do nível superior. Todas as variáveis foram incluídas na análise ajustada e selecionadas pelo método *backward*, sendo mantidas aquelas com $p < 0,20$. Em todos os testes, o nível de significância adotado foi $p < 0,05$. Todas as análises foram realizadas nos Programas estatísticos PSSP (distribuição

livre) e Stata, versão 12.0 (StataCorp, College Station, 195 Texas, USA).

O protocolo do projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul sob o CAAE nº 51165421.4.0000.5564 e parecer nº 5.042.435, atendendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁸.

Resultados

A amostra foi composta por 511 mulheres autodeclaradas negras. A percepção de discriminação em saúde, de acordo com a Escala de percepção de discriminação em saúde – versão pessoal (EPDRS-VP), apontou que 19,6% das mulheres negras têm uma alta percepção de racismo na saúde. No que tange às características sociodemográficas da amostra, os dados apresentados na *tabela 1* evidenciam o predomínio de participantes com idade entre 25 e 40 anos (43,6%), 12 anos ou mais de estudo (84,9%), renda familiar de 3 a 6 salários-mínimos (38,4%), sem cônjuge (60,1%), de religião de matriz africana (38,1%) e com participação em atividades ligadas à questão racial (60,9%).

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra. Rio Grande do Sul, Brasil, 2021 (n = 511)

	n	%
Faixa etária		
18 - 24 anos	56	11
25 - 40 anos	223	43,6
41 - 59 anos	197	38,6
≥ 60 anos	35	6,8
Escolaridade (anos de estudo)		
0 - 4	2	0,4
5 - 8	6	1,2
9 - 11	69	13,5
≥12	434	84,9
Renda (salários-mínimos)		
≤1	32	6,2
1 - 3	135	26,4

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra. Rio Grande do Sul, Brasil, 2021 (n = 511)

	n	%
3 - 6	196	38,4
≥ 6	148	29
Situação conjugal		
Solteira / divorciada / viúva	307	60,1
União estável / casada	204	39,9
Religião (n = 431)		
Matriz africana	164	38,1
Católica	94	21,8
Espiritismo	83	19,3
Outras / sem religião	90	20,9
Participação em atividades ligadas à questão racial		
Não	200	39,1
Sim	311	60,9

Fonte: elaboração própria.

Quanto às condições de saúde, observaram-se que 85,3% declararam uma autopercepção positiva da saúde, e 60,3% referiram não ter diagnóstico prévio de Transtorno Mental Comum. Ainda, a utilização do serviço de saúde foi considerada regular (48,7%), a maioria

utilizou os serviços de saúde nos últimos três meses de duas a cinco vezes (43,8%), sendo que 51,3% utilizaram, principalmente, o plano de saúde, e 63,4% não foram questionadas sobre autodenominação racial pelo(a) médico(a) durante o atendimento (*tabela 2*).

Tabela 2. Condições de saúde, discriminação e utilização dos serviços da amostra estudada. Rio Grande do Sul, Brasil, 2021 (n = 511)

	n	%
Autoavaliação de saúde		
Negativa	75	14,7
Positiva	436	85,3
Diagnóstico de transtorno mental comum		
Não	308	60,3
Sim	203	39,7
Utilização do serviço de saúde		
Muito fácil	30	5,9
Fácil	125	24,5
Regular	249	48,7
Difícil	81	15,9
Muito difícil	26	5,1
Frequência de utilização nos últimos três meses		
Nenhuma vez	92	18

Tabela 2. Condições de saúde, discriminação e utilização dos serviços da amostra estudada. Rio Grande do Sul, Brasil, 2021 (n = 511)

	n	%
Uma vez	147	28,8
De duas a cinco vezes	224	43,8
Mais de cinco vezes	48	9,4
Principal utilização dos serviços de saúde (n = 505)		
Rede pública	217	43
Plano de saúde	259	51,3
Particular	29	5,7
Médico questionou sobre autodenominação racial (n = 508)		
Não	322	63,4
Sim	142	28
Não sabe / não lembra	44	8,7

Fonte: elaboração própria.

A *tabela 3* apresenta a análise bivariada da prevalência de percepção de racismo segundo estratos sociodemográficos, condições de saúde e discriminação. As variáveis que mostraram relação estatisticamente significativa com o desfecho foram: religiões de matriz

africana ($p = 0,003$), diagnóstico de Transtorno Mental Comum ($p = 0,010$), rede pública como principal meio de utilização dos serviços de saúde ($p = 0,003$), difícil utilização do serviço de saúde ($p = 0,043$) e participação em movimentos ligados à questão racial ($p = 0,021$).

Tabela 3. Prevalência de percepção de racismo em ambientes de saúde segundo estratos sociodemográficos, condições de saúde. Rio Grande do Sul, Brasil, 2021 (n = 511)

	Baixa Percepção		Alta Percepção		p
	n	%	n	%	
Idade					0,754
18 - 40 anos	223	79,1	56	20,1	
> 40 anos	188	81	44	19	
Escolaridade (anos de estudo)					0,575
0 - 4	2	100	0	0	
5 - 8	6	100	0	0	
9 - 11	55	79,7	14	20,3	
≥ 12	348	80,2	86	19,8	
Renda (salários-mínimos)					0,282
≤ 1	26	81,2	6	18,8	
1 - 3	101	74,8	34	25,2	
3 - 6	163	83,2	33	16,8	
≥ 6	121	81,8	27	18,2	

Tabela 3. Prevalência de percepção de racismo em ambientes de saúde segundo estratos sociodemográficos, condições de saúde. Rio Grande do Sul, Brasil, 2021 (n = 511)

	Baixa Percepção		Alta Percepção		p
	n	%	n	%	
Religião (n = 431)					0,003
Matriz africana	120	73,2	44	26,8	
Outros	227	85	40	15	
Médico questionou sobre autodenominação racial (n = 508)					0,463
Sim	117	82,4	25	17,6	
Não / não sabe / não lembra	291	79,5	75	20,5	
Principal utilização dos serviços de saúde (n = 505)					0,003
Rede pública	161	74,2	56	25,8	
Plano de saúde ou Particular	244	84,7	44	15,3	
Frequência de utilização nos últimos três meses					0,536
Nenhuma vez / uma vez	195	81,6	44	18,4	
De duas a cinco vezes / mais de cinco vezes	216	79,4	56	20,6	
Diagnóstico de transtorno mental comum					0,010
Sim	152	74,9	51	25,1	
Não	259	84,1	49	15,9	
Autoavaliação de saúde					0,464
Positiva	353	81	83	19	
Negativa	58	77,3	17	22,7	
Utilização do serviço de saúde					0,043
Fácil	133	85,8	22	14,2	
Difícil	278	78,1	78	21,9	
Participação em atividades ligadas à questão racial					0,021
Sim	240	77,2	71	22,8	
Não	171	85,5	29	14,5	

Fonte: elaboração própria.

As RP bruta e ajustadas da associação entre alta percepção de racismo em ambientes de saúde e estratos sociodemográficos e condições de saúde são apresentadas na *tabela 4*. Após ajuste para potenciais fatores de confusão, observou-se que a variável religião é a que possui as maiores RP para o desfecho, particularmente, a religião de matriz africana (RP = 1,73; IC95% 1,17-2,54). Usuárias da rede

pública apresentam 71% maior probabilidade de perceberem o racismo em ambientes de saúde, quando comparadas com usuárias de plano de saúde ou particular (RP = 1,71; IC95% 1,09-2,68). A maior probabilidade de perceber o racismo em ambientes de saúde está potencialmente associada com diagnóstico prévio de Transtorno Mental Comum (RP = 1,56; IC95% 1,07-2,27).

Tabela 4. Análise bruta e ajustada de alta percepção de racismo em ambientes de saúde segundo estratos sociodemográficos, condições de saúde. RP = Razão de Prevalência. Rio Grande do Sul, Brasil, 2021 (n = 511)

	Bruta			Ajustada ^a		
	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p
Idade			0,023			0,056
18 - 50	1,88	1,09-3,24		1,73	0,98-3,05	
> 50 anos	1	-		1	-	
Religião (n = 431)			0,003			0,005
Matriz africana	1,79	1,26-2,62		1,73	1,17-2,54	
Outros	1	-		1	-	
Escolaridade			0,741			
<12	1	-			-	
≥ 12	1,03	0,87-1,22				
Renda (salários-mínimos)			0,080			0,160
≤ 3	1	-		1	-	
> 3	0,73	0,51-1,04		0,76	0,51-1,11	
Principal utilização dos serviços de saúde (n = 505)			0,004			0,018
Rede pública	1,69	1,19-2,41		1,71	1,09-2,68	
Plano de saúde ou Particular	1	-		1	-	
Autoavaliação de saúde			0,458			0,722
Positiva	1	-		1	-	
Negativa	1,06	0,91-1,24		0,96	0,81-1,14	
Diagnóstico de transtorno mental comum			0,011			0,021
Não	1	-		1	-	
Sim	1,58	1,11-2,24		1,56	1,07-2,27	
Participação em atividades ligadas à questão racial			0,024			0,088
Não	1	-		1	-	
Sim	1,57	1,06-2,33		1,46	0,94-2,27	
Utilização do serviço de saúde			0,050			0,059
Fácil	1	-		1	-	
Difícil	1,24	1,00-1,54		1,24	0,99-1,56	
Médico questionou sobre autodenominação racial (n = 508)			0,467			
Sim	1	-			-	
Não / Não sabe / Não Lembra	1,16	0,77-1,75				

Fonte: elaboração própria.

RP: Razão de Prevalência; IC95%: Intervalo de Confiança.

^a ajustado para idade, religião (1º nível), renda, escolaridade (2º nível), principal rede de utilização dos serviços de saúde, diagnóstico de transtorno mental comum, participação em atividades ligadas à questão racial (3º nível), autoavaliação de saúde (4º nível), utilização do serviço de saúde e questionamento do médico sobre autodenominação racial (5º nível).

Discussão

No estudo apresentado, observou-se que 19,6% da amostra têm alta percepção de discriminação racial em ambientes de saúde. Assim, essa porcentagem é preocupante, porque indica que um quinto da amostra, em algum momento, sofreu com o racismo no sistema de saúde. Tendo esse desfecho como principal, o estudo apresentou associação estatisticamente significativa, após ajustes para os possíveis fatores de confusão, com as variáveis religiões de matriz africana, diagnóstico prévio de Transtorno Mental Comum e uso da rede pública como principal meio de utilização dos serviços de saúde.

Miranda¹⁶, ao investigar o racismo nos atendimentos em saúde a partir da percepção dos seus usuários, realizou, primeiramente, a adaptação e a validação da Escala de Percepção de Discriminação Racial em Saúde – versões pessoal e geral. Em seguida, utilizou as escalas para investigar as representações dos participantes acerca da temática. Assim, essa pesquisa identificou, na EPDRS-VP, que 30% dos participantes negros tiveram a pontuação para percepção de racismo alta, estando em consonância com o percentual obtido neste trabalho. Além disso, o percentual, referido anteriormente, de 19,6% de alta percepção de discriminação racial em ambientes de saúde, reafirma a situação de maior vulnerabilidade das mulheres negras no acesso aos serviços de saúde, estando essa realidade relacionada com as desigualdades cumulativas – raciais, de gênero e de classe, e com o racismo institucional percebido nos ambientes públicos de saúde, reforçando vulnerabilidades e gerando agravos ao processo de saúde.

A pesquisa de Santos¹⁹, realizada com usuários do SUS, em São Paulo, também utilizou a escala EPDRS-VP, desenvolvida por Miranda¹⁶. O autor teve como objetivo analisar a experiência de racismo institucional no atendimento em saúde sexual e reprodutiva junto às mulheres e aos homens que procuram o atendimento em saúde, para o acompanhamento pré-natal. Nos resultados, os participantes

negros (71,54%) relataram que quase nunca, ou às vezes, perceberam discriminação racial nos serviços de saúde, sendo esse valor distribuído entre 53,66% de mulheres negras e 17,89% de homens negros; e 8,13% relataram ter percebido a discriminação racial quase sempre e sempre, dos quais, as mulheres (7,32%) tiveram maior percepção quando comparadas aos homens (0,81%). Assim como este trabalho, a pesquisa de Santos¹⁹ não apresentou associação estatisticamente significativa entre percepção de racismo e faixa etária, escolaridade e renda, fato que pode estar associado com o formato da coleta de dados. Todavia, no presente estudo, foi observado que a idade teve associação limítrofe ($p = 0,056$) após ajustes de possíveis fatores de confusão, apontando que mulheres com menos de 50 anos apresentaram 73% maior probabilidade de perceberem o racismo em ambientes de saúde do que mulheres com idade acima de 50 anos (RP = 1,73; IC95% 0,98-3,05).

Em uma outra produção nacional que realizou uma análise da prática de racismo institucional nos serviços de saúde com base na percepção dos usuários negros, declararam ter sofrido racismo em serviços públicos de saúde cerca de 63,6% dos participantes²⁰. Já em pesquisa de caráter exploratório, realizada em 2005, em São Paulo, 43,3% dos entrevistados já perceberam alguma discriminação racial nos serviços de saúde, sendo mais frequente entre os de cor preta (60%)¹⁰. Na pesquisa de Lages et al.²¹, em Belo Horizonte, na questão direcionada ao preconceito recebido nos serviços de saúde pública, entre os negros, 24,3% responderam ‘sim’, que já foram vítimas de discriminação nos centros de saúde pública. Nesse contexto, ressalta-se que a PNSIPN pode ser considerada um exemplo da manutenção do racismo institucional decorrente da desvalorização das demandas em saúde que afetam a população negra, pois o que se espera de qualquer política é que, após a sua formalização, seja executada, enquanto processo de implementação e êxito, através de resultados esperados, condição essa que, quando

não alcançada, torna-se fator importante na perpetuação das vulnerabilidades em saúde²².

O perfil sociodemográfico deste estudo difere do de outras pesquisas similares com mulheres negras, posto que, aproximadamente, 85% da amostra referiram alta escolaridade (maior ou igual a 12 anos de estudo) e mais de 65% reportaram ganhar uma renda igual ou superior a três salários-mínimos. Logo, não se pode desconsiderar que a amostra do presente estudo é diferenciada quando comparada à população negra local, em termos de escolaridade e renda. No Rio Grande do Sul, 16,4% dos brancos tinham ensino superior completo em 2019, contra 6,3% dos negros. Além disso, a taxa de conclusão de curso entre as mulheres brancas era de 61,5% versus 46,5% para as pretas¹². Trevilato et al.²³ mostrou que, entre as mulheres negras, apenas 6,6% têm 12 ou mais anos de estudo. Um estudo realizado pelo IBGE mostrou que, em 2021, o rendimento médio mensal de pessoas ocupadas brancas (R\$ 3.099) foi bastante superior ao de pretas (R\$ 1.764) e pardas (R\$ 1.814), além do que, mesmo com ensino superior completo ou mais, pessoas brancas ganharam, aproximadamente, 50% a mais do que as de cor preta²⁴. Nessa conjuntura, salienta-se que o método utilizado na pesquisa (inquérito on-line) possa ter influenciado a caracterização sociodemográfica, visto que é necessário possuir aparelhos (*notebook*, *smartphone*) e acesso à internet. Logo, isso também pode explicar parte das diferenças encontradas na comparação com outros estudos.

O diagnóstico de Transtorno Mental Comum foi um dos fatores que permaneceu estatisticamente associado com a alta percepção de racismo na saúde após ajustes para possíveis fatores de confusão ($p = 0,021$). Ao avaliar o efeito das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras, o estudo de Martins et al.²⁵ encontrou que a frequência de microagressões apresenta uma relação inversa e significativa com a saúde mental, de modo que os resultados indicaram que a alta frequência de microagressões prediz

piores níveis de saúde mental. Uma metanálise realizada por Pieterse et al.²⁶ revisou estudos publicados entre janeiro de 1996 e abril de 2011 sobre as associações entre racismo e saúde mental entre negros americanos, a qual encontrou uma associação positiva entre racismo percebido e sofrimento psicológico. Assim sendo, o presente estudo está em consonância com a literatura e indica que uma maior percepção de racismo está associada a maior sofrimento psicológico.

Nessa conjuntura, destaca-se que, no presente estudo, 14,7% das mulheres negras avaliaram negativamente a autopercepção de saúde, estando de acordo com o já evidenciado na literatura. O estudo de Domingues²⁷, realizado na Bahia, trouxe que, entre as mulheres negras, a prevalência da autoavaliação negativa do estado de saúde foi de 54,5%, sendo que a associação entre a autoavaliação do estado de saúde e a raça/cor foi positiva e estatisticamente significativa. O trabalho de Camelo et al.²⁸, realizado com dados de 14.386 participantes da linha de base (2008-2010) do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (Elsa-Brasil), que tinha a finalidade de investigar a associação entre racismo e autoavaliação de saúde, mostrou que entre brancos, pardos e pretos a prevalência de autoavaliação de saúde ruim foi de 15%, 24% e 28%, respectivamente. Assim, mesmo sem a presença de uma relação estatisticamente significativa, o presente estudo mostra que existe interferência das desigualdades raciais e de gênero na autopercepção de saúde, ou seja, esses marcadores se interseccionam, retratando, neste trabalho, uma avaliação negativa da saúde, mesmo perante uma amostra com nível de escolaridade e renda superior ao da população negra do estado do RS.

Outro fator que permaneceu estatisticamente associado, após ajustes para os possíveis fatores de confusão, foi a rede pública como principal forma de utilização dos serviços de saúde ($p = 0,018$), tendo um percentual amostral de 43% entre as mulheres pesquisadas. No estudo de Dantas et al.²⁹, realizado a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)

de 2013, foi observado que a prevalência da discriminação por raça/cor praticada por prestadores de cuidados de saúde teve associação com ser usuário exclusivo do serviço público de saúde (RP = 1,33; IC95% 1,02-1,73). Logo, isso pode estar relacionado a uma percepção de uma posição inferior na hierarquia social e/ou com frequentes episódios de discriminação racial em ambiente de saúde, sendo esses, também, possíveis fatores contribuintes para a alta percepção de racismo pelos usuários da rede pública.

Ainda, a utilização do serviço de saúde foi considerada regular (48,7%), difícil (15,9%) e muito difícil (5,1%) pelas mulheres negras pesquisadas. Salienta-se, na presente pesquisa, que as mulheres que consideraram difícil a utilização do serviço de saúde têm 24% maior probabilidade de perceber o racismo em ambientes de saúde, quando comparadas com as que consideraram fácil a utilização do serviço (RP = 1,24; IC95% 0,99-1,56); entretanto, essa associação apresentou valor limítrofe ($p = 0,059$) após ajustes para possíveis fatores de confusão. Um estudo estimou, a partir de três pesquisas nacionais realizadas em 2008, 2013 e 2019, que a percepção de dificuldade de acesso aos serviços de saúde foi constante ao longo dos três anos de estudo – cerca de 3% da amostra relatou esse resultado³⁰. Na pesquisa de Chehuen et al.³¹, foram realizadas entrevistas estruturadas com 391 indivíduos negros, usuários do SUS, da cidade de Juiz de Fora. Na ocasião, quando indagados sobre o acesso da população negra à saúde, teve-se que as pessoas negras consideraram tal acesso mais difícil (OR = 20%).

Com relação à religião, aproximadamente 40% da amostra são adeptas da matriz africana. Esse fator apresentou associação significativa com o desfecho após ajustes para possíveis fatores de confusão ($p = 0,005$). Não foram corroboradas na literatura analisada associações entre a religião e o racismo percebido, contudo, os praticantes de matriz africana sofrem há décadas copiosas violências, também conhecidas como intolerância religiosa, com destaque para a área da saúde, na medida em que as

atividades provenientes dessas religiões (realizadas por curandeiros, rezadeiras, raizeiras) são desqualificadas em prol da ‘verdade’ obtida pelas descobertas científicas, que, ao longo da história, teve a finalidade de combater os crimes perpetrados contra a saúde pública³². Logo, a alta percepção de racismo na saúde entre as praticantes dessa religião, na presente pesquisa, pode ser explicada pelo maior histórico de vivências discriminatórias e pela conscientização racial.

Por se tratar de um estudo que utiliza uma escala validada que avalia a percepção de mulheres negras acerca do racismo presente em ambientes de saúde no RS, este trabalho se mostra relevante para o processo de reconhecimento dos atravessamentos do racismo institucional e estrutural e seus impactos negativos. Cabe, portanto, a construção de conhecimentos em saúde desse público, a fim de criar ações afirmativas que proporcionem melhores condições de acesso aos serviços, bem como melhorias na saúde, de forma equitativa, para amparar as mulheres negras.

Cita-se como limitação desta pesquisa sua natureza transversal, com possibilidade de viés de causalidade reversa para algumas variáveis. Também, o viés de memória, pois as usuárias podem ter sub ou superestimado algum dado; e, ainda, o viés de informação, devido à não comprovação de respostas, como, por exemplo, do diagnóstico médico autorreferido de Transtorno Mental Comum. Por fim, o viés de seleção, por tratar-se de um questionário on-line e autoaplicado. No entanto, os objetivos do trabalho foram alcançados, haja vista ter investigado a percepção de mulheres negras sobre as experiências de discriminação racial nos ambientes de saúde, bem como ter identificado os fatores sociodemográficos e de saúde associados, no estado do RS.

Conclusões

O estudo mostrou uma prevalência de 19,6% de alta percepção de discriminação racial em

saúde. Diante dos resultados, destaca-se que, aproximadamente, um quinto da amostra tem alta percepção de discriminação racial em ambientes de saúde. Logo, a efetivação do direito à saúde é prejudicada pelo racismo e pelo sexismo, o que significa que, se mulheres negras mencionam a sua existência no ambiente de saúde, torna-se preciso que as políticas públicas intervencionistas se concentrem nos fatores estruturais e sistêmicos para reconhecer e reduzir essa problemática intrínseca ao corpo social.

Ainda, nesta pesquisa, houve associação estatisticamente significativa do desfecho, prevalência de percepção de racismo com religiões de matriz africana, diagnóstico de Transtorno Mental Comum e rede pública como principal meio de utilização dos serviços de saúde. Portanto, este trabalho possui relevância para subsidiar ações afirmativas que proporcionem melhores condições de saúde a essa população vulnerabilizada e estigmatizada. Do mesmo modo, pode contribuir para a efetiva implementação da PNSIPN no SUS ao retratar, por meio de dados quantitativos, aos gestores e trabalhadores da saúde, a

necessidade e importância da execução dessa política no combate às vulnerabilidades decorrentes do processo histórico e social que ainda embasam a discriminação racial e de gênero, sobretudo na saúde pública.

Agradecimentos

As autoras agradecem os investimentos em pesquisa da FAPERGS e UFFS, e, principalmente, às participantes desta pesquisa.

Colaboradoras

Cândido NMO (0000-0002-7219-9704)* contribuiu para concepção, análise e interpretação de dados, e elaboração do manuscrito. Detoni PP (0000-0002-7436-2229)* e Ginar-Silva S (0000-0003-1504-6936)* contribuíram para orientação da pesquisa, análise dos dados, redação, revisão crítica, metodológica e ética do projeto de pesquisa e escrita conjunta do manuscrito. ■

Referências

1. Bittencourt LJ, Santana KSO, Santos DSM. Saúde da população negra na atenção primária: incompreensão que legitima iniquidade em tempos de Covid-19. *Saúde debate*. 2023;47(137):31-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313702>
2. Faustino DM. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(12):3831-3840. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.25292017>
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em 2023 abr 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
4. Siqueira JS, Fernandes RD. Demanda psicossocial e demanda física no trabalho: iniquidades segundo raça/cor. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(10):4737-4748. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.19982020>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Oliveira BM, Kubiak F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde debate*. 2019;43(122):939-948. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912222>
6. Silva IP, Chai CG. As relações entre racismo e sexismo e o direito à saúde mental da mulher negra brasileira. *Rev Pol Públ*. 2018;22:987-1006. DOI: <https://doi.org/10.18764/2178-2865.v22nep987-1006>
7. Amorim AK, Barbosa LH, Vione KC, et al. Preconceitos que se cruzam: a relação entre o racismo, sexismo e valores. *Psico USF*. 2021;26(2):253-263. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712021260205>
8. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc*. 2016;25(3):535-549. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-129020162610>
9. Sacramento AN, Nascimento ER. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(5):1142-1149. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000500016>
10. Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde Soc*. 2007;16(2):146-155. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902007000200014>
11. Bonetto H. A invisibilidade negra na cidade de Porto Alegre: uma pesquisa sobre imaginários urbanos [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018. 236 p.
12. Augustin AC, Menezes DB, Oliveira LS, et al. Panorama das desigualdades de raça/cor no Rio Grande do Sul [Internet]. Porto Alegre: Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão; 2021 [acesso em 2023 abr 10]. Disponível em: <https://estado.rs.gov.br/estudo-mostra-panorama-da-desigualdade-racial-no-rs>
13. Stepanikova I, Oates GR. Perceived Discrimination and Privilege in Health Care: The Role of Socioeconomic Status and Race. *Am J Prev Med*. 2017;52(1):S86-S94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.09.024>
14. Oliveira CL, Barreto PC. Percepção do racismo no Rio de Janeiro. *Estud Afro Asiat*. 2003;25(2):183-213. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0101-546x2003000200001>
15. Bird ST, Bogart LM, Delahanty DL. Health-Related Correlates of Perceived Discrimination in HIV Care. *AIDS Patient Care STDs*. 2004;18(1):19-26. DOI: <https://doi.org/10.1089/108729104322740884>
16. Miranda RS. Racismo no contexto da saúde: um estudo psicossociológico [tese na Internet]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2015 [acesso em 2023 abr 10]. 193 p. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/7688?locale=pt-BR>
17. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiology*. 1997;26(1):224-227. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/26.1.224>
18. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:549.
19. Santos MV. Análise do racismo institucional em saúde sexual e reprodutiva em um município no interior de São Paulo [dissertação na Internet]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2020 [acesso em 2023 abr 10]. 127 p. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-17032021-144409/pt-br.php>
20. Loduvico GD, Martins MM, Rocha TI, et al. Racismo institucional: percepção sobre a discriminação racial nos serviços de saúde. *Arq Medicos Dos Hosp Fac Cienc Medicas St Casa São Paulo*. 2021;66(1u):1. DOI: <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2021.66.008>
21. Lages SRC, Silva AM, Silva DP, et al. O preconceito racial como determinante social da saúde – a in-

- visibilidade da anemia falciforme. *Gerai*s, *Rev Interinst Psicol* [Internet]. 2017 [acesso em 2023 abr 10];10(1):109-122. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202017000100011&lng=pt
22. Oliveira LGF, Magalhães M. Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil. *Rev Bras Estud Popul*. 2022;39:1-13. DOI: <https://doi.org/10.20947/s0102-3098a0214>
 23. Trevilato GC, Riquinho DL, Mesquita MO, et al. Anomalias congênitas na perspectiva dos determinantes sociais da saúde. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(1):e00037021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037021>
 24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil [Internet]. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [acesso em 2023 abr 10]. 35 p. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html>
 25. Martins TV, Lima TJ, Santos WS. O efeito das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras. *Cienc Amp Saúde Coletiva*. 2020;25(7):2793-2802. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.29182018>
 26. Pieterse AL, Todd NR, Neville HA, et al. Perceived racism and mental health among Black American adults: A meta-analytic review. *J Couns Psychol*. 2012;59(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0026208>
 27. Domingues PM. Autoavaliação do estado de saúde de mulheres negras e brancas e fatores associados [tese na Internet]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2013 [acesso em 2023 abr 10]. 88 p. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/12133?mode=full>
 28. Camelo LV, Coelho CG, Chor D, et al. Racismo e iniquidade racial na autoavaliação de saúde ruim: o papel da mobilidade social intergeracional no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2022;38(1):e00341920. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X000341920>
 29. Dantas MN, Aiquoc KM, Santos EG, et al. Prevalência e fatores associados à discriminação racial percebida nos serviços de saúde do Brasil. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2019;32:1-11. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9764>
 30. Constante HM, Marinho GL, Bastos JL. The door is open, but not everyone may enter: racial inequities in healthcare access across three Brazilian surveys. *Cienc Amp Saúde Coletiva*. 2021;26(9):3981-3990. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.47412020>
 31. Chehuen Neto JA, Fonseca GM, Brum IV, et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Cienc Amp Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1909-1916. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.17212014>
 32. Mota EG. Diálogos sobre religiões de matrizes africanas: racismo religioso e história. *Rev Calundu*. 2018;2(1):23-48. DOI: <https://doi.org/10.26512/revistacalundu.v2i1.9543>

Recebido em 14/06/2023

Aprovado em 05/08/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a primeira autora foi bolsista de Iniciação Científica - Edital nº 717/GR/UFS/2022, sendo a bolsa concedida pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

Editora responsável: Ana Maria Costa

Fatores sociais e técnicos relacionados ao desenvolvimento da gestão municipal da Assistência Farmacêutica: resultados do Qualifica AF

Social and technical factors related to the development of municipal management of Pharmaceutical Services: Qualifica AF results

Samara Jamile Mendes¹, Emília Baieler Faraco¹, Noemia Liege Maria Bernardo de Almeida², Rafaela Tavares Peixoto¹, Benilson Beloti Barreto³, Letícia Mendes Ricardo³, Ediane de Assis Bastos³, Silvana Nair Leite¹

DOI: 10.1590/2358-289820241438833P

RESUMO Estudo diagnóstico realizado no projeto Qualifica AF para identificar os componentes técnicos e sociais que caracterizam a gestão municipal da Assistência Farmacêutica (AF). Estudo realizado com amostra composta por municípios habilitados ao Eixo Estrutura do Programa Qualificar-SUS. A coleta foi realizada com questionário de autopreenchimento. Foram selecionadas oito variáveis, segundo o grau de participação da gestão da AF em atividades da gestão municipal em saúde. A análise foi realizada com o modelo de regressão logística multinomial. Nos municípios estudados, 42,4% têm alta participação nas atividades de gestão municipal. Os aspectos de participação são articulações com outros setores da secretaria municipal de saúde com vínculos estabelecidos com outras coordenações, participação ativa no controle social, atuação nos relatórios de gestão do município, assim como seu planejamento e avaliação, envolvimento e atuação nas capacitações. O aumento da participação da AF na gestão municipal da saúde está associado a resultados positivos em termos de estrutura, organização, utilização de recursos pelos municípios, articulações com outras instâncias de gestão. Ressalta-se a importância da efetivação da gestão da AF como processo técnico, político e social, participe da gestão municipal da saúde, ultrapassando os limites de uma atividade isolada do processo de atenção e gestão da saúde.

PALAVRAS-CHAVE Assistência Farmacêutica. Acesso a medicamentos essenciais e tecnologias em saúde. Pesquisa sobre serviços de saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT Diagnostic study carried out in the Qualifica AF project to identify the technical and social components that characterize the municipal management of the Pharmaceutical Services (PS). Study carried out with a sample composed of municipalities qualified for the Structure Axis of the Qualificar-SUS Program. The collection was performed with a self-completion questionnaire. Eight variables were selected according to the degree of participation of the PS Management in municipal health management activities. The analysis was carried out using the multinomial logistic regression model. In the municipalities studied, 42.4% have high participation in municipal management activities. The aspects of participation are articulations with other sectors of the municipal health department with links established with other coordination's, active participation in social control, performance in the municipality's management reports, as well as its planning and evaluation, performance in training for teams. Increased PS participation in municipal health management is associated with positive results in terms of structure, organization, use of resources by the municipalities, articulations with other management instances. Emphasizes the importance of the effectiveness of PS management as a technical, political and social process, a participant of the municipal health management, going beyond the limits of an activity isolated from the health care and management process.

KEYWORDS Pharmaceutical Services. Access to essential medicines and health technologies. Health services research. Unified Health System.

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

²Universidade do Vale do Itajaí (Univali) - Itajaí (SC), Brasil.

³Ministério da Saúde (MS) - Brasília (DF), Brasil.



Introdução

A Assistência Farmacêutica (AF) vem se consolidando no Brasil como política pública promotora do acesso a medicamentos. Em estudo com dados coletados entre 2013 e 2014, foi possível observar que o Brasil alcançava uma prevalência de 94,3% de acesso a medicamentos para doenças crônicas, sendo 47% realizado no Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Porém, já em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mostrou que apenas 30,5% das pessoas obtiveram seus medicamentos no SUS², o que pode ser um sinal de alerta para um possível retrocesso na garantia do acesso aos medicamentos como direito à saúde. A experiência da pandemia de covid-19 demonstrou, ainda, maior necessidade do reconhecimento da AF como área estratégica, considerando o impacto financeiro e os resultados em saúde relacionados ao acesso e ao uso racional dos medicamentos^{3,4}.

O campo da gestão da AF se desenvolveu no Brasil a partir da descentralização do financiamento e de responsabilidades, sendo prioritariamente estruturado por seu caráter técnico-operacional de cuidado do medicamento, e não como parte integrante e intrínseca do processo de atenção à saúde⁵. Nesse contexto, o setor responsável pela AF nas organizações se caracterizou por se posicionar de forma isolada, em seu ciclo de operações técnicas, com pouco ou nenhum relacionamento com o contexto da gestão da atenção à saúde⁶⁻⁸.

Na gestão municipal da saúde, a implementação de projetos e ações ocorre numa arena política permeada por interesses diversos e, muitas vezes, conflitantes. Sofrem, ainda, a influência de disponibilidade financeira, condições legais e organização administrativa local⁹, tudo isso em um ambiente altamente permeável a questões relativas à cultura política e à realidade social específicas de cada local^{10,11}. Por essa razão, o fazer gestão exige ações que vão além de operações técnico-operacionais: necessita de participação,

comunicação, negociação, estabelecimento de parcerias estratégicas.

Na concepção de ‘governar’, de Carlos Matus¹¹, é preciso construir a governabilidade. Para tanto, é necessário compreender a gestão da AF como “um processo técnico, político e social”⁸⁽¹²⁰⁸⁾, o que requer uma dinâmica de caráter sistêmico, multidisciplinar, de gestão integrada com os demais setores do município¹².

Nessa perspectiva, a AF municipal se caracteriza como um sistema com componentes técnicos, mas, também, sociais/políticos, inserido no sistema municipal de saúde. Com essa premissa, Bernardo et al.¹³ propuseram o redirecionamento do olhar sobre a AF municipal, baseado na teoria dos sistemas sociotécnicos¹⁴.

A qualificação da gestão da AF nos municípios tem sido incentivada por estratégias, como o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS), que está estruturado em quatro Eixos: Educação, Informação, Cuidado e Estrutura. Neste último, são repassados recursos financeiros para municípios, condicionados ao fornecimento regular de informações sobre entradas, saídas, dispensação e posição de estoque de medicamentos pelos municípios ao Ministério da Saúde (MS)¹⁵. Rodrigues e colaboradores¹⁶ identificaram, no entanto, que os municípios habilitados no programa, até 2015, apresentaram, em sua maioria, grau de implantação insatisfatório (44%) ou crítico (21%), inferindo que o repasse de recursos, como medida isolada, não é capaz de superar as barreiras para o desenvolvimento da capacidade de gestão. No contexto atual, com necessidades emergentes e possibilidades de reorientações das políticas públicas a partir das necessidades em saúde, este estudo tem por objetivo identificar os componentes técnicos e sociais que caracterizam a gestão municipal da AF. A partir de tal caracterização, o estudo indica as possíveis estratégias de fortalecimento da AF municipal visando à superação das barreiras organizacionais, operacionais e de sustentabilidade que a gestão da AF vem apresentando.

Material e métodos

Estudo diagnóstico realizado no escopo do projeto Qualifica AF. A amostra foi composta por municípios habilitados ao Eixo Estrutura do programa Qualifar-SUS, do universo de 3.508 municípios habilitados no programa.

Para construção e validação do questionário de autoperenchimento, foram realizadas oficinas com especialistas representantes de todos os níveis de gestão do SUS, de universidades e do controle social do SUS. Profissionais de todas as 5 regiões brasileiras foram engajados nesse processo. A validação aconteceu por meio de consenso, utilizando o método Delphi, adaptado para formato on-line¹⁷. O questionário aplicado contém questões relativas a: estrutura, sistema informatizado, atividades da gestão da AF, força de trabalho e gerenciamento dos recursos do Qualifar-SUS no município.

A coleta de dados aconteceu por meio do *software* SurveyMonkey, que permite o controle dos respondentes por meio dos IPs, e aconteceu entre setembro e novembro de 2021. O questionário foi enviado por *e-mail* para todos os 3.508 municípios. As informações de contato foram de cadastrados anteriores do MS e complementadas por busca ativa em contato direto dos pesquisadores com os profissionais dos municípios. A equipe de pesquisa foi composta por pesquisadores e auxiliares em nível locorregional que acompanharam o processo para capilarizar a divulgação do estudo e a coleta de dados. Dados secundários utilizados foram o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), de 2016¹⁸, e o porte populacional dos municípios, com base no IBGE 2010¹⁹.

Foram selecionados indicadores do estudo, segundo o grau de participação da gestão da AF (ou do gestor da AF) em atividades da gestão municipal em saúde, sendo definido como critério de análise das características do sistema de gestão municipal de AF, indicando aspectos sociais e políticos verificáveis. Oito variáveis foram selecionadas como marcadores

para essa finalidade, sendo elas a participação em: I) reuniões regulares de planejamento e avaliação; II) planejamento e organização de novos serviços ou unidades de saúde para o município; III) organização das conferências municipais de saúde; IV) discussão e definição do orçamento anual; V) elaboração do relatório anual de gestão; VI) reuniões regulares de coordenadores de unidades de saúde; VII) reuniões regulares de departamentos/setores da secretaria de saúde; VIII) Treinamentos e capacitações em saúde. Os municípios foram classificados de acordo com o grau de participação em: Alta participação (4 a 8 itens com respostas Sim); Participação pontual (1 a 3 itens); Não participativos (0 itens). A partir dessa classificação, foram analisados os resultados obtidos pela aplicação do questionário para as demais questões que caracterizam os aspectos técnicos e sociais, internos e externos.

Foi aplicado o teste qui-quadrado para comparar as frequências entre os três grupos de municípios. Os testes com significância estatística ($p < 0,05$) foram usados para eleger as variáveis que foram incluídas no modelo de regressão logística multinomial, e foi adotado o método *backward* para se chegar ao modelo final, em que permaneceram as variáveis com p menor que 0,05. As análises foram realizadas no *software* SPSS, v.25.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 35856920.6.0000.0121 e Parecer nº 5.147.939, cumprindo os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde^{20,21}.

Resultados

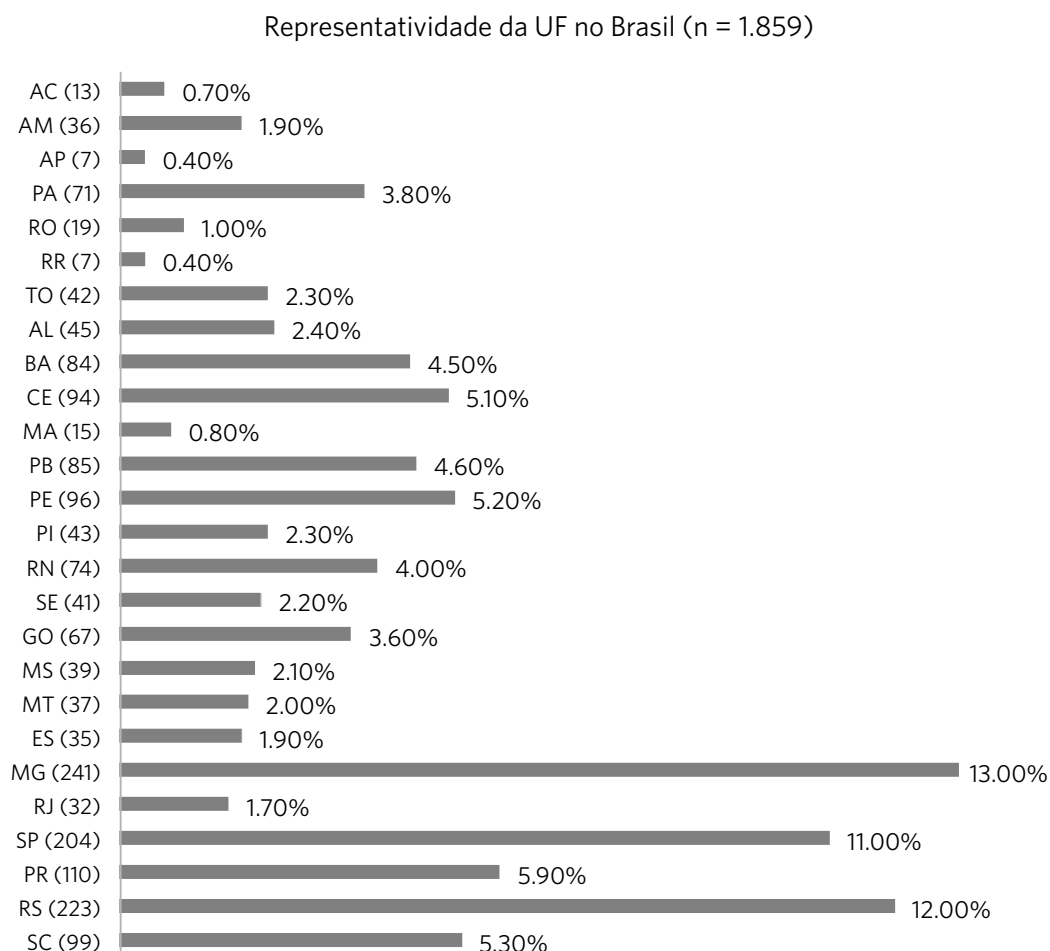
No total, 2.576 formulários preenchidos foram recebidos pela equipe de pesquisa. No tratamento de dados, foram excluídos 28% deles, sendo 574 respostas incompletas, 87 com respondentes duplicados e 56 de municípios

duplicados. Os dados apresentados referem-se a 1.859 municípios (53% da amostra de municípios habilitados no programa Qualifar-SUS), sendo que a amostra abrangeu todos os estados brasileiros e, de forma homogênea, municípios com todos os perfis de aderência ao programa Qualifar-SUS. Dados de caracterização da amostra são apresentados nos *gráficos 1 e 2*.

Com relação ao recebimento dos recursos trimestrais de custeio, referente ao cumprimento do requisito do envio de dados municipais para a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica

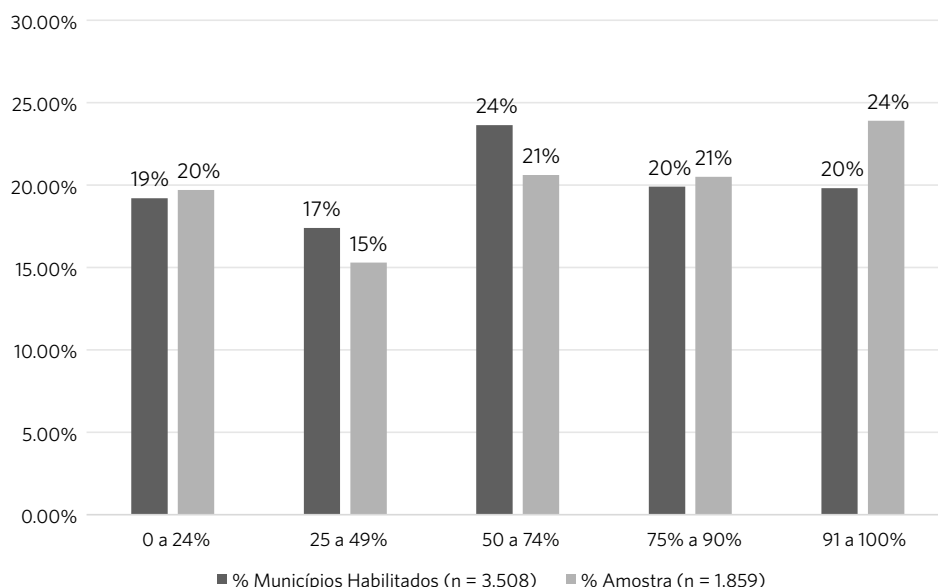
(BNAFAR) no SUS, os municípios da amostra apresentaram diferentes perfis de regularidade, conforme a distribuição apresentada no *gráfico 2*. Os municípios habilitados no Programa e respondentes da pesquisa estão distribuídos em 5 faixas de regularidade de pagamento. Um padrão semelhante de distribuição nas faixas de pagamento também é encontrado no total de 3.508 municípios. Os municípios que receberam mais de 90% dos recursos de custeio foram os que mais aderiram à pesquisa.

Gráfico 1. Representatividade da amostra distribuída por estados



Fonte: elaboração própria.

Gráfico 2. Número de municípios distribuídos em faixas de regularidade de recebimento dos recursos trimestrais de custeio do Programa Qualifar-SUS



Fonte: elaboração própria.

Sobre características gerais da gestão da AF dos municípios, apresenta-se uma descrição dos dados. Os municípios da amostra têm, em sua maioria, porte pequeno (88%) e IDHM médio (47%). Em 95% dos municípios, o responsável ou gestor da AF é um farmacêutico. A taxa média de farmacêuticos por 10 mil habitantes é de 0,98. Entre os responsáveis pelo preenchimento do questionário, 92% eram farmacêuticos, dos quais, 46% estão na função há mais de 5 anos.

Com relação à estrutura dos serviços, em 82% dos municípios, há um sistema informatizado para registros dos dados. Desses, 48% utilizam o Hórus (sistema disponibilizado pelo MS), porém, em apenas 34% esse sistema é integrado à rede municipal de saúde. Na amostra, 57% dos municípios afirmam que as geladeiras disponíveis para armazenamento de insulinas NPH/regular atendem à necessidade; 50% afirmam possuir procedimento operacional padrão para o controle da temperatura das geladeiras de insulina; e 59% afirmam que há um profissional responsável por essa verificação. Para 63% dos respondentes, a gestão

estadual contribui com ações de organização e distribuição das insulinas.

Na organização da AF municipal, o cargo de gestor está instituído formalmente em 46% dos municípios, e 20% dos respondentes não souberam responder. Quando perguntados sobre o Plano Municipal de Saúde vigente, 73% afirmam que a AF consta no plano, mas 23% não souberam responder, assim como 21% não souberam responder se o gestor ou a equipe da AF estava participando da elaboração do Plano Plurianual de Saúde. Em 48% dos municípios, os recursos oriundos do Qualifar-SUS são considerados no planejamento do setor. Para 52% dos municípios, o Qualifar-SUS colaborou para a melhoria da estrutura física dos serviços de AF e para as unidades com dispensação de medicamentos e informatização. A capacitação técnica dos profissionais e a gratificação salarial foram identificadas pelos respondentes como necessidades locais em 80% e 75% dos municípios, respectivamente.

Com relação ao grau de participação da gestão da AF nas atividades da gestão municipal da saúde, 345 (18) municípios apresentaram

nenhuma forma de participação, enquanto 789 (42%) afirmam haver participação em 4 ou mais das 8 atividades de gestão municipal indicadas. Essas variáveis foram consideradas para a análise de resultados de organização, estrutura, processos e indicadores socioeconômicos,

apresentados na *tabela 1*. A análise univariada indica que os municípios do Nordeste têm maior participação na gestão municipal, assim como os de menores IDHM e maiores portes populacionais.

Tabela 1. Caracterização da AF municipal de acordo com o grau de participação da gestão da Assistência Farmacêutica em atividades da gestão municipal em saúde

	n Total	% (IC95%)	Desfecho			P
			Não participativo (n = 345)	Participação pontual (n = 725)	Alta Participação (n = 789)	
			n (%)	n (%)	n (%)	
Região						
Centro-Oeste	143	7,7 (6,5-9)	39 (27,3)	53 (37,1)	51 (35,7)	< 0,001
Norte	195	10,5 (9,2-11,9)	38 (19,5)	69 (35,4)	88 (45,1)	
Nordeste	577	31 (29-33,2)	72 (12,5)	208 (36)	297 (51,5)	
Sul	432	23,2 (21,4-25,2)	110 (25,5)	168 (38,9)	154 (35,6)	
Sudeste	512	27,5 (25,5-29,6)	86 (16,8)	227 (44,3)	199 (38,9)	
O cargo de responsável/coordenador/gestor da assistência farmacêutica ou setor/área de assistência farmacêutica está instituído formalmente na estrutura administrativa da SMS?						
Sim	858	46,2 (43,9-48,4)	65 (7,6)	281 (32,8)	512 (59,7)	< 0,001
Não	630	33,9 (31,8-36,1)	173 (27,5)	278 (44,1)	179 (28,4)	
Não sei	371	20 (18,2-21,8)	107 (28,8)	166 (44,7)	98 (26,4)	
A assistência farmacêutica está participando da elaboração do Plano Plurianual do Município (Plano 2022/2025)?						
Sim	913	49,1 (46,8-51,4)	33 (3,6)	297 (32,5)	583 (63,9)	< 0,001
Não	556	29,9 (27,9-32)	210 (37,8)	256 (46)	90 (16,2)	
Não sei	390	21 (19,2-22,9)	102 (26,2)	172 (44,1)	116 (29,7)	
A Assistência Farmacêutica consta no Plano Municipal de Saúde vigente?						
Sim	1.351	72,7 (70,6-74,7)	124 (9,2)	515 (38,1)	712 (52,7)	< 0,001
Não	78	4,2 (3,4-5,2)	34 (43,6)	31 (39,7)	13 (16,7)	
Não sei	430	23,1 (21,3-25,1)	187 (43,5)	179 (41,6)	64 (14,9)	
O sistema informatizado utilizado pelo município para registro dos dados da assistência farmacêutica						
É integrado à rede municipal de saúde, permitindo comunicação com outros setores da rede de atenção à saúde	521	34 (31,7-36,4)	86 (16,5)	204 (39,2)	231 (44,3)	0,294
É utilizado apenas para registros relativos à assistência farmacêutica	1.011	66 (63,6-68,3)	196 (19,4)	400 (39,6)	415 (41)	
O sistema informatizado está em funcionamento em quais unidades da rede municipal?						
Todas as unidades dispensadoras e central de abastecimento	543	35,6 (33,3-38,1)	97 (17,9)	215 (39,6)	231 (42,5)	0,001
Apenas na CAF	368	24,1 (22-26,3)	65 (17,7)	147 (39,9)	156 (42,4)	
Apenas na unidade de saúde central de saúde ou na secretaria municipal de saúde	297	19,5 (17,6-21,5)	75 (25,3)	113 (38)	109 (36,7)	

Tabela 1. Caracterização da AF municipal de acordo com o grau de participação da gestão da Assistência Farmacêutica em atividades da gestão municipal em saúde

	n Total	%(IC95%)	Desfecho			P
			Não participativo (n = 345)	Participação pontual (n = 725)	Alta Participação (n = 789)	
			n (%)	n (%)	n (%)	
Apenas algumas unidades dispensadoras de medicamentos da rede municipal	94	6,2 (5-7,5)	22 (23,4)	41 (43,6)	31 (33)	
Na CAF e em algumas unidades dispensadoras	222	14,6 (12,9-16,4)	21 (9,5)	87 (39,2)	114 (51,4)	
A assistência farmacêutica tem dificuldades para enviar dados para a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS (BNAFAR)?						
Não	796	42,8 (40,6-45,1)	109 (13,7)	306 (38,4)	381 (47,9)	< 0,001
Sim	509	27,4 (25,4-29,4)	105 (20,6)	193 (37,9)	211 (41,5)	
Não sei	554	29,8 (27,8-31,9)	131 (23,6)	226 (40,8)	197 (35,6)	
Como pode ser classificado o apoio ofertado pela Secretaria de Estado da Saúde ao desenvolvimento da assistência farmacêutica na Atenção Básica?						
Oferta algum tipo de apoio (aporte de recursos; aprimoramentos e/ou soluções)	1.399	75,3 (73,3-77,2)	197 (14,1)	548 (39,2)	654 (46,7)	< 0,001
Não oferta apoio de forma regular ou importante para o município	117	6,3 (5,3-7,5)	27 (23,1)	38 (32,5)	52 (44,4)	
Não há apoio da Secretaria de Estado da saúde para o desenvolvimento da assistência farmacêutica municipal	93	5 (4,1-6,1)	31 (33,3)	39 (41,9)	23 (24,7)	
Não sei	250	13,4 (12-15,1)	90 (36)	100 (40)	60 (24)	
Como pode ser classificado o apoio ofertado pelo Ministério da Saúde (MS) ao desenvolvimento da assistência farmacêutica na Atenção Básica?						
Oferta algum tipo de apoio (aporte de recursos; aprimoramentos e/ou soluções)	1.303	70,1 (68-72,1)	170 (13)	499 (38,3)	634 (48,7)	< 0,001
Não oferta apoio de forma regular ou importante para o município	132	7,1 (6-8,3)	30 (22,7)	47 (35,6)	55 (41,7)	
Não há apoio do MS para o desenvolvimento da assistência farmacêutica municipal	73	3,9 (3,1-4,9)	18 (24,7)	32 (43,8)	23 (31,5)	
Não sei	351	18,9 (17,2-20,7)	127 (36,2)	147 (41,9)	77 (21,9)	
A estrutura de geladeiras (cadeia de frio) disponível no município é um fator limitador para disponibilização de canetas de insulina NPH/Regular para mais usuários?						
Sim	501	26,9 (25-29)	73 (14,6)	187 (37,3)	241 (48,1)	0,003
Não	1.301	70 (67,9-72)	255 (19,6)	516 (39,7)	530 (40,7)	
Não sei	57	3,1 (2,4-3,9)	17 (29,8)	22 (38,6)	18 (31,6)	
Os usuários de insulinas NPH/Regular recebem orientação regularmente para o manejo das canetas (ou fracionamento das doses, lancetas, glicosímetro) pela equipe da Atenção Básica?						
Sim	1.606	86,4 (84,8-87,9)	273 (17)	616 (38,4)	717 (44,6)	< 0,001
Não	138	7,4 (6,3-8,7)	38 (27,5)	57 (41,3)	43 (31,2)	
Não sei	115	6,2 (5,2-7,3)	34 (29,6)	52 (45,2)	29 (25,2)	
Sobre o controle e armazenamento das insulinas NPH/Regular, o município tem procedimento operacional padrão para registro e controle da temperatura?						
Não	934	50,2 (48-52,5)	204 (21,8)	365 (39,1)	365 (39,1)	< 0,001
Sim	925	49,8 (47,5-52)	141 (15,2)	360 (38,9)	424 (45,8)	
Sobre o controle e armazenamento das insulinas NPH/Regular, o município tem profissional responsável pelo controle e registro da temperatura?						
Não	762	41 (38,8-43,2)	179 (23,5)	294 (38,6)	289 (37,9)	< 0,001
Sim	1.097	59 (56,8-61,2)	166 (15,1)	431 (39,3)	500 (45,6)	

Tabela 1. Caracterização da AF municipal de acordo com o grau de participação da gestão da Assistência Farmacêutica em atividades da gestão municipal em saúde

	n Total	%(IC95%)	Desfecho			P
			Não participativo (n = 345)	Participação pontual (n = 725)	Alta Participação (n = 789)	
			n (%)	n (%)	n (%)	
O uso dos recursos de custeio do Qualifar-SUS são considerados no planejamento anual da assistência farmacêutica municipal?						
Sim	884	47,6 (45,3-49,8)	57 (6,4)	312 (35,3)	515 (58,3)	< 0,001
Não	303	16,3 (14,7-18)	71 (23,4)	129 (42,6)	103 (34)	
Não sei	672	36,1 (34-38,4)	217 (32,3)	284 (42,3)	171 (25,4)	
Há acompanhamento da utilização dos recursos do Qualifar-SUS no município?						
Sim	864	46,5 (44,2-48,7)	68 (7,9)	314 (36,3)	482 (55,8)	< 0,001
Não	360	19,4 (17,6-21,2)	98 (27,2)	141 (39,2)	121 (33,6)	
Não sei	635	34,2 (32-36,3)	179 (28,2)	270 (42,5)	186 (29,3)	
Regularidade de recebimento do recurso Qualifar SUS						
Acima ou igual a 50%	1.233	66,3 (64,2-68,4)	216 (17,5)	490 (39,7)	527 (42,7)	0,256
Abaixo de 50%	626	33,7 (31,6-35,8)	129 (20,6)	235 (37,5)	262 (41,9)	
Taxa de farmacêuticos por 10.000 hab.						
Até 0,5	515	27,7 (25,7-29,8)	73 (21,2)	180 (24,8)	262 (33,2)	< 0,001
0,51 até 1,5	529	28,5 (26,4-30,5)	93 (27)	202 (27,9)	234 (29,7)	
1,5 até 16	815	43,8 (41,6-46,1)	179 (51,9)	343 (47,3)	293 (37,1)	
IDHM						
Alto/médio	1.346	72,4 (70,3-74,4)	271 (20,1)	530 (39,4)	545 (40,5)	0,004
Baixo/muito baixo	513	27,6 (25,6-29,7)	74 (14,4)	195 (38)	244 (47,6)	
Porte						
Médio/Grande	213	11,5 (10,1-13)	6 (2,8)	68 (31,9)	139 (65,3)	< 0,001
Pequeno	1.646	88,5 (87-89,9)	339 (20,6)	657 (39,9)	650 (39,5)	

Fonte: Atlas Brasil¹⁸ e IBGE¹⁹.

Nota: Teste qui-quadrado.

A formalização do cargo de gestor da AF e a inserção da AF no Plano Municipal de Saúde e no Plano Plurianual estão positivamente associadas ao maior grau de participação da AF na gestão municipal. Os municípios com maior grau de participação também apresentaram uma rede de informatização mais abrangente (Central de Abastecimento e unidades dispensadoras), se comparada com a dos demais, e são os que apresentam melhores condições técnicas de armazenamento e controle de medicamentos (procedimentos operacionais padrão e profissional responsável). Entre esses municípios, é maior a porcentagem daqueles

que relatam não haver problemas de envio de dados para a BNAFAR e ter melhor gestão dos recursos do Qualifar-SUS. Também é notável que esses municípios reportam, em maior proporção, avaliações positivas sobre a relação com as Secretarias Estaduais de Saúde e o MS. O grau de participação da AF na gestão municipal foi maior entre os municípios com taxas menores de farmacêuticos atuando na rede municipal de saúde. Os dados estão apresentados na *tabela 1*.

Os municípios em que foi relatado não haver acompanhamento da utilização dos recursos do Qualifar-SUS ou em que não souberam dar

essa informação também são os que apresentam nenhuma participação e/ou baixa participação na gestão municipal. Os dados estão apresentados na *tabela 1*.

Os resultados da Regressão Logística Multinomial, tomando como referência a Categoria sem participação, estão apresentados

na *tabela 2*. Para a maioria das variáveis analisadas, os resultados positivos em termos de estrutura, organização, utilização de recursos pelos municípios, articulações com outras instâncias de gestão, estão associados com o aumento do grau de participação da AF na gestão municipal da saúde.

Tabela 2. Fatores associados (odds ratio) ao grau de participação da gestão da Assistência Farmacêutica em atividades da gestão municipal em saúde

	Desfecho					
	Participação pontual			Alta participação		
	OR	(IC95%)	P	OR	(IC95%)	P
Região do Brasil						
Centro-Oeste	0,909	(0,523-1,580)	0,735	1,106	(0,582-2,101)	0,758
Norte	1,597	(0,931-2,741)	0,089	2,385	(1,283-4,432)	0,006
Nordeste	2,323	(1,519-3,553)	< 0,001	3,923	(2,422-6,356)	< 0,001
Sudeste	1,604	(1,078-2,387)	0,020	1,482	(0,932-2,359)	0,097
Sul	ref			ref		
O cargo de responsável/coordenador/gestor da assistência farmacêutica ou setor/área de assistência farmacêutica está instituído formalmente na estrutura administrativa da SMS?						
Sim	1,732	(1,191-2,517)	0,004	3,651	(2,419-5,512)	< 0,001
Não	ref			ref		
Não sei	1,133	(0,786-1,635)	0,503	1,239	(0,790-1,941)	0,350
A assistência farmacêutica está participando da elaboração do Plano Plurianual do Município (Plano 2022/2025)?						
Sim	4,644	(2,989-7,215)	< 0,001	18,606	(11,465-30,192)	< 0,001
Não	ref			ref		
Não sei	1,351	(0,949-1,925)	0,095	2,609	(1,676-4,059)	< 0,001
A Assistência Farmacêutica consta no Plano Municipal de Saúde vigente?						
Sim	1,999	(1,084-3,684)	0,026	3,617	(1,551-8,436)	0,003
Não	ref			ref		
Não sei	0,961	(0,523-1,767)	0,899	0,934	(0,386-2,260)	0,880
Como pode ser classificado o apoio ofertado pela Secretaria de Estado da Saúde ao desenvolvimento da assistência farmacêutica na Atenção Básica?						
Oferta algum tipo de apoio (aporte de recursos; aprimoramentos e/ou soluções)	2,155	(1,148-4,047)	0,017	4,605	(2,086-10,166)	< 0,001
Não oferta apoio de forma regular ou importante para o município	1,139	(0,492-2,638)	0,762	2,608	(0,946-7,190)	0,064
Não há apoio da Secretaria de Estado da saúde para o desenvolvimento da assistência farmacêutica municipal	ref			ref		
Não sei	1,516	(0,736-3,122)	0,259	2,937	(1,166-7,394)	0,022
Como pode ser classificado o apoio ofertado pelo Ministério da Saúde (MS) ao desenvolvimento da assistência farmacêutica na Atenção Básica?						
Oferta algum tipo de apoio (aporte de recursos; aprimoramentos e/ou soluções)	1,498	(0,998-2,250)	0,051	2,596	(1,557-4,328)	< 0,001
Não oferta apoio de forma regular ou importante para o município	1,298	(0,668-2,522)	0,442	2,433	(1,094-5,410)	0,029

Tabela 2. Fatores associados (odds ratio) ao grau de participação da gestão da Assistência Farmacêutica em atividades da gestão municipal em saúde

	Desfecho					
	Participação pontual			Alta participação		
	OR	(IC95%)	P	OR	(IC95%)	P
Não há apoio do MS para o desenvolvimento da assistência farmacêutica municipal	2,073	(0,946-4,544)	0,069	3,621	(1,370-9,571)	0,009
Não sei	ref			ref		
Os usuários de insulinas NPH/Regular recebem orientação regularmente para o seu manejo pela equipe da Atenção Básica?						
Sim	1,121	(0,671-1,874)	0,662	1,835	(0,974-3,458)	0,060
Não	ref			ref		
Não sei	1,039	(0,515-2,095)	0,915	0,831	(0,339-2,035)	0,685
Sobre o controle e armazenamento das insulinas NPH/Regular, o município tem profissional responsável pelo controle e registro da temperatura?						
Sim	1,636	(1,208-2,215)	0,001	1,925	(1,363-2,718)	< 0,001
Outro	ref			ref		
O uso dos recursos de custeio do Qualifar-SUS são considerados no planejamento anual da assistência farmacêutica municipal?						
Sim	2,000	(1,266-3,159)	0,003	3,052	(1,829-5,094)	< 0,001
Não	ref			ref		
Não sei	0,832	(0,556-1,244)	0,370	0,811	(0,498-1,320)	0,398
Porte						
Médio/grande	5,007	(2,025-12,382)	< 0,001	9,067	(3,582-22,953)	< 0,001
Pequeno	ref			ref		

Fonte: elaboração própria.

Nota: Regressão Logística Multinomial. Desfecho Categoria '0' {referência}.

Com relação aos municípios que não tiveram participação na gestão municipal, a região Nordeste (OR = 2,32) teve uma chance de 132% de participação pontual maior quando comparada com a região Sul; já a região Sudeste (OR = 1,60), uma chance de 60% de participação pontual em relação a região Sul. Já nas regiões Nordeste (OR = 3,92) e Norte (OR = 2,39), houve uma maior chance de alta participação em relação à região Sul. Os dados estão apresentados na *tabela 2*.

Ter o cargo de responsável/coordenador/gestor da AF significa ter 3,65 vezes mais chance de o município ter alta participação e 1,7 vez mais chance de ter participação média quando comparado a não ter esse profissional na liderança da gestão da AF. Os dados estão apresentados na *tabela 2*.

O uso de instrumentos de gestão pública, como o plano plurianual e o plano municipal

de saúde, aumenta as chances de os municípios terem participações média (OR = 1,7 e OR = 4,6) e melhora significativamente as chances de alta participação da AF nas atividades de gestão municipal (OR = 3,65 e OR = 18,6). Além dos instrumentos, o planejamento anual da AF, considerando os recursos do programa Qualifar-SUS, permitiu uma chance 100% maior de os municípios serem altamente participativos. Os dados estão apresentados na *tabela 2*.

A percepção sobre o recebimento de apoio do MS aumentou em 159% as chances de o município estar com alta participação quando comparado aos municípios que não possuem conhecimento sobre esse apoio. Da mesma forma, o recebimento do apoio da instância estadual de gestão possibilitou 4,6 vezes mais chances de os municípios serem altamente participativos.

Discussão

Os resultados apresentados neste estudo demonstram um quadro com grandes assimetrias na organização e estruturação da AF municipal, em seus aspectos técnico-operacionais, organizacionais e políticos. Apresentam, também, uma nova abordagem para a gestão da AF, que permite avançar na compreensão dos resultados da organização político-institucional da AF no sistema municipal de saúde e indicar estratégias para o desenvolvimento do setor.

A descentralização da gestão da AF foi acompanhada de instrumentos normativos que buscaram garantir padrões de organização capazes de dar suporte ao desenvolvimento de uma gestão municipal do setor, que só se consolidou nos anos 2000²². No entanto, os resultados identificam que o desenvolvimento tem sido desigual entre os municípios, o que indica diferentes condições para o acesso e o uso de medicamentos entre os brasileiros. Resultados de estudos anteriores já sinalizavam para esse problema, em termos de estrutura, força de trabalho, atividades de gestão²³⁻²⁶ e de recursos aplicados na compra de medicamentos entre os municípios²⁷.

Tais deficiências de estrutura e organização na AF municipal são reconhecidas, já há alguns anos, como barreiras para o adequado acesso e uso dos medicamentos na atenção básica, e demandaram investimentos do governo federal com estratégias como a ponderação dos valores de repasse para o Componente Básico da AF pelo IDHM, a partir de 2019²⁸, e o Qualifar-SUS, desde 2012. Entre os municípios habilitados para receber os recursos de estruturação previstos no programa (3.508 vigentes em 2022), menos de 20% receberam regularmente os recursos, fato que pode ser explicado pelo constante não envio dos dados para o BNAFAR (*gráfico 2*). Entre os participantes do estudo, 37% não souberam responder sobre o uso ou monitoramento desses recursos no seu município. Tais resultados indicam sérias deficiências organizacionais nesses municípios, que o repasse de recursos, isoladamente,

não tem sido capaz de superar. Limitações no desenvolvimento e na consolidação da gestão da AF municipal parecem estar diretamente relacionadas a essas deficiências.

No SUS, a gestão em saúde é entendida como um conjunto de práticas que contemplam a liderança, a estratégia e o controle, de forma a viabilizar a implementação de políticas e serviços para a sociedade. É, pois, uma ação humana que reflete essa sociedade e a modifica, de forma dinâmica e constante⁶. Pressupõe contato e diálogo entre os atores sociais, o que torna as relações humanas parte constitutiva do processo. A governabilidade de um sistema é construída a partir da identificação de aliados, de resistência, de parcerias¹¹.

Os resultados aqui apresentados indicam a aplicação direta desse conceito à caracterização da AF nos municípios, associando indicativos de condições para a governabilidade (indicados pelo grau de participação na gestão municipal da saúde) com as características de organização, estrutura e processos da AF. Os estilos de liderança são estudados e discutidos frequentemente na literatura, e destacam-se os resultados positivos para os estilos que conceituam a gestão como um processo colaborativo, multifacetado e dinâmico²⁹.

Na *tabela 1*, é possível visualizar que municípios que participam de atividades e processos decisórios da gestão municipal apresentam melhores resultados em condições de estrutura e processos: em maior proporção, a AF está contemplada no Plano municipal e Plurianual de saúde; melhores condições estruturais, de planejamento e processos de trabalho, de uso dos recursos do Qualifar-SUS. Também demonstram maior domínio sobre as informações do setor, indicado por maior proporção de participantes aptos a responder às questões do questionário de pesquisa. Esses resultados, de forma conjunta, indicam uma maior capacidade de gestão da AF entre aqueles que estão engajados cotidianamente na gestão municipal da saúde. Os aspectos de participação considerados neste estudo dizem respeito a articulações com outros setores da secretaria

municipal de saúde com vínculos estabelecidos com outras coordenações, participação ativa nos movimentos do controle social, atuação nos relatórios de gestão do município, assim como seu planejamento e avaliação, envolvimento e atuação nas capacitações da SMS. Indicam, portanto, a construção cotidiana da governabilidade para a AF municipal. Esses indicativos são, em grande parte, reiterados na análise por Regressão Logística Multinomial (*tabela 2*), revelando que o maior grau de participação do setor de AF impacta em melhores resultados em sua organização e estruturação.

A gestão da AF tem sido realizada por profissionais farmacêuticos, dado já identificado em 2015 quando mais de 90% dos municípios brasileiros possuíam farmacêuticos na coordenação da AF². A farmácia é uma profissão historicamente caracterizada por sua formação técnica e tecnicista, focada em produtos farmacêuticos e técnicas laboratoriais. O desenvolvimento de competências relacionadas à liderança, colaboração interprofissional, comunicação, capacidade de negociação, gestão de conflitos, *advocacy* e tomada de decisão está ainda em formação nas universidades e nos órgãos de classe³⁰. As necessidades de formação de lideranças para serviços de farmácia são reconhecidas internacionalmente e explicitam as deficiências dos farmacêuticos para atividades de gestão³¹.

O programa Qualifar-SUS também já promoveu atividades educacionais para farmacêuticos, reconhecendo a necessidade de formação para atuação na gestão da AF. Até 2015, 2.500 farmacêuticos de 1.068 municípios realizaram pós-graduação em gestão da AF, e estudos posteriores demonstram que houve impactos positivos e perenes para os seus locais de atuação^{30,32}. No entanto, os participantes do presente estudo apontaram capacitação profissional como uma necessidade atual, acompanhada de melhorias de remuneração. Tal cenário aponta, portanto, para a necessidade de uma ação integrada entre apoio de formação/qualificação profissional, valorização das atividades de gestão

e apoio financeiro para a estruturação da AF municipal, em especial, para os municípios com maior grau de vulnerabilidades sociais, econômicas e estruturais.

Considerando abordagem sociotécnica, é possível identificar que os componentes técnicos que tradicionalmente caracterizam o que se convencionou chamar de gestão da AF são fortemente interdependentes de seus componentes sociais e políticos: das pessoas, das relações, da cultura nas organizações. Portanto, intervenções em partes do sistema afetam as demais, implicando eficácia e eficiência dos sistemas como um todo¹³. Por esse motivo, é preciso desenvolver as intervenções dentro de um plano estratégico de mudança para o desenvolvimento organizacional, tendo a premissa de que os componentes sociais e políticos são fundamentais ao sistema sociotécnico da AF, além dos componentes técnicos já bem estabelecidos no chamado ciclo da AF.

As limitações do estudo referem-se à amostragem por conveniência, não podendo, portanto, representar estatisticamente a população dos 3.508 municípios. Essa escolha se baseou na limitação de informações sobre os profissionais responsáveis pela AF nos municípios. A primeira ação do projeto foi uma divulgação do estudo através de mídias sociais, grupos e entidades farmacêuticas de todo o País. Houve a participação, como membros do grupo de pesquisadores, de farmacêuticos sediados em cada estado, divulgando o projeto e fazendo busca ativa nos municípios habilitados ao Qualifar-SUS. Dessa forma, foi possível criar um banco com contatos atualizados de profissionais e gestores da AF dos 3.508 municípios, e estes foram, então, convidados a participar do estudo.

Conclusões

Os resultados aqui apresentados evidenciam, de forma inédita, a importância do reconhecimento e da efetivação da gestão da AF como processo técnico, político e social, participe da

gestão municipal da saúde, entendendo a AF municipal como sistema sociotécnico, para o seu desenvolvimento e consolidação.

Foi preciso evoluir no entendimento da gestão da AF, caracterizando-a como uma prática social, e avançar nas análises diagnósticas de seus componentes técnicos, para associações entre a participação da gestão da AF nas atividades da gestão municipal e fatores que demonstram boas condições de gestão. Assim, foi possível compreender que gestão da AF mais participativa apresenta melhores resultados para questões reivindicadas pelos farmacêuticos e pela sociedade, para melhores condições de acesso aos medicamentos e aos serviços farmacêuticos.

Esses resultados apontam para uma nova abordagem na formação dos profissionais responsáveis pelo setor e, ainda, para a necessidade de estratégias robustas e integradas de suporte aos municípios, ultrapassando os

limites até então colocados na definição de gestão da AF como atividade técnica e isolada do processo de atenção e gestão da saúde nos municípios.

Colaboradores

Mendes SJ (0000-0003-3107-8233)* e Leite SN (0000-0002-5258-9684)* contribuíram para concepção, planejamento, análise, interpretação e redação do manuscrito. Faraco EB (0000-0002-9388-353X)* e Almeida NLMB (0000-0002-4350-5063)* contribuíram para concepção, planejamento, análise e interpretação do manuscrito. Peixoto RT (0000-0002-9362-3770)*, Barreto BB (0000-0002-2744-431X)*, Ricardo LM (0009-0005-7137-2375)* e Bastos EA (0000-0002-1891-9491)* contribuíram para redação e revisão crítica do manuscrito. ■

Referências

- Oliveira MA, Luiza VL, Tavares NUL, et al. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional [Internet]. *Rev Saude Publica*. 2016 [acesso em 2023 fev 15];50:6s. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/vyNsNwqPkkK8npjNvfFgysk/?lang=en#>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em 2023 fev 15]. 85 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101748>
- Bermudez JAZ, Esher A, Osorio-de-Castro CGS, et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):1937-1949. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09022018>
- Bermudez J. Solidariedade ou apartheid?: Lições aprendidas na pandemia [Internet]. São Paulo: Escola Nacional de Formação e Qualificação Profissional dos Farmacêuticos; 2022 [acesso em 2023 jun 7]. Disponível em: <https://escoladosfarmaceuticos.org.br/publicacoes/download-integra-2/>
- Costa KS, Tavares NUL, Nascimento Júnior JM, et al. Pharmaceutical services in the primary health care of the Brazilian Unified Health System: advances and

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- challenges. *Rev Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2023 fev 14];51(supl2):3s. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007146>
6. Leite SN, Guimarães MCL, Rover MRM, et al. Gestão da Assistência Farmacêutica. In: Leite SN, Soares L, Mendes SJ, et al., organizadores. *Gestão da Assistência Farmacêutica*. Florianópolis: EDUFSC; 2016. p. 33-46. (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica; v. 2).
 7. Gerlack LF, Karnikowski MGO, Areda CA, et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(supl2):15s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007063>
 8. Barreto JL, Guimarães MCL. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010;26(6):1207-1220. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600014>
 9. Silva SF. *Municipalização da saúde e poder local, sujeitos, atores e políticas* São Paulo: Hucitec; 2001.
 10. Pimenta AL. A construção de colegiados de gestão: a experiência de gestão da Secretaria Municipal de Saúde analisada por um ator político implicado. *Saude Soc*. 2012;21:29-45. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500003>
 11. Matus C. *Política, planejamento e governo*. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1993.
 12. Leite SN, Farias MR, Manzini F, et al. organizadores. *Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal, a experiência em Santa Catarina*. Florianópolis: UFSC; 2015. v. 300. 17 p.
 13. Bernardo NLM, Soares L, Leite SN. A Sociotechnical approach to analyze pharmaceutical policy and services management in Primary Health Care in a Brazilian municipality. *Pharmacy (Basel)*. 2021;9(1):39. DOI: <https://doi.org/10.3390/pharmacy9010039>
 14. Botla L, Kondur H. Socio technical systems of a company: the dimensionality of socio technical systems. *Purshartha J Manag Ethics Spiritual [Internet]*. 2018 [acesso em 2023 fev 14];11(1):24-38. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/327775884_Socio_Technical_Systems_of_a_Company_The_Dimensionality_of_Socio_Technical_Systems
 15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Insumos Estratégicos. *QUALIFARSUS Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]*. Eixo Estrutura: Atenção Básica. Instruções Técnicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2023 fev 14]. 72 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualifarsus_programa_nacional_qualificacao_farmacautica.pdf
 16. Rodrigues PS, Cruz MS, Tavares NUL. Avaliação da implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS. *Saúde debate*. 2017;41(esp):192-208. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S15>
 17. Souza LEPP, Vieira-Da-Silva LM, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da Atenção à Saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira-Da-Silva LM, organizadores. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação dos programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 65-102.
 18. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [Internet]*. [Local desconhecido]: UNDP Brasil; 2016 [acesso em 2023 fev 16]. Disponível em: <http://www.atlas-brasil.org.br/>
 19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Métricas sociais municipais: análise dos resultados do censo demográfico 2010 [Internet]*. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [acesso em 2023 fev 14]. 72 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/pt/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=254598>
 20. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de*

- pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção I:549.
21. Ministério da Saúde (BR); 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24; Seção I:44.
 22. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde; Ministério da Saúde (BR). Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; 2005 [acesso em 2023 fev 16]. 260 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_assistencia_farmacutica_estrutura_resultados.pdf
 23. Carvalho MN, Álvares J, Costa KS, et al. Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. Rev Saúde Pública. 2017;51:16s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007110>
 24. Leite SN, Manzini F, Álvares J, et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. Rev Saude Publica. 2017;51:13s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007120>
 25. Faraco EB, Guimarães L, Anderson C, et al. The pharmacy workforce in public primary healthcare centers: promoting access and information on medicines. Pharm Pract. 2020;18(4):2048. DOI: <https://doi.org/10.18549/pharmpract.2020.4.2048>
 26. Peixoto RT, Campos MR, Luiza VL, et al. O farmacêutico na Atenção Primária à Saúde no Brasil: análise comparativa 2014-2017. Saúde debate. 2022;46(133):358-375. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213308>
 27. Silva WRO, Santana RS, Eduardo AMLN, et al. Equidade ameaçada: Assimetrias regionais nos investimentos em medicamentos no Brasil. Res Soc Dev. 2021;10(13):e179101320896. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.20896>
 28. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.193, de 9 de dezembro de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 dez 10; Edição 238; Seção I:112-116.
 29. Sfantou DF, Laliotis A, Patelarou AE, et al. Importance of leadership style towards quality of care measures in healthcare settings: A systematic review. Healthcare. 2017;5(4):73. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare5040073>
 30. Manzini F, Lorenzoni AA, Soares L, et al. Impact of a management course for pharmacists on their behaviors and the health systems capacity. Am J Pharm Educ. 2021;85(7):8506. DOI: <https://doi.org/10.5688/ajpe8506>
 31. Ikhile I, Gülpınar G, Iqbal A, et al. Scoping of pharmacists' health leadership training needs for effective antimicrobial stewardship in Africa. J Pharm Policy Pract. 2023;16(1):33. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40545-023-00543-2>
 32. Lorenzoni A, Manzini F, Storb B, et al. Attending a blended in-service management training in a public health system: Constraints and opportunities for pharmacists and health services. Pharmacy. 2021;9(1):12. DOI: <https://doi.org/10.3390/pharmacy9010012>

Recebido em 13/08/2023

Aprovado em 15/07/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) via Carta Acordo Scon2021-00317. Bolsa de pesquisa do CNPq (151549/2022-2)

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Atitudes colaborativas interprofissionais na Estratégia Saúde da Família e fatores associados

Interprofessional collaborative attitudes in the Family Health Strategy and associated factors

Ilana Barros Moraes da Graça^{1,2}, André Luiz Barros Sousa^{1,3}, Maria Almira Bulcão Loureiro⁴, Edeane Rodrigues Cunha⁴, Aline Sampieri Tonello¹, Sally Cristina Moutinho Monteiro¹

DOI: 10.1590/2358-289820241438843P

RESUMO As atitudes colaborativas propiciam o cuidado integral, compartilhado e centralizado no usuário, na família e na comunidade, superando a assistência fragmentada. O presente estudo objetivou identificar atitudes colaborativas e fatores associados dos profissionais que atuam nas equipes da Estratégia Saúde da Família da Região Metropolitana de São Luís, Maranhão. Trata-se de um estudo transversal, analítico e quantitativo. A amostra foi constituída por 311 participantes. A coleta de dados ocorreu por meio de formulário eletrônico e aplicação da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional. As análises estatísticas foram realizadas pelo teste Qui-Quadrado, considerando $p < 0,05$. Os resultados demonstraram que os profissionais apresentaram atitudes colaborativas moderadas. Verificou-se, ainda, que o tipo de especialização ($p = 0,008$) e tempo de trabalho nas equipes da Estratégia Saúde da Família ($p = 0,02$) associaram-se a atitudes mais colaborativas, reforçando a importância do trabalho em equipe e da mão de obra qualificada para o desenvolvimento de atitudes positivas para colaboração em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Relações interprofissionais. Práticas interdisciplinares. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT Collaborative attitudes provide comprehensive, shared care, centered on the user, family and community, overcoming fragmented care. The present study aimed to identify collaborative attitudes and associated factors of professionals who work in the Family Health Strategy teams in the Metropolitan Region of São Luís, Maranhão. This was a cross-sectional, analytical and quantitative study. The final sample consisted of 311 participants. Data collection took place through an electronic form and application of the Jefferson Scale of Attitudes Related to Interprofessional Collaboration. Statistical analyzes were performed using the Chi-Square test, considering $p < 0.05$. The results demonstrated that the professionals presented moderate collaborative attitudes. It was found that the type of specialization ($p = 0.008$) and working time in the Family Health Strategy teams ($p = 0.02$) were associated with more collaborative attitudes, reinforcing the importance of teamwork and qualified labor for the development of positive attitudes for collaboration in health.

KEYWORDS Interprofessional relations. Interdisciplinary placement. Family Health Strategy. Primary Health Care.

¹Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – São Luís (MA), Brasil.
ilana.moraes@ufma.br

²Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) – São Luís (MA), Brasil.

³Secretaria Municipal de Saúde de Raposa (Semus Raposa) – Raposa (MA), Brasil.

⁴Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) – São Luís (MA), Brasil.



Introdução

A interprofissionalidade representa uma potente ferramenta para a superação de uma assistência fragmentada e individualizada, uma vez que está baseada na interação e na comunicação efetivas e na clareza de papéis da equipe profissional. Além disso, possibilita também respostas eficazes no processo de cuidar com atuação de forma interdependente¹, promovendo um cuidado centralizado no usuário e no atendimento de suas necessidades, assim como da família e comunidade²⁻³.

Esse cuidado, pautado na interprofissionalidade, se estabelece quando há materialização de uma prática colaborativa em saúde, em que os profissionais trabalham e aprendem mutuamente promovendo melhorias nos resultados da assistência à saúde do usuário; em que são levadas em consideração as habilidades de cada um, contribuindo para a redução de erros e ações duplicadas, concretizando o cuidado em saúde de fato⁴.

A saúde pública brasileira, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), traz em sua essência o cuidado interprofissional, pois está pautada nos princípios da integralidade, equidade e universalidade, que reforçam as bases estruturantes para a colaboração interprofissional, com o entendimento de que somente equipes agrupadas não são suficientes para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde, tornando-se necessária para a eficácia e excelência do atendimento a colaboração entre os integrantes das equipes de um mesmo serviço, de equipes de outros serviços e de diferentes setores de uma determinada rede⁵⁻⁷.

Dessa forma, o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), com ênfase nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), ganhou destaque no Brasil por representar um trabalho multiprofissional voltado para o fortalecimento do sistema de saúde, trazendo a possibilidade da reorganização da assistência em saúde, da melhoria do acesso à qualidade assistencial e da capacidade de responder aos fatores heterogêneos do processo

saúde/doença⁸, mesmo frente às barreiras ao trabalho interprofissional. Entre essas barreiras, pode-se citar a falta de efetividade na comunicação; a dificuldade de coordenação do trabalho em rede; a fragmentação do cuidado, abrangendo desde a formação uniprofissional, as iniquidades socioeconômicas, as relações de poder entre profissionais e usuários e até as próprias demandas da APS⁷. Essa fragmentação do processo de trabalho da ESF requer a articulação de novos arranjos nas práticas dessas equipes, dentre os quais destaca-se o incentivo para a implementação da prática do trabalho interprofissional e colaborativo⁹.

Nesse contexto, torna-se relevante a presente temática, uma vez que a interprofissionalidade poderá proporcionar a interação e comunicação produtivas entre os integrantes das equipes de ESF, promovendo a clareza de papéis entre os profissionais, contribuindo para respostas efetivas e eficazes no processo de cuidar^{1,9}. As equipes de saúde ao compreender o contexto do indivíduo e seus determinantes sociais, podem atuar de forma interprofissional, otimizando as habilidades de seus membros, compartilhando o gerenciamento de casos e prestando serviços de saúde com maior qualidade e segurança para o indivíduo, família e comunidade^{7,9}.

O uso da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (Ejarcí) consiste em relevante instrumento para a identificação dessas atitudes colaborativas, o que é importante para o despertar do fazer profissional e da sensibilização, tanto para os que estão inseridos nas equipes quanto para os gestores; e sua utilização na avaliação das atitudes colaborativas justifica-se pela maior capilaridade de alcance de profissionais, ou seja, permite identificar atitudes de diversas categorias profissionais simultaneamente¹⁰.

Considerando a importância das atitudes colaborativas para desenvolvimento de um trabalho interprofissional que garante um cuidado seguro e eficaz aos usuários, família e comunidade; considerando a escassez de estudos com essa abordagem no Brasil, a

questão norteadora do estudo foi: os profissionais da ESF da região metropolitana de São Luís, Maranhão, possuem atitudes colaborativas interprofissionais? Desse modo, este artigo objetivou identificar as atitudes relacionadas às práticas colaborativas e seus possíveis fatores associados dos profissionais inseridos na ESF da Região Metropolitana de São Luís, Maranhão.

Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa dos dados. Considerou-se como critério de inclusão os profissionais enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas, de ambos os sexos, sem distinção de etnia ou classe social, atuantes na ESF da região metropolitana de São Luís, MA, inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), competência de setembro de 2021.

Como critérios de não inclusão, tem-se os profissionais de nível médio da equipe de saúde da família, assim como os profissionais que se encontravam de férias e aqueles alocados em atividades administrativas, sem atuação direta na assistência à saúde.

A amostra foi obtida com a utilização do programa OpenEpi versão 3 considerando o número total de profissionais de saúde da ESF na Região Metropolitana de São Luís (= 637), a frequência hipotética do fator do resultado da população 50% (± 5), erro de 5%, intervalo de confiança de 95% e efeito de desenho = 1. No cálculo amostral, considerando uma perda de 20%, o número de participantes requerido foi 288 profissionais de saúde. Contudo a pesquisa abrangeu no final uma amostra de 311 participantes. Para cada item da escala o estudo contou com o quantitativo de 10 respondentes, o que, segundo Pasquali¹¹, é um dos determinantes de qualidade do teste.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2021 a fevereiro de 2022 por meio de formulário eletrônico (Google Forms), que

abrangeu as características sociodemográficas (como sexo, idade, cor da pele autodeclarada); as relacionadas à formação profissional e especialização (por exemplo, graduação e tipo de especialização); as relacionadas ao processo de trabalho (tais como tempo de trabalho em anos na ESF e APS, tipo de vínculo empregatício e trabalho na gestão), além dos itens da Ejarci.

A Ejarci é um instrumento estruturado que visa avaliar as práticas colaborativas, identificando e analisando a compreensão subjetiva, o comportamento e as atitudes dos profissionais da saúde, independentemente de sua formação acadêmica ou áreas de atuação em relação às competências colaborativas¹².

A escala é composta por 20 itens, os quais devem ser respondidos utilizando variáveis de concordância e discordância mediante escala do tipo Likert com 7 níveis, sendo o menor nível 'discordo completamente (1)', e o maior nível 'concordo completamente (7)', onde os itens 3, 5, 8, 9, 12, 15, 16 e 19 foram contabilizados de forma inversa na escala de sete pontos de forma equivalente, devido apresentarem afirmativas negativas, conforme recomendação dos autores^{2,3,10-14} e a atitude em relação à colaboração é mensurada no escore total da escala, que pode variar de 20 a 140, com pontuações mais altas indicando atitudes mais positivas¹².

Primeiramente foram realizadas análises descritivas dos dados para obtenção de números absolutos e proporções. Para as respostas da Ejarci, realizou-se a somatória de todas as 20 questões, as quais foram categorizadas em tercils que variaram de 34 a 140 pontos. Considerou-se como primeiro tercil (33,33%) as respostas cujas somas foi de 34 a 122 (atitudes menos colaborativas), como segundo tercil (66,66%) de 123 a 130 pontos (atitudes colaborativas moderadas ou medianas) e como terceiro tercil (100,00%) de 131 a 140 pontos (atitudes mais colaborativas).

A consistência interna das respostas do questionário da Ejarci (validade do conteúdo) foi verificada pelo Alfa de Cronbach, o qual resultou em um Alfa de 0,806. Posteriormente,

para verificar a associação entre as respostas da Ejarci e as demais variáveis, realizaram-se análises bivariadas utilizando o teste Qui-Quadrado de Pearson ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Todas as análises foram realizadas no *software* Stata versão 14.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) em 28 de julho de 2021, segundo o parecer nº 4.860.234 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 47878821.1.0000.5086. Todos os participantes que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o termo de

consentimento livre e esclarecido (TCLE) de acordo com a Resolução CNS nº 466/2012¹⁵ e Resolução CNS nº 510/2026¹⁶.

Resultados

No presente estudo prevaleceu o sexo feminino (79,74%), de cor autodeclarada parda (50,8%), residente em São Luís (77,17%), com idade entre 30 e 39 anos (36,01%), com formação em enfermagem (53,38%) e especialização em Saúde da Família/Saúde Pública/Saúde Coletiva (44,05%).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e profissional de integrantes da Estratégia Saúde da Família inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, competência setembro de 2021, São Luís, Maranhão, 2022

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	63	20,26
Feminino	248	79,74
Cor		
Branca	125	40,19
Preta	28	9,01
Parda	158	50,80
Faixa etária		
20-29	68	21,86
30-39	112	36,01
40-49	88	28,30
50-59	30	9,65
> 60	13	4,18
Município de residência		
São Luís	240	77,17
São José de Ribamar	36	11,58
Paço do Lumiar	17	5,47
Raposa	6	1,93
Alcântara	8	2,57
Outras	4	1,29
Formação		
Enfermagem	166	53,38
Medicina	83	26,69
Odontologia	62	19,94

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e profissional de integrantes da Estratégia Saúde da Família inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, competência setembro de 2021, São Luís, Maranhão, 2022

Variáveis	n	%
Especialização		
Sim	242	77,81
Não	69	22,19
Tipo de especialização		
Área de Saúde da Família e Comunidade	137	44,05
Outras	104	33,44
Nenhuma	70	22,51
Vínculo empregatício		
Concurtido	101	32,48
Contratado/seletivado	210	67,52
Tempo de trabalho na APS		
< 1 ano	41	13,18
1-5 anos	96	30,87
6-10 anos	54	17,36
11-15 anos	49	15,76
> 15 anos	71	22,83
Tempo de trabalho na ESF		
< 1 ano	49	15,76
1-5 anos	101	32,48
6-10 anos	52	16,72
11-15 anos	49	15,76
> 15 anos	60	19,29
Experiência em Gestão na APS		
Sim	55	17,68
Não	256	82,32
Município de trabalho		
São Luís	169	54,34
São José de Ribamar	64	20,58
Paço do Lumiar	44	14,15
Raposa	19	6,11
Alcântara	15	4,82

Fonte: elaboração própria.

Área de Saúde da Família e Comunidade: Especialização em Saúde da Família e Comunidade, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Saúde da Família; APS: Atenção Primária à Saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família.

A média de pontuação da Ejarci, por categoria profissional, foi 128, 126,5 e 124 pontos para médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, respectivamente (dados não apresentados em tabela), o que representa uma moderada atitude colaborativa dos profissionais participantes.

A análise das respostas da Ejarci foi avaliada por tercil, onde, no primeiro tercil (33,33%), encontravam-se as respostas cujas somas foram de 34 a 122 pontos (atitudes menos colaborativas), segundo tercil (66,66%) de 123 a 130 pontos (atitudes colaborativas moderadas

ou medianas) e como terceiro tercil (100%) de 131 a 140 pontos (atitudes mais colaborativas), o qual representou a categoria de referência. Assim, dentre as variáveis analisadas,

verificou-se que o tipo de especialização ($p = 0,008$) e o tempo de trabalho na ESF ($p = 0,02$) se associaram a atitudes mais colaborativas.

Tabela 2. Análise da associação entre a pontuação da Escala de Jefferson e as variáveis sociodemográficas e profissionais de integrantes da Estratégia Saúde da Família inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, competência setembro de 2021, São Luís, Maranhão, 2022

Variáveis	Pontuação referente as respostas da Ejarci						p valor
	1º Tercil		2º Tercil		3º Tercil		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,148
Masculino	29	25,44	14	15,58	20	19,80	
Feminino	85	74,56	82	85,42	81	80,20	
Cor							0,194
Branca	40	35,09	47	48,96	38	37,62	
Preta	14	12,28	6	6,25	8	7,95	
Parda	60	52,63	43	44,79	55	54,46	
Faixa etária							0,62
20-29	28	24,56	20	20,83	20	19,80	
30-39	46	40,35	32	33,33	34	33,66	
40-49	29	25,44	28	9,17	31	30,69	
50-59	7	6,14	13	13,54	10	9,90	
> 60	4	3,51	3	3,12	6	5,94	
Residência							0,12
São Luís	86	75,44	75	78,12	79	78,22	
São José de Ribamar	14	12,28	12	12,50	10	9,90	
Paço do Lumiar	9	7,89	2	2,08	6	5,94	
Raposa	2	1,75	3	3,12	1	0,99	
Alcântara	3	2,63	4	4,17	1	0,99	
Outras	0	0	0	0	4	3,96	
Formação							0,27
Enfermagem	59	51,75	56	58,33	51	50,50	
Medicina	26	22,81	26	27,08	31	30,69	
Odontologia	29	25,44	14	14,58	19	18,81	
Especialização							0,61
Sim	87	73,32	73	76,04	82	81,19	
Não	27	23,68	23	23,96	19	18,81	
Tipo de especialização							0,008
Área de Saúde da Família e Comunidade	40	35,09	38	39,58	59	58,42	
Outras	47	41,23	34	35,42	23	22,77	
Nenhuma	27	23,68	24	25	18	18,81	

Tabela 2. Análise da associação entre a pontuação da Escala de Jefferson e as variáveis sociodemográficas e profissionais de integrantes da Estratégia Saúde da Família inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, competência setembro de 2021, São Luís, Maranhão, 2022

Variáveis	Pontuação referente as respostas da Ejarci						
	1º Tercil		2º Tercil		3º Tercil		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Vínculo empregatício							0,12
Concurado	29	25,44	36	37,50	36	35,64	
Contratado/seletivado	85	75,56	60	62,50	65	64,36	
Tempo de trabalho na APS							0,07
< 1 ano	19	16,67	10	10,42	12	11,88	
1-5 anos	39	34,21	30	31,25	27	26,73	
6-10 anos	24	21,05	17	17,71	13	12,87	
11-15 anos	18	15,79	13	13,54	18	17,82	
> 15 anos	14	12,28	26	27,08	31	30,69	
Tempo de trabalho na ESF							0,02
< 1 ano	24	21,05	11	11,46	14	13,86	
1-5 anos	41	35,96	30	31,25	30	29,70	
6-10 anos	23	20,18	16	16,67	13	12,87	
11-15 anos	17	14,91	15	15,62	17	16,83	
> 15 anos	9	7,89	24	25	27	26,73	
Trabalho na gestão							0,85
Sim	22	19,30	16	16,67	17	16,63	
Não	92	80,70	80	83,33	84	83,17	
Município de trabalho							0,64
São Luís	58	50,88	48	50	63	62,38	
São José de Ribamar	25	21,93	22	22,92	17	16,83	
Paço do Lumiar	19	16,67	12	12,50	13	12,87	
Raposa	7	6,14	7	7,29	5	4,95	
Alcântara	5	4,39	7	7,29	3	2,97	

Fonte: elaboração própria.

Ejarci: Escala de Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional; Área de Saúde da Família e Comunidade: Especialização em Saúde da Família e Comunidade, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Saúde da Família; APS: Atenção Primária em Saúde; ESF: Estratégia de Saúde da Família.

Discussão

Esta pesquisa traz um olhar sobre o trabalho colaborativo na equipe da ESF na região metropolitana de São Luís/MA, através da Ejarci, tornando-se um documento importante para uma apreciação das relações de cuidado em saúde e profissionais na atenção primária. Para

esse estudo, foi obtido coeficiente considerado médio em relação à colaboração interprofissional. Esse coeficiente reflete um nível moderado de atitudes colaborativas entre os profissionais de saúde participantes, o que potencialmente pode impactar positivamente nos resultados de saúde do indivíduo, família e comunidade. A prática centrada no usuário é fundamental

para a qualificação da atenção prestada e o trabalho pautado em atitudes colaborativas podem contribuir consideravelmente para essa qualificação do cuidado^{2,7}.

No presente estudo verificou-se ainda a prevalência da força de trabalho feminino entre os profissionais, um resultado também apresentado por e Ribeiro et al.³; Freire Filho et al.⁶; Abed, Pereira e Grosseman¹³; Zheng, Sim e Koh¹⁴; Falana et al.¹⁷ e Durans et al.¹⁸, evidenciando que a feminização é uma realidade que ainda se evidencia nos campos de trabalho, apresentando aproximadamente 65% de força de trabalho tanto em instituições públicas quanto privadas^{2,18}.

A enfermagem foi a categoria profissional mais prevalente, resultado similar ao de Freire Filho et al.⁶, que enfatizaram a grande relevância desses profissionais para a APS, refletido pelo papel estratégico destes trabalhadores desde ações gerenciais, assistenciais, até ações educativas dentro das equipes, garantindo assim melhores respostas a complexidade da promoção da saúde, mesmo no modelo biomédico hegemônico⁵.

Contudo, pertencer a categoria profissional enfermeiro, assim como as outras profissões, não teve significância nas atitudes colaborativas, o que se assemelha aos resultados encontrados por Giviziez et al.² e Ribeiro et al.³, porém, difere dos estudos de Freire Filho et al.⁶, Zheng Sim e Koh¹⁴ e Falana et al.¹⁷, que identificaram entre os enfermeiros atitudes mais positivas em relação aos médicos e outros trabalhadores da saúde. A diversidade de resultados entre os estudos reflete a necessidade da realização de maiores investigações nessa área, tanto com desenhos quantitativos, como qualitativos.

Neste estudo verificou-se também que as atitudes colaborativas se elevam quando o profissional possui especialização na área, o que pode estar relacionado a um maior preparo para o desempenho de suas funções. Além disso, evidenciou-se que ter maior tempo de trabalho nas equipes da ESF também corrobora para desenvolvimento de atitudes

interprofissionais. Semelhante a esses achados, o estudo de Durans et al.¹⁸ evidenciou que o tempo de exercício profissional ($p = 0,0063$) e especialização ($p = 0,0076$) configuraram-se como aspectos ligados a atitudes relacionadas à colaboração interprofissional. Esses autores sugeriram, ainda, que são necessárias ferramentas de educação continuada para que as competências como comunicação interprofissional, clareza de papéis e principalmente a liderança colaborativa sejam praticadas de forma clara pelos profissionais.

Ressalta-se que a maior parte dos participantes possuem especialidade na área de Saúde da Família/Saúde Pública/Saúde Coletiva. Estes resultados assemelham-se à pesquisa de Abed, Pereira e Grosseman¹³, onde a especialidade mais evidenciada foi em Saúde Pública, Saúde Coletiva/Saúde da Família, qualificando os profissionais no que se refere ao trabalho na área de medicina de família e comunidade. Dessa maneira, Abed, Pereira e Grosseman¹³ constataram que os profissionais de nível superior com qualificação específica para área de atuação se associaram à possível garantia de equipes com maior prática colaborativa e colaboração interprofissional. Giviziez et al.² e Zheng, Sim e Koh¹⁴ também evidenciaram que profissionais com especialização tendem a possuir uma maior disposição para atitudes colaborativas quando comparados a profissionais somente com nível superior.

Giviziez et al.², enfatizam a importância da qualificação dos profissionais de saúde para oferta de serviços com maior excelência, pois permite a estes trabalhadores associar a teoria à prática, suscitando reflexões sobre o conhecimento recebido e sua atuação laboral, o que leva a modificações no seu processo de trabalho na ESF. Ressaltam ainda que os aprendizados provenientes desta qualificação podem provocar transformações positivas no cotidiano laboral dos trabalhadores, possibilitando uma nova visão em relação à assistência prestada ao usuário, família e comunidade. Da mesma forma, Abed et al.¹³ enfatizam que a educação continuada mediante especialização

e outras titulações propicia às equipes maior prática colaborativa interprofissional.

No que tange ao tempo de atuação na ESF, Giviziez et al.² relacionaram o menor tempo de atuação a uma maior disposição para atitudes colaborativas, provavelmente devido a maior disposição para o trabalho em equipe dos recém-formados e menor 'contaminação' com o processo de trabalho existente no ambiente de trabalho. No entanto, Freire Filho et al.⁶ observaram que maiores atitudes colaborativas estão associadas ao maior tempo de trabalho e conseqüentemente a experiência no cuidado em saúde.

Nesse contexto, autores como Zheng, Sim e Koh¹⁴ e Reeves¹⁹ defendem que a Educação Interprofissional (EIP) deve ser introduzida e enfatizada desde cedo na formação dos profissionais da área da saúde, pois na graduação as atitudes tendem a ser mais moldáveis e a EIP oferece aos graduandos a oportunidade de se construir um processo de ensino – aprendizado em conjunto com outras categorias profissionais, experienciando e desenvolvendo diferentes atributos para o trabalho em equipe e cuidado em saúde. Referem ainda que a prática da interprofissionalidade ensinada na graduação deve ser trabalhada na educação permanente, oportunizando o aprendizado contínuo e qualificado, pois atitudes colaborativas constituem uma competência essencial para a atuação dos profissionais de saúde e para o fortalecimento do sistema de saúde.

Esta pesquisa apresenta algumas limitações, tais como abrangência local, utilização de questionário autoaplicável, delineamento com amostragem probabilística. Entretanto, possui grande relevância na atuação profissional da atenção básica de saúde, pois torna-se um referencial importante para o delineamento e construção de iniciativas destinadas a aumentar a eficácia dos serviços de saúde na atualidade e ao trabalho interprofissional.

Segundo D'amour et al.²⁰, o trabalho interprofissional e as atitudes colaborativas proporcionam melhorias na assistência às necessidades dos usuários, com qualidade do

atendimento e eficácia do tratamento, além de fomentar equipes pautadas nas perspectivas de cada profissional, respeito e confiança entre seus integrantes. É importante trabalhar a colaboração, uma vez que é uma oportunidade de troca de conhecimentos, de construção de novos saberes, de incentivo ao diálogo entre os participantes e de superação do entendimento de que a equipe apenas ocupa o mesmo espaço, sem necessidade de comunicação para efetivação do trabalho conjunto²¹.

Assim, os dados da presente pesquisa evidenciaram que os profissionais que atuam na ESF possuem atitudes colaborativas moderadas, o que contribui para a implementação de práticas colaborativas, fortalecendo a parceria entre as equipes de trabalho e o efetivo cuidado em saúde. No entanto, ainda existem barreiras que precisam ser superadas para alcançar um nível mais alto de cooperação interprofissional, reforçando a necessidade de estratégias específicas para fomentar um ambiente de trabalho mais colaborativo e eficiente, como o incentivo ao planejamento e à implementação do aprendizado contínuo para profissionais de saúde visando a torná-los e a mantê-los preparados para o trabalho interprofissional e para a prática colaborativa; melhoria da comunicação entre os profissionais e os diferentes níveis do sistema de saúde; promoção de tomada de decisão compartilhada, entre outros.

Considerações finais

A interprofissionalidade configura-se como uma estratégia ousada que contribui para a desconstrução do isolamento entre as profissões, ganhando notório destaque devido seus benefícios e sendo considerada uma indispensável ferramenta no processo de trabalho das equipes. Sua efetividade nas práxis das equipes promove a segurança do usuário, colaborando para humanizar as práticas e o bem-estar dos próprios trabalhadores.

Os achados no presente estudo demonstram que os profissionais que atuam na ESF

da região metropolitana de São Luís/MA apresentaram atitudes colaborativas moderadas, as quais estão relacionadas ao tempo de trabalho na ESF e a realização de especialização na área.

Assim, é preciso observar que não basta que vários profissionais de diversas categorias estejam agrupados dentro de um só local para que se produza um serviço de qualidade, sendo necessário que se estabeleça o reconhecimento dos papéis de cada componente da equipe além do estabelecimento de diálogos entre eles, fortalecendo o domínio da comunicação, promovendo conexões para que se estabeleça o trabalho em equipe. Desse modo, evita-se fragmentação do cuidado ofertado aos usuários, família e comunidade, estabelecendo dessa forma a cultura da soma dos saberes que beneficia a todos.

Colaboradores

Graça IBM (0000-0002-0303-6928)* contribuiu para concepção da pesquisa, obtenção, análise e interpretação dos dados e elaboração do manuscrito. Sousa ALB (0000-0002-9075-0969)*, Loureiro MAB (0000-0003-3234-2833)* e Cunha ER (0000-0002-0608-6357) contribuíram para obtenção, análise e interpretação dos dados do manuscrito. Tonello AS (0000-0002-8402-9112)* contribuiu para desenho da pesquisa e revisão crítica do manuscrito. Monteiro SCM (0000-0002-4425-1552)* contribuiu para concepção e desenho da pesquisa, análise e interpretação dos dados, e revisão crítica do manuscrito. ■

Referências

- Oliveira ATP, Guizardi FL, Dutra EB. Desafios da colaboração no trabalho interprofissional em saúde. In: Guizardi FL, Dutra EB, Passos MFD, organizadores. Em mar aberto: colaboração e mediações tecnológicas na educação permanente em saúde. Porto Alegre: Rede Unida; 2020. p. 13-34.
- Giviziez CR, Santos JD, Costa WLG, et al. Colaboração interprofissional na atenção primária à saúde: realidade de um município goiano. B Téc Senac. 2020;46(3):81-94. DOI: <https://doi.org/10.26849/bts.v46i3.842>
- Ribeiro AA, Giviziez CR, Coimbra EAR, et al. Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. Esc Anna Nery. 2022;26:e20210141. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0141>
- Caram CS, Rezende LC, Brito MJM. Prática colaborativa: potencialidades e desafios para o enfermeiro no contexto hospitalar. Rev Min Enferm. 2017;21:1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170080>
- Barbiani R, Nora CRD, Schaefer R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. Rev Latino-Am Enfermagem. 2016;24:e2721. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>
- Freire Filho JR, Costa MV, Magnago C, et al. Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. Rev Latino-Am Enfermagem. 2018;26:e3018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2731.3018>
- Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. Interface (Botucatu). 2018;22:1525-1534. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Fausto MC, Bousquat A, Lima JG, et al. Evaluation of Brazilian primary health care from the perspective of the users: accessible, continuous, and acceptable? *J Ambul Care Manage.* 2017;40(2Suppl):S60-S70. DOI: <https://doi.org/10.1097/jac.000000000000183>
9. Escalda P, Parreira CMSF. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. *Interface (Botucatu).* 2018;22(supl2):1717-1727. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0818>
10. Hojat M, Ward J, Spandorfer J, et al. The Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC): development and multi-institution psychometric data. *J Interprof Care.* 2015;29(3):238-244. DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.962129>
11. Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e educação.* 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2013.
12. Abed MM. Adaptação e validação da versão brasileira da escala Jefferson de atitudes relacionadas à colaboração interprofissional: um estudo em profissionais da atenção básica [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Goiás; 2015.
13. Abed MM, Pereira ERS, Grosseman S. Adaptação transcultural da Escala Jefferson de atitudes relacionadas à colaboração interprofissional. *Rev Cient Mult Núc Conh.* 2021;6(10):22-44. DOI: <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/escala-jefferson>
14. Zheng RM, Sim YF, Koh GC. Attitudes towards interprofessional collaboration among primary care physicians and nurses in Singapore. *J Interprof Care.* 2016;30(4):505-511. DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820.2016.1160039>
15. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Seção I:549.
16. Ministério da Saúde (BR); 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. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2016 maio 24; Seção I:44.
17. Falana TD, Afolabi OT, Adebayo AM, et al. Collaboration between doctors and nurses in a tertiary health facility in southwest Nigeria: implication for effective healthcare delivery. *Int J Car Scienc.* 2016;9(1):165-173.
18. Durans KCN, Silva MCP, Miranda AF, et al. Atitudes relacionadas a colaboração interprofissional entre os profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Res, Soc Dev.* 2021;10(4):e57110413392. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13392>
19. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface (Botucatu).* 2016;20(56):185-197. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>
20. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care.* 2005;19(supl1):116-31. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
21. Barbosa AS, Teixeira BRF, Oliveira AM, et al. Interprofissionalidade, formação e trabalho colaborativo no contexto da saúde da família: pesquisa-ação. *Saúde debate.* 2022;46(esp5):67-79. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E506>

Recebido em 13/08/2023

Aprovado em 30/08/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto

Disparidades sociodemográficas no câncer colorretal no Brasil, 1990-2019

Socio-demographic disparities in colorectal cancer in Brazil, 1990-2019

Anelise Camila Schaedler¹, Guilherme Augusto Veloso², Betine Pinto Moehlecke Iser³, Deborah Carvalho Malta⁴, Maria Paula Curado⁵, Max Moura de Oliveira¹

DOI: 10.1590/2358-289820241438880P

RESUMO No mundo, o câncer colorretal apresenta altas taxas de incidência e mortalidade, com diferenças segundo nível de desenvolvimento sociodemográfico. O objetivo foi analisar as disparidades sociodemográficas do câncer colorretal na população brasileira com 30 anos ou mais. Trata-se de estudo de série temporal da incidência, mortalidade, Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (Disability Adjusted Life Years – DALY) e prevalência, segundo sexo, no Brasil e nas Unidades da Federação (UF) de 1990 a 2019. A tendência foi estimada pela regressão de Joinpoint, e o índice sociodemográfico (SDI – Socio-Demographic Index) foi utilizado na análise de correlação. Os dados analisados foram estimados pelo Global Burden of Diseases Study 19. No Brasil e nas UF, as maiores taxas dos indicadores foram observadas no sexo masculino, com tendência de aumento em ambos os sexos. Houve associação positiva entre o SDI e todos os indicadores analisados, exceto para DALY em homens. As diferenças nas taxas e tendências entre as UF parecem refletir os processos de desenvolvimento do País, tais como urbanização e industrialização, em que as UF mais desenvolvidas possuem taxas elevadas com tendências de estabilidade, e as UF em desenvolvimento, com comportamento inverso, sugerindo melhorias de acesso aos serviços de saúde e diagnósticos.

PALAVRAS-CHAVE Neoplasias colorretais. Epidemiologia analítica. Fatores socioeconômicos. Estudos ecológicos. Carga global da doença.

ABSTRACT *In the world, colorectal cancer presents high rates of incidence and mortality, with differences according to the level of sociodemographic development. The objective of this study was to analyze the sociodemographic disparities of colorectal cancer in the Brazilian population aged 30 and older. This is a time series study of incidence, mortality, disability-adjusted life years (DALY), and prevalence, by sex, in Brazil and its Federal Units (FU) states from 1990 to 2019. The trend was estimated using Joinpoint regression analysis, and the Socio-Demographic Index (SDI) was used in the correlation analysis. The data analyzed were estimated by the Global Burden of Diseases Study 19. In Brazil and its states, the highest rates of these indicators were observed in males, with an increasing trend in both sexes. There was a positive association between SDI and all the analyzed indicators except for DALY in men. The differences in rates and trends between the states reflect the country's development processes, such as urbanization and industrialization. More developed states have high rates with stable trends, while less developed states exhibit the opposite behavior, suggesting improved access to healthcare services and diagnosis.*

KEYWORDS *Colorectal neoplasms. Analytical epidemiology. Socioeconomic factors. Ecological studies. Global burden of disease.*

¹Universidade Federal de Goiás (UFG), Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública (PPGMTSP) – Goiânia (GO), Brasil. max.moura@ufg.br

²Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Matemática e Estatística (IME) – Niterói (RJ), Brasil.

³Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) – Tubarão (SC), Brasil.

⁴Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem (EE), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁵A. C. Camargo Cancer Center (ACCC), Programa de Pós-Graduação em Oncologia (PPGO) – São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

Toda alteração celular maligna que afeta o cólon, o reto e o canal anal é chamada de câncer color-retal (CCR), que é considerado um problema de saúde pública mundial¹, sendo o terceiro câncer mais incidente e a segunda causa de morte por câncer no mundo, com 935 mil mortes estimadas para o ano de 2020². Com uma estimativa de 45,5 mil novos casos para o triênio 2023-2025, o CCR é o segundo mais incidente e a terceira maior causa de morte por câncer no Brasil^{3,4}. No ano de 2020, ocorreram 9.438 óbitos por CCR em homens (taxa de mortalidade de 10,3/100 mil) e 9.767 em mulheres (taxa de mortalidade de 7,9/100 mil) no País⁵.

A maioria dos casos de CCR (60-65%) surge esporadicamente, ou seja, acomete indivíduos sem histórico familiar^{6,7}. Os fatores de riscos são: idade, sexo masculino⁸, dieta ocidentalizada, incluindo consumo de nitratos e nitritos, inatividade física, obesidade, álcool e tabaco^{9,10}. Para o câncer do canal anal, além dos fatores ambientais⁶, a presença da infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), assim como as práticas sexuais, também são fatores de risco^{11,12}.

As sociedades de níveis socioeconômicos baixos possuem um pior prognóstico, menor sobrevida e alto risco de óbito por câncer em geral e potencialmente curáveis^{13,14}, incluindo o CCR. Tais situações poderiam ser evitadas mediante ações estratégicas com enfoque em reduzir as desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde¹⁵ e no controle dos fatores de risco^{13,16,17}. Assim, as ações de promoção da saúde são voltadas a parar ou retardar a rota do processo carcinogênico¹⁸ por meio de rastreamento com o intuito de descobri-lo em seus estádios iniciais, aumentando a eficácia terapêutica e elevando as taxas de sobrevida^{13,19}. Em vista disso, presume-se que desigualdades socioeconômicas tenham papel importante na morbimortalidade da doença entre diferentes populações. Com relação ao CCR em pessoas com menos de 30 anos, estas apresentam neoplasias associadas com alguma mutação genética ou hereditária²⁰. Por outro lado, a partir dessa idade,

observa-se uma maior prevalência dos fatores de risco, principalmente os modificáveis^{21,22} com diferenças segundo Unidades da Federação (UF)²³. Assim, este estudo pretende analisar as disparidades sociodemográficas do CCR na população brasileira de 30 anos ou mais de 1990 a 2019.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de análise de série temporal das taxas de incidência, prevalência, mortalidade e de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (Disability Adjusted Life Years – DALY) por CCR em indivíduos com 30 anos ou mais^{21,22}.

Foram utilizados dados estimados e disponíveis pelo Global Burden of Disease Study 19 (GBD19) (Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>)²⁴, para Brasil, UF, segundo sexo, de 1990 a 2019.

O estudo GBD utiliza dados nacionais coletados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)²⁵ do Ministério da Saúde. Visando à melhoria da qualidade da informação, o GBD aplica algoritmos para corrigir o sub-registro de óbitos e redistribuir os óbitos classificados com Códigos Garbage entre óbitos atribuídos a causas específicas, consideradas causas básicas^{26,27}. Os dados também foram analisados de acordo com o Socio-Demographic Index (SDI)/Índice Sociodemográfico, que representa um índice composto capaz de medir a renda per capita, a fertilidade e a educação²⁴. O SDI varia de 0 (menos desenvolvido) a 1 (mais desenvolvido), e permite a comparação entre diferentes realidades geográficas brasileiras segundo seu desenvolvimento. Para cada ano de 1990 a 2019, foram calculados os quintis do SDI considerando as UF, sendo possível classificá-las em cinco grupos: Inferior (0,0 - 0,45); Médio Baixo (0,45 - 0,60); Médio (0,60 - 0,68); Médio Alto (0,68 - 0,80); e Alto (0,80 - 1,0). Todos os indicadores obtidos foram padronizados pelo método direto, adotando-se a população padrão mundial fornecida pelo estudo GBD19, por 100 mil habitantes²⁸.

A Mudança Percentual Média Anual (Average Annual Percent Change – AAPC) e os respectivos

Intervalos de Confiança de 95% (IC95%) foram calculados para identificar tendências dos indicadores estudados e mortalidade. A AAPC é a média ponderada dos coeficientes angulares da linha de regressão, com peso igual para o comprimento de cada segmento em todo o intervalo. Um aumento ou uma diminuição da tendência são significativos quando diferentes de zero ($p < 0,05$). Para a análise de tendência, foi empregado o modelo de regressão por pontos de inflexão (joinpoint regression model) utilizando o *software* Joinpoint (versão 4.9.1.0)²⁹.

A relação entre os indicadores e AAPC com SDI foram analisadas considerando os anos de 1990 e 2019 por meio do Teste de Correlação de Pearson, no *Software* R (versão 4.2.2). A correlação, em termos estatísticos, é um método utilizado para avaliar se há associação linear entre duas variáveis contínuas. É medida por meio do coeficiente de correlação que mede a força de associação entre as variáveis; o coeficiente apresenta uma correlação

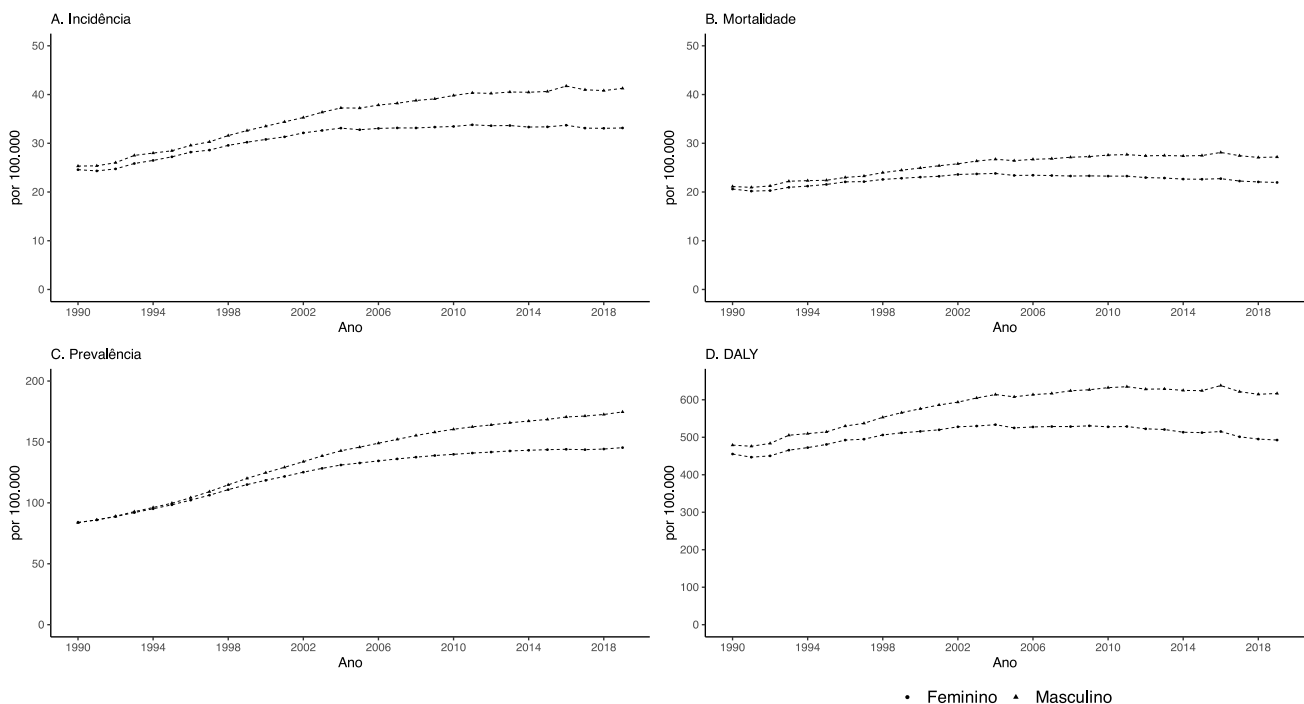
perfeita quando +1 ou -1. Quanto mais próximo de +1, maior a força de correlação, e quanto mais próximo do -1, as variáveis são inversamente relacionadas, ou seja, quanto mais elevada uma variável se apresenta, menor é a outra³⁰.

O estudo respeitou todos os preceitos éticos^{31,32} e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE nº 55847122.1.0000.5078 e parecer nº 5.249.241.

Resultados

Em todo o período estudado, as maiores taxas de incidência, prevalência, mortalidade e DALY no País foram observadas em homens. Em ambos os sexos, houve incremento anual significativo para todos os indicadores estudados, sendo ele maior no grupo masculino (*figura 1, tabelas 1 e 2*).

Figura 1. Taxas padronizadas de incidência, prevalência, mortalidade e DALY por câncer colorretal em brasileiros com 30 anos ou mais segundo sexo. Brasil, 1990 a 2019



Fonte: elaboração própria.

No Brasil, por UF, as taxas de incidência foram maiores em homens e apresentaram tendências de aumento em ambos os sexos. No sexo masculino, os maiores incrementos foram na Bahia (2,8% ao ano – a.a.), em Pernambuco (2,8% a.a.) e no Rio Grande do Norte (2,6% a.a.); nas mulheres, no Maranhão (2,8% a.a.), no Ceará (2,1% a.a.), no Amapá e no Acre (1,9% a.a.). Ressalta-se que, nas UF das regiões Norte e Nordeste, foram observados os

maiores percentuais anuais de incremento. As UF com aumentos anuais mais elevados de prevalência no sexo masculino são Pernambuco (3,5% a.a.), Bahia e Ceará (3,4% a.a.); e para o sexo feminino, o Maranhão (3,3% a.a.), o Ceará (2,7% a.a.) e o Acre (2,6% a.a.), havendo uma predominância no aumento das tendências nas macrorregiões das regiões Norte e Nordeste (tabela 1).

Tabela 1. Taxa padronizada (anos 1990 e 2019) e tendência de incidência e prevalência por câncer colorretal em brasileiros com 30 anos ou mais, segundo sexo, por Unidade Federada (UF) e Brasil, 1990 a 2019

UF	Incidência - Feminino			Incidência - Masculino			Prevalência - Feminino			Prevalência - Masculino		
	Anos		AAPC IC95%	Anos		AAPC IC95%	Anos		AAPC IC95%	Anos		AAPC IC95%
	1990	2019		1990	2019		1990	2019		1990	2019	
Norte												
Acre	12,25	21,2	1,9* (1,7;2,2)	14,85	27,07	2,0* (1,3;2,7)	40,05	84,89	2,6* (2,4;2,8)	44,52	104,09	2,9* (2,8;3,1)
Amapá	11,69	19,5	1,9* (1,6;2,2)	11,65	22,2	2,2* (1,7;2,8)	42,35	81,11	2,3* (2,2;2,4)	40,39	87,64	2,7* (2,5;2,9)
Amazonas	18,1	23,83	1,1* (0,7;1,5)	15,64	27,22	2,0* (1,5;2,4)	60,36	100,03	1,8* (1,5;2,0)	51,64	111,53	2,7* (2,5;2,9)
Pará	16,93	21,71	0,9* (0,8;1,0)	15,48	22,63	1,3* (1,1;1,6)	55,97	89,43	1,6* (1,5;1,7)	50,12	90,19	2,0* (1,9;2,2)
Rondônia	20,94	23,61	0,5* (0,3;0,8)	19,34	28,42	1,5* (1,1;1,9)	63,35	97,59	1,5* (1,3;1,7)	58,3	114,08	2,4* (2,2;2,6)
Roraima	14,92	20,84	1,2* (0,9;1,5)	19,78	26,46	1,0* (0,5;1,5)	49,36	84,57	1,9* (1,8;2,0)	61,65	104,95	1,8* (1,7;2,0)
Tocantins	13,66	20,04	1,3* (1,1;1,6)	14,49	29,91	2,5* (2,2;2,8)	44,89	85,08	2,2* (2,2;2,3)	46,32	120,26	3,3* (3,3;3,4)
Nordeste												
Alagoas	16,16	23,41	1,3* (1,1;1,5)	14,86	26,41	2,0* (1,8;2,2)	50,94	93,83	2,1* (2,1;2,2)	46,8	104,13	2,8* (2,7;2,9)
Bahia	18,15	25,02	1,1* (1,0;1,2)	16,18	35,47	2,8* (2,6;2,9)	60,65	105,49	1,9* (1,8;2,0)	54,05	142,52	3,4* (3,4;3,4)
Ceará	14,79	26,49	2,1* (1,9;2,3)	14,51	31,54	1,8* (1,6;1,9)	53,38	116,37	2,7* (2,7;2,8)	51,36	134,96	3,4* (3,3;3,6)
Maranhão	8,9	19,76	2,8* (2,2;3,4)	15,96	26,26	1,7* (1,0;2,4)	30,97	79,92	3,3* (3,3;3,4)	49,28	99,92	2,5* (2,3;2,6)
Paraíba	16,34	22,36	1,1* (0,7;1,6)	13,85	26,98	2,3* (2,2;2,5)	57,28	96,39	1,8* (1,8;1,9)	48,69	113,43	3,0* (2,8;3,1)
Piauí	14,37	20,55	1,4* (0,8;2,1)	15,34	23,39	1,6* (0,6;2,5)	50,34	85,92	1,9* (1,8;2,0)	51,93	95,47	2,1* (1,9;2,3)
Pernambuco	17,33	26,04	1,5* (1,0;2,0)	13,9	30,74	2,8* (2,3;3,3)	55,83	104,61	2,2* (2,1;2,3)	45,02	120,5	3,5* (3,4;3,6)
Rio Grande do Norte	14,8	24,53	1,7* (1,5;2,0)	15	31,4	2,6* (2,2;3,0)	52,46	107,7	2,5* (2,4;2,6)	52,56	133,51	3,2* (3,1;3,4)
Sergipe	18,76	24,78	1,0* (0,5;1,5)	17,13	28,87	1,7* (0,9;2,6)	59,85	102,85	1,9* (1,8;2,0)	54,42	116,55	2,6* (2,5;2,8)
Sudeste												
Espírito Santo	20,83	33,29	1,6* (1,4;1,9)	19,39	38,19	2,3* (2,1;2,5)	71,69	146,57	2,5* (2,4;2,6)	65,01	162,55	3,2* (3,3;4,0)
Minas Gerais	22,25	30,36	1,1* (0,8;1,4)	21,71	36,09	1,7* (1,4;2,0)	75,45	135,42	2,0* (2,0;2,1)	71,46	157,18	2,8* (2,7;2,8)
Rio de Janeiro	30,26	40,3	1,1* (0,6;1,5)	33,58	52,23	1,6* (1,4;1,7)	99,53	171	1,9* (1,8;2,0)	104,15	211,64	2,5* (2,4;2,7)
São Paulo	31,61	40,23	0,8* (0,6;1,1)	35,3	51,12	1,3* (0,9;1,8)	109,18	182,4	1,8* (1,6;1,9)	115,92	221,66	2,3* (2,1;2,4)

Tabela 1. Taxa padronizada (anos 1990 e 2019) e tendência de incidência e prevalência por câncer colorretal em brasileiros com 30 anos ou mais, segundo sexo, por Unidade Federada (UF) e Brasil, 1990 a 2019

UF	Incidência - Feminino			Incidência - Masculino			Prevalência - Feminino			Prevalência - Masculino		
	Anos		AAPC IC95%	Anos		AAPC IC95%	Anos		AAPC IC95%	Anos		AAPC IC95%
	1990	2019		1990	2019		1990	2019		1990	2019	
Sul												
Paraná	25,12	35,57	1,2* (1,0;1,4)	27,47	46,16	1,8* (1,4;2,2)	82,15	153,79	2,2* (2,1;2,3)	88,34	193,08	2,8* (2,6;2,9)
Rio Grande do Sul	35,95	45,12	0,8* (0,6;1,0)	39,27	58,83	1,4* (1,1;1,6)	124,86	202,34	1,7* (1,6;1,9)	131,06	254,52	2,3* (2,2;2,5)
Santa Catarina	27,96	34,78	0,7* (0,5;1,0)	30,48	45,35	1,4* (1,2;1,5)	95,16	159,03	1,8* (1,8;1,9)	100,19	201,51	2,4* (2,4;2,5)
Centro-Oeste												
Distrito Federal	33,2	41,23	0,8* (0,6;1,1)	37,19	51,64	1,1* (0,7;1,5)	114,7	193,6	1,8* (1,7;1,9)	117,52	229,79	2,3* (2,2;2,5)
Goiás	25,77	31,56	0,7* (0,4;1,0)	25,12	37	1,4* (1,2;1,6)	89,41	139,59	1,5* (1,5;1,6)	85,48	159,45	2,2* (2,1;2,3)
Mato Grosso	17,15	25,53	1,3* (0,6;2,1)	17,49	27,42	1,5* (1,1;1,9)	58,97	109,02	2,1* (2,0;2,2)	58,22	114,47	2,3* (2,2;2,5)
Mato Grosso do Sul	21,28	28,97	1,1* (0,7;1,6)	20,62	34,16	1,9* (1,6;2,3)	73,1	120,67	1,7* (1,7;1,8)	68,89	137,89	2,4* (2,3;2,6)
Brasil	24,58	33,14	1,1* (0,9;1,2)	25,32	41,27	1,8* (1,6;1,9)	83,91	145,34	1,9* (1,8;2)	83,79	174,64	2,6* (2,5;2,6)

Fonte: elaboração própria.

AAPC: Average Annual Percent Change; IC: Intervalo de confiança; *: valor de $p < 0,05$.

No sexo masculino, 14 UF tiveram tendência de aumento da mortalidade, com maiores percentis de aumento nas regiões Norte e Nordeste; no Distrito Federal (DF), verificou-se tendência de redução. Na população feminina, as tendências mostraram-se estáveis em 12 UF, e a única tendência de queda foi observada no DF (-0,3% a.a.). As mulheres do DF são as que menos sofrem com o CRR, apresentando tendência de diminuição de tempo de qualidade de vida perdido pelo CCR (-0,4%

a.a.); e outras 9 UF apresentam estabilidade na tendência de DALY para o mesmo grupo. As tendências aumentadas foram observadas, em sua maioria, nas regiões Norte e Nordeste, sendo o Maranhão o local com a AAPC mais elevada (1,9% a.a.). Por sua vez, no grupo masculino, não há tendência de queda, o DF e Roraima são as únicas UF com estabilidade, os maiores percentuais anuais estão em Pernambuco e na Bahia (2,1% a.a.) (tabela 2).

Tabela 2. Taxa padronizada (anos 1990 e 2019) e tendência da mortalidade e DALY por câncer colorretal em brasileiros com 30 anos ou mais, segundo sexo, por Unidade Federada (UF) e Brasil, 1990 a 2019

UF	Mortalidade - Feminino			Mortalidade - Masculino			DALY - Feminino			DALY - Masculino		
	Anos		AAPC IC95%	Anos		AAPC IC95%	Anos		AAPC IC95%	Anos		AAPC IC95%
	1990	2019		1990	2019		1990	2019		1990	2019	
Norte												
Acre	11,1	15,72	1,2* (0,9;1,5)	13,84	20,02	1,2* (0,7;1,8)	241,12	338,56	1,2* (0,8;1,5)	280,69	435,78	1,4* (0,8;2,0)
Amapá	9,76	13,96	1,3* (1,0;1,6)	9,93	16,03	1,7* (1,1;2,2)	212,1	311,86	1,4* (1,2;1,7)	208,57	350,69	1,8* (1,2;2,3)
Amazonas	15,77	16,76	0,4 (0,0;0,8)	13,6	19,03	1,2* (0,5;1,9)	344,02	371,76	0,4 (-0,3;1,0)	301,4	431,52	1,3* (0,8;1,8)

Tabela 2. Taxa padronizada (anos 1990 e 2019) e tendência da mortalidade e DALY por câncer colorretal em brasileiros com 30 anos ou mais, segundo sexo, por Unidade Federada (UF) e Brasil, 1990 a 2019

UF	Mortalidade - Feminino			Mortalidade - Masculino			DALY - Feminino			DALY - Masculino		
	Anos		AAPC	Anos		AAPC	Anos		AAPC	Anos		AAPC
	1990	2019	IC95%	1990	2019	IC95%	1990	2019	IC95%	1990	2019	IC95%
Pará	14,9	15,71	0,2 (-0,1;0,4)	13,65	16,34	0,7* (0,3;1,0)	328,4	352,55	0,2* (0,1;0,4)	301,55	375,6	0,8* (0,5;1,1)
Rondônia	18,96	16,74	-0,5 (-1,3;0,3)	17,31	20,02	0,7* (0,2;1,1)	384,59	363,96	-0,1 (-0,6;0,4)	372,04	442,09	0,7* (0,1;1,4)
Roraima	13,02	15,09	0,5* (0,2;0,8)	17,49	18,91	0,3 (-0,2;0,8)	282,03	319,58	0,5* (0,2;0,8)	370,48	415,27	0,4 (-0,1;0,9)
Tocantins	11,98	13,96	0,5* (0,3;0,8)	12,9	21,4	1,7* (1,4;2,1)	248,46	310,51	0,8* (0,6;0,9)	262,15	460,44	2,0* (1,7;2,2)
Nordeste												
Alagoas	14,74	17,15	0,5* (0,3;0,8)	13,45	19,22	1,2* (1,1;1,4)	328,6	388,82	0,6* (0,3;0,8)	313,56	451,1	1,3* (1,1;1,5)
Bahia	15,9	17,68	0,4* (0,3;0,4)	14,03	25,1	2,0* (1,9;2,2)	354,38	411,12	0,5* (0,5;0,6)	324,2	586,32	2,1* (1,9;2,2)
Ceará	12,41	17,72	1,3* (1,1;1,6)	12,2	20,99	2,0* (1,4;2,5)	284,19	398,82	1,2* (1,0;1,4)	280,08	482,91	2,0* (1,6;2,3)
Maranhão	8,33	15,43	2,2* (1,7;2,6)	14,82	20,49	1,1* (0,5;1,7)	198,57	346,83	1,9* (1,5;2,4)	340,26	451,01	1,0* (0,3;1,6)
Paraíba	13,83	15,27	0,4 (-0,1;0,9)	11,69	18,25	1,6* (1,4;1,8)	309,32	341,91	0,4 (0,0;0,9)	266,86	419,33	1,6* (1,4;1,7)
Piauí	12,3	14,69	0,7 (-0,1;1,5)	13,12	16,56	0,9 (0,0;1,8)	268,78	323,02	0,8* (0,2;1,4)	288,13	373,87	1,0* (0,1;1,9)
Pernambuco	15,39	18,93	0,7* (0,2;1,2)	12,26	22,07	2,1* (1,6;2,6)	343,69	420,81	0,7* (0,2;1,2)	285,91	510,24	2,1* (1,6;2,5)
Rio Grande do Norte	12,53	16,49	1,0* (0,7;1,2)	12,65	20,95	1,8* (1,4;2,2)	272,74	369,52	1,0* (0,8;1,2)	281,93	482,21	1,9* (1,5;2,2)
Sergipe	16,91	17,66	0,2 (-0,4;0,7)	15,32	20,37	0,8* (0,5;1,1)	356,03	397,52	0,4 (-0,1;0,9)	332,28	476,84	1,2* (0,5;1,9)
Sudeste												
Espírito Santo	17,49	22,04	0,8* (0,6;1,0)	15,9	25,26	1,6* (1,4;1,8)	390,73	498,61	0,9* (0,6;1,1)	359,67	573,69	1,5* (1,3;1,8)
Minas Gerais	18,85	19,77	0,1 (-0,1;0,3)	18,36	23,18	0,8* (0,5;1,0)	419,95	456,8	0,2 (-0,1;0,6)	416,48	550,68	0,9* (0,6;1,2)
Rio de Janeiro	25,82	27,44	0,4* (0,2;0,6)	28,67	35,45	0,8* (0,6;1,0)	575,08	615,16	0,3* (0,0;0,6)	644,83	796,45	0,8* (0,6;0,9)
São Paulo	25,88	25,46	-0,1 (-0,4;0,2)	29,01	32,4	0,5* (0,3;0,8)	565,63	572,85	0,1 (-0,2;0,4)	642,23	721,88	0,6* (0,3;0,8)
Sul												
Paraná	21,48	23,82	0,4* (0,2;0,6)	23,24	30,68	1,0* (0,7;1,3)	461,03	534,3	0,5* (0,3;0,7)	519,03	700,34	1,2* (0,9;1,4)
Rio Grande do Sul	29,25	28,74	0,0 (-0,2;0,3)	31,67	36,92	0,5* (0,3;0,7)	619,55	632,84	0,1 (-0,1;0,3)	692,93	825,62	0,6* (0,4;0,8)
Santa Catarina	23,12	21,72	-0,2 (-0,4;0,0)	25,05	27,91	0,4* (0,1;0,7)	484,19	475,61	-0,1 (-0,3;0,2)	538,01	623,58	0,5* (0,4;0,6)
Centro-Oeste												
Distrito Federal	26,99	24,68	-0,3* (-0,5;-0,2)	31,22	30,95	0,0 (-0,5;0,4)	564,68	505,13	-0,4* (-0,6;-0,2)	620,57	622,88	0,0 (-0,4;0,5)
Goiás	21,1	20,78	0,0 (-0,4;0,5)	20,68	24,22	0,5* (0,4;0,6)	492,74	479,5	-0,1 (-0,3;0,1)	488,14	569,94	0,5* (0,3;0,7)
Mato Grosso	14,67	17,55	0,5 (-0,1;1,2)	15,04	18,72	0,7* (0,2;1,1)	325,65	393,7	0,6* (0,0;1,2)	336,97	429,65	0,8* (0,3;1,2)
Mato Grosso do Sul	17,83	20,37	0,5* (0,0;1,0)	17,28	23,86	1,3* (0,9;1,7)	400,48	454,17	0,5* (0,1;1,0)	392,86	538,61	1,3* (0,9;1,6)
Brasil	20,61	21,96	0,2* (0,1;0,4)	21,13	27,18	0,9* (0,8;1,1)	455,31	492,55	0,3* (0,1;0,5)	479,05	616,81	0,9* (0,8;1,1)

Fonte: elaboração própria.

AAPC: Average Annual Percent Change; IC: Intervalo de confiança; *: valor de $p < 0,05$.

Ao analisar os indicadores de acordo com os níveis de desenvolvimento sociodemográfico divididos em quintil, em relação às taxas, o quintil mais elevado (SDI > 0,80) apresenta os maiores valores em todos os indicadores independentemente do sexo; quanto ao incremento anual, esse mesmo nível sociodemográfico mostra as menores AAPC em todos

os indicadores, com tendência significativa, exceto para mortalidade e DALY no sexo feminino. Em contraponto, as taxas são menores nas regiões menos desenvolvidas (SDI < 0,68), e as tendências apresentam-se aumentadas, com exceção do quintil Médio, estável para mortalidade no sexo feminino (tabela 3).

Tabela 3. Taxa padronizada (anos 1990 e 2019) e tendência da incidência, prevalência, mortalidade e DALY por câncer colorretal em brasileiros com 30 anos ou mais segundo quintis de nível sociodemográfico (SDI). Brasil, 1990 a 2019

Quintil	Masculino			Feminino		
	1990	2019	AAPC IC95%	1990	2019	AAPC IC95%
Incidência						
Inferior	14,73	27,84	2,3* (2,0;2,5)	13,31	23,11	2,0* (1,7;2,2)
Médio baixo	15,11	31,11	2,5* (2,4;2,7)	16,85	24,56	1,3* (1,1;1,5)
Médio	19,7	32,2	1,7* (1,4;2,0)	20,46	27,03	1,0* (0,7;1,3)
Médio alto	20,9	35,06	1,7* (1,5;2,0)	21,72	29,98	1,1* (0,9;1,3)
Alto	34,25	51,3	1,5* (1,3;1,7)	31,1	39,99	0,9* (0,7;1,2)
Prevalência						
Inferior	48,48	114,3	3,1* (2,9;3,3)	45,57	98,04	2,8* (2,5;3,1)
Médio baixo	50,98	124,6	3,1* (3,0;3,2)	56,93	102,1	2,0* (1,9;2,1)
Médio	65,38	134,4	2,5* (2,2;2,8)	69,46	116,4	1,8* (1,5;2,1)
Médio alto	68,99	150,7	2,7* (2,2;3,3)	73,76	132,3	2,1* (1,9;2,2)
Alto	111,3	219,2	2,4* (2,3;2,5)	105,79	178	1,8* (1,7;2,0)
Mortalidade						
Inferior	13,03	19,59	1,4* (1,1;1,8)	11,73	16,31	1,2* (0,9;1,4)
Médio baixo	13,04	22,06	1,8* (1,6;2,1)	14,66	17,05	0,6* (0,5;0,8)
Médio	16,76	21,85	1,0* (0,7;1,2)	17,34	18,42	0,2 (0,0;0,5)
Médio alto	17,63	22,9	0,9* (0,6;1,1)	18,04	19,8	0,2* (0,1;0,4)
Alto	28,37	32,98	0,6* (0,4;0,8)	25,78	25,82	0,0 (-0,2;0,2)
DALY						
Inferior	298	446,5	1,4* (1,2;1,7)	264,74	366,4	1,2* (0,9;1,4)
Médio baixo	300,6	510,4	1,9* (1,6;2,1)	328,14	397	0,7* (0,5;0,8)
Médio	382,4	502	1,0* (0,7;1,2)	392,49	416,4	0,2* (0,0;0,4)
Médio alto	399	536,1	1,0* (0,7;1,2)	409,48	452,9	0,3* (0,2;0,5)
Alto	627,9	736,5	0,6* (0,4;0,8)	559,9	575,5	0,1 (-0,1;0,4)

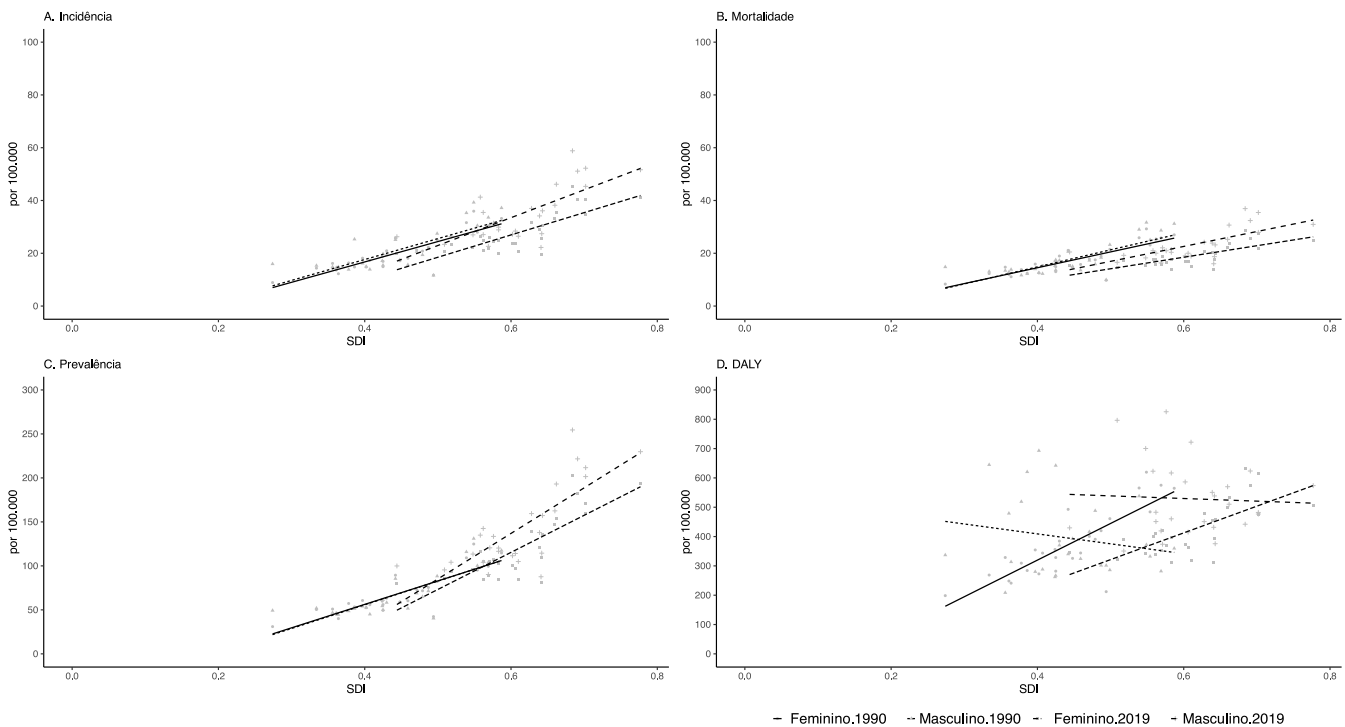
Fonte: elaboração própria.

AAPC: Average Annual Percent Change; IC: Intervalo de confiança; *: valor de $p < 0,05$.

A correlação entre o SDI e os indicadores de incidência, prevalência e mortalidade por CCR em homens, em 1990, foi significativa ($p < 0,05$), com coeficiente de 0,76, 0,8 e 0,78 respectivamente. Em 2019, as correlações significativas ($p < 0,05$) foram de 0,72 para incidência e 0,77 para prevalência. Os padrões foram semelhantes para as mulheres em 1990; os coeficientes de correlação para incidência, prevalência e mortalidade foram de 0,85, 0,85 e 0,84 respectivamente, com $p < 0,05$. Em 2019,

esses números foram de 0,79 para incidência, 0,81 para prevalência e 0,74 para mortalidade ($p < 0,05$). A correlação entre as mulheres e os DALY foi significativa, sendo de 0,82 em 1990 e 0,79 em 2019 ($p < 0,05$). Isso diferiu dos homens, para os quais não houve diferença. Por fim, não foi observada correlação estatisticamente significativa entre as diferenças nos anos 2019 e 1990 do SDI e os indicadores estudados (figura 2).

Figura 2. Coeficiente de correlação do Índice Sociodemográfico (SDI) com os indicadores de câncer colorretal em brasileiros com 30 anos ou mais segundo sexo. Brasil, 1990 e 2019



Fonte: elaboração própria.

Discussão

O perfil epidemiológico do CCR no Brasil e em suas UF, de 1990 a 2019, mostrou que os homens tinham as taxas mais altas. No geral, ao analisar segundo os quintis de SDI, as UF com menor desenvolvimento e as UF localizadas

nas regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores taxas dos indicadores estudados.

A idade, importante fator de risco não modificável, pode estar relacionada com o crescimento anual de incidência do CCR, principalmente observado nas regiões Norte e Nordeste, que nos últimos 12 anos vêm tendo

um aumento do índice de envelhecimento quando comparadas com regiões Sul e Sudeste, que já apresentavam estruturas mais envelhecidas³³. O País vem sofrendo uma diminuição nas taxas de mortalidade e fecundidade^{8,34}; resultando em uma mudança na estrutura da pirâmide etária, indicando o envelhecimento populacional que se aproxima da demografia de países desenvolvidos e aumento da carga de DCNT^{35,36}.

A dieta inadequada, principal fator de risco modificável para o CCR, vem se tornando cada vez mais frequente na rotina alimentar dos brasileiros^{37,38}, elevando assim as chances de desenvolverem DCNT, como o CCR. No Brasil, estão sendo observados redução na ingestão de alimentos minimamente processados e aumento do consumo de alimentos ultraprocessados^{37,39-42}, além da inatividade física e do sedentarismo que vêm seguindo tendências temporais de crescimento⁴¹, contribuindo para o aumento da obesidade no País³⁹. Por sua vez, a obesidade, o consumo de bebidas alcoólicas, de tabaco e de alimentos ultraprocessados são mais prevalentes no sexo masculino^{44,45}, corroborando os achados no grupo masculino no presente estudo e as diferenças observadas entre as unidades de análise.

O aumento da oferta de serviços de saúde favorece o acesso ao diagnóstico e ao tratamento, como observado na região Nordeste; onde a cobertura de Atenção Primária, em 2007, era de 60,65% e passou para 81,74% em 2019^{46,47}, contribuindo positivamente para a qualidade dos dados⁴⁸. Entretanto, a elevada mortalidade observada no sexo masculino sugere acesso tardio aos serviços de saúde. Foi observada uma baixa procura de atendimento de promoção e prevenção nesse grupo, o que pode resultar em uma detecção tardia de doenças e problemas de saúde não tratados, o que já foi identificado em outras pesquisas⁴⁹⁻⁵¹.

A análise dos indicadores com o SDI aponta que as UF mais desenvolvidas apresentam as maiores taxas de incidência e prevalência, o que pode ser explicado devido a melhores condições socioeconômicas desses grupos⁵²,

como: facilidade no acesso a alimentos industrializados devido ao maior desenvolvimento local e elevado poder de compra; maior expectativa de vida, que implica uma maior exposição aos fatores de risco para DCNT, incluindo o CCR; e acesso aos serviços de saúde de qualidade^{44,45}. Entretanto, apesar das melhorias das condições observadas, ainda se enfrenta o desafio da adesão às dietas sustentáveis, em que haja uma integração de aspectos nutricionais, culturais e econômicos com questões ambientais, visando à segurança alimentar, que igualmente favorecerá a redução das DCNT⁵³.

As correlações observadas também podem se relacionar com as discrepâncias sociais e regionais do País. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as menores médias de rendimento domiciliar per capita nas grandes regiões do Brasil, para o ano de 2019, foram no Norte (R\$ 955,00) e no Nordeste (R\$ 945,00)⁵². Além de renda baixa, essas regiões apresentaram um baixo grau de instrução⁵⁴, situações essas que aumentam a vulnerabilidade desse grupo ao CCR.

Nas mulheres, para os anos de 1990 e 2019, houve forte correlação das taxas com o SDI. Logo, mulheres com maior nível de renda e escolaridade e baixa taxa de fertilidade apresentaram indicadores melhores quando comparadas com os homens, que não mostraram associação do SDI com DALY e mortalidade. Pesquisa aponta que mulheres brancas, com renda elevada e maior escolaridade tendem a hábitos de vida mais saudáveis (alimentação, menor consumo de tabaco e álcool e atividade física)^{44,45}, possuem uma maior percepção de risco levando a uma maior frequência de consultas preventivas, favorecendo o diagnóstico e o tratamento oportuno de doenças³⁹ que influenciam na redução de mortalidade e morbidade.

Ao comparar as tendências entre as localidades brasileiras, notou-se um comportamento distinto no DF, com tendência de queda para mortalidade e DALY para o sexo feminino e de estabilidade no masculino. Ao investigar a renda domiciliar, no DF, é observada a maior

renda em todo território nacional, com renda média per capita de R\$ 2.765,00⁵², sugerindo mais acesso a serviços de saúde e menor dependência dos serviços públicos. Esses achados são condizentes a estudos prévios que apontam que a renda possui correlação negativa com o número de mortes pela doença, ou seja, quanto maior a renda, menor o risco de morrer e menos tempo de vida perdido por morte ou incapacidade^{55,56}.

O Brasil é um dos poucos países que oferecem um serviço universal de saúde e público para toda a população, tendo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF) como responsáveis pelas ações de prevenção e promoção⁵⁷. Atualmente, no País, não há um programa de rastreamento de CCR padronizado e universal. As abordagens de rastreamento para o CCR são selecionadas com base em critérios como a viabilidade financeira e a adequação do paciente. Isso significa que o acesso ao rastreamento do CCR pode variar de acordo com a região geográfica e a capacidade financeira do seu sistema de saúde local; e a decisão de realizar o rastreamento, a depender do histórico médico (risco de desenvolver a doença) individual do paciente⁵⁷. Iniciativas são implementadas para organizar a rede assistencial de saúde no que diz respeito à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento oportuno do câncer, com a pretensão de aumentar a sobrevida dos pacientes com câncer no Brasil, em conformidade com a lei que garante o início do tratamento em até 60 dias após o diagnóstico⁵⁸.

Por se tratar de um estudo com dados secundários, ele possui limitação quanto ao comprometimento da precisão dos indicadores utilizados. O GBD faz o tratamento estatístico dos dados oriundos dos sistemas para obter dados de qualidade mais adequada, como as correções por subnotificação de óbitos e redistribuição de causas não especificadas, no caso da mortalidade. A metodologia para essas correções e estimativas inclui muitos estágios de modelagem, que levam em consideração dados dos Sistemas Nacionais de Registros

Civis e outras fontes, além da redistribuição de códigos mal definidos. Assim, a partir dessas estimativas, é possível comparar indicadores entre diferentes UF, permitindo uma visão geral da epidemiologia do CCR.

Conclusões

As diferenças observadas nas taxas do CCR e a sua evolução temporal segundo sexo e entre as UF podem estar relacionadas com as diferenças na presença dos fatores de risco, bem como ao acesso diferenciado aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento oportuno. Os achados podem ser um reflexo das desigualdades socioeconômicas no País, evidenciando aumento predominante nas tendências nas regiões consideradas menos desenvolvidas, independentemente do sexo, enquanto as regiões mais desenvolvidas apresentam indicadores com tendências mais estáveis, principalmente no grupo feminino.

Diante disso, é necessário que os formuladores de políticas públicas de saúde adotem uma abordagem consciente da situação e tomem medidas preventivas do CCR. Isso envolve investimento e priorização de políticas públicas intersetoriais de programas de vigilância, que têm um impacto direto na expectativa de vida e nos índices de morbimortalidade dessa população. Portanto, ressalta-se que a detecção precoce do câncer é fundamental para o sucesso do tratamento e para aumentar as chances de cura.

Colaboradores

Schaedler AC (0009-0004-8477-1626)* contribuiu para concepção, coleta e análise dos dados, interpretação dos resultados, elaboração da versão original e aprovação da versão final do manuscrito. Veloso GA (0000-0002-5348-3793)* contribuiu para coleta e análise dos dados, interpretação dos resultados, revisão crítica do texto e aprovação da versão final

do manuscrito. Iser BPM (0000-0001-6061-2541)*, Malta DC (0000-0002-8214-5734)* e Curado MP (0000-0001-8172-2483)* contribuíram para interpretação dos resultados, revisão crítica do texto e aprovação da versão final do manuscrito. Oliveira MM

(0000-0002-0804-5145)* contribuiu para concepção, coleta e análise dos dados, interpretação dos resultados, orientação, elaboração da versão original, revisão crítica do texto e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
2. Ferlay J, Colombet M, Soerjomatara I, et al. Cancer statistics for the year 2020: An overview. *Int J Cancer.* 2021;149(4):778-789. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijc.33588>
3. Ministério da Saúde (BR), Coordenação de ensino. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2023 jan 5]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
4. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de cólon e reto [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2023 [acesso em 2023 jan 5]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios/cancer-de-colon-e-reto>
5. Ferlay J. Global Cancer Observatory: cancer today [Internet]. Lion: International Agency for Research on Cancer; 2020 [acesso em 2023 jan 5]. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today>
6. Keum N, Giovannucci E. Global burden of colorectal cancer: emerging trends, risk factors and prevention strategies. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2019;16(12):713-732. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41575-019-0189-8>
7. Jasperson KW, Tuohy TM, Neklason DW, et al. Hereditary and familial colon cancer. *Gastroenterology.* 2010;138(6):2044-2058. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2010.01.054>
8. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, et al. Cancer statistics, 2021. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(1):7-33. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21654>
9. Wu E, Ni JT, Chen X, et al. Genetic risk, incident colorectal cancer, and the benefits of adhering to a healthy lifestyle: A prospective study using data from UK Biobank and FinnGen. *Front Oncol.* 2022;12:894086. DOI: <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.894086>
10. Niklas AA, Borge GIA, Rødbotten R, et al. Levels of nitrate, nitrite and nitrosamines in model sausages during heat treatment and in vitro digestion – The impact of adding nitrite and spinach (*Spinacia oleracea* L.). *Food Res Int.* 2023;166:112595. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.foodres.2023.112595>
11. Nahas CSR, Silva-filho EV, Pllara WM, et al. Rastreamento de lesões precursoras do carcinoma espino-ce-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- lular anal em indivíduos portadores do HIV. *ABCD, Arq Bras Cir Dig.* 2011;24(2):168-172. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202011000200015>
12. Ouhoumane N, Steben M, Coutlée F, et al. Squamous anal cancer: patient characteristics and HPV type distribution. *Cancer Epidemiol.* 2013;37(6):807-812. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2013.09.015>
 13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2021-2030. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
 14. Tron L, Belot A, Fauvernier M, et al. Socioeconomic environment and disparities in cancer survival for 19 solid tumor sites: An analysis of the French Network of Cancer Registries (FRANCIM) data. *Int J Cancer.* 2019;144(6):1262-1274. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijc.31951>
 15. Viacava F, Bellido JG. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Ciênc saúde coletiva.* 2016;21(2):351-370. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.19422015>
 16. Cambota JN, Rocha FF. Determinantes das desigualdades na utilização de serviços de saúde: análise para o Brasil e regiões. *PPE [Internet].* 2015 [acesso em 2023 jan 10];45(2):219-243. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6008/1/PPE_v45_n02_Determinantes.pdf
 17. Ribeiro AA, Nardocci AC. Desigualdades socioeconômicas na incidência e mortalidade por câncer: revisão de estudos ecológicos, 1998-2008. *Saúde Soc.* 2013;22(3):878-91. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000300020>
 18. Roncucci L, Mariani F. Prevention of colorectal cancer: How many tools do we have in our basket? *Eur J Intern Med.* 2015;26(10):752-756. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2015.08.019>
 19. Jansen L, Kanbach J, Finke I, et al. Estimation of the potentially avoidable excess deaths associated with socioeconomic inequalities in cancer survival in Germany. *Cancers (Basel).* 2021;13(2):357. DOI: <https://doi.org/10.3390/cancers13020357>
 20. Willauer AN, Liu Y, Pereira AA, et al. Clinical and molecular characterization of early-onset colorectal cancer. *Cancer.* 2019;125(12):2002-2010. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.31994>
 21. Stoffel EM, Murphy CC. Epidemiology and mechanisms of the increasing incidence of colon and rectal cancers in young adults. *Gastroenterology.* 2020;158(2):341-353. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.07.055>
 22. Jung YS, Ryu S, Chang Y, et al. Risk factors for colorectal neoplasia in persons aged 30 to 39 years and 40 to 49 years. *Gastrointest Endosc.* 2015;81(3):637-645.e7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gie.2014.09.031>
 23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em 2023 jan 10]. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101764.pdf>
 24. GBD-Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). Socio-Demographic Index (SDI) 1950-2019, Quintiles [Internet]. Seattle, United States of America: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2020 [acesso em 2023 jan 10]. Disponível em: https://ghdx.healthdata.org/sites/default/files/record-attached-files/IHME_GBD_2019_SDI_1950_2019_QUINTILES_Y2021M03D21.XLSX
 25. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação sobre Mortalidade [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2024 jun 20]. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/sim/apresentacao/>
 26. Malta DC, Teixeira R, Oliveira GMM, et al. Mortalidade por doenças cardiovasculares segundo o sistema de informação sobre mortalidade e as estimativas

- do estudo carga global de doenças no Brasil, 2000-2017. *Arq Bras Cardiol.* 2020;115(2):152-60. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20190867>
27. Vos T, Lim SS, Abbafati C, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2020;396(10258):1204-1222. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30925-9)
 28. GBD-Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). Socio-Demographic Index (SDI) 1950–2019, Quintiles [Internet]. Seattle, United States of America: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2020 [acesso em 2023 jan 10]. Disponível em: https://ghdx.healthdata.org/sites/default/files/record-attached-files/IHME_GBD_2019_SDI_1950_2019_QUINTILES_Y2021M03D21.XLSX
 29. National Cancer Institute, Joinpoint Regression Program – Surveillance Research Program. Joinpoint Trend Analysis Software [Internet]. Statistical methodology and applications branch, Surveillance Research Program. [local desconhecido]: NCI; 2019 [acesso em 2024 jun 16]. Disponível em: <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>
 30. Hinkle DE, Wiersma W, Jurs SG. Applied statistics for the behavioral sciences. 5. ed. Boston: Houghton Mifflin; 2003.
 31. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Seção I:549.
 32. Ministério da Saúde (BR); 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. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2016 maio 24; Seção I:44.
 33. Gomes I, Britto V. Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. Agência IBGE Notícias [Internet]. 2023 nov 1 [acesso em 2024 jun 20]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>
 34. Cortez ACL, Silva CRL, Silva RCL, et al. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. *Enferm Brasil.* 2019;18(5):700. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v18i5.2785>
 35. Reis Perreira B, Jesus IMO, Martins MMF. Perfil sociodemográfico da mortalidade da população idosa no nordeste brasileiro. *Rev Atenção Saúde.* 2020;18(64):9-21. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol18n64.6273>
 36. Oliveira AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia.* 2019;15(32):69-79. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia153248614>
 37. Mondini L, Monteiro CA. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988). *Rev Saúde Pública.* 1994;28(6):433-439. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101994000600007>
 38. Santos AMSP. Política urbana no Brasil: a difícil regulação de uma urbanização periférica. *Geo UERJ* 2020;(36):47269. DOI: <https://doi.org/10.12957/geouerj.2020.47268>
 39. Malta DC, Gomes CS, Prates EJS, et al. Analysis of demand and access to services in the last two weeks previous to the National Health Survey 2013 and 2019. *Rev Bras Epidemiol.* 2021;24(supl2). DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210002.supl.2>
 40. Costa CDS, Sattamini IF, Steele EM. Consumo de alimentos ultraprocessados e associação com fa-

- tores sociodemográficos na população adulta das 27 capitais brasileiras (2019). *Rev Saúde Pública*. 2021;55:47. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002833>
41. Carrera-Bastos P, Fontes-Villalba M, O'Keefe JH, et al. The western diet and lifestyle and diseases of civilization. *Res Rep Clin Cardiol*. 2011;2:15-35. DOI: <https://doi.org/10.2147/RRCC.S16919>
 42. Barros MBA, Lima MG, Medina LP, et al. Social inequalities in health behaviors among Brazilian adults: National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health*. 2016;15(1):148. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0439-0>
 43. Silva LESD, Oliveira MM, Stopa SR, et al. Tendência temporal da prevalência do excesso de peso e obesidade na população adulta brasileira, segundo características sociodemográficas, 2006-2019. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(1):e2020294. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100008>
 44. Fundação Oswaldo Cruz. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017 [acesso em 2023 ago 29]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34614/1/III%20LNUD_PORTUGU%c3%8aS.pdf
 45. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares: 2017-2018- POF: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em 2023 ago 29]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101704.pdf>
 46. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, et al. SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):1751-1762. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>
 47. Ministério da Saúde (BR), Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária, Departamento de Saúde da Família, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-Gestor AB. Relatórios Públicos. Histórico de Cobertura da Atenção Primária: Histórico-AB-BRASIL-2007-202012. Brasília, DF: 2021.
 48. Sales OP, Vieira AFB, Martins AM, et al. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. *Rev Humanid Inov [Internet]*. 2019 [acesso em 2023 ago 29];6(17):54-65. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1045>
 49. Separavich MA, Canesqui AM. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saude soc*. 2013;22(2):415-428. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200013>
 50. Vieira KLD, Gomes VLDO, Borba MR, et al. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. *Esc Anna Nery*. 2013;17(1):120-127. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000100017>
 51. Malta DC, Bernal RTI, Gomes CS, et al. Desigualdades na utilização de serviços de saúde por adultos e idosos com e sem doenças crônicas no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24(supl2):e210003. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210003.supl.2>
 52. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de Tabelas. Padrão de vida e distribuição de rendimentos [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [acesso em 2023 ago 29]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html>
 53. Triches RM. Dietas saudáveis e sustentáveis no âmbito do sistema alimentar no século XXI. *Saúde debate [Internet]*. 2020;44(126):881-894. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012622>
 54. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua [Internet]. Educação 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [acesso em 2023 mar 20]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102002_informativo.pdf

55. Guimarães RM, Rocha PGM, Muzi CD, et al. Increase in income and mortality of colorectal cancer in Brazil, 2001-2009. *Arq Gastroenterol.* 2013;50(1):64-69. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-28032013000100012>
56. Vineis P, Wild CP. Global cancer patterns: causes and prevention. *Lancet.* 2014;383(9916):549-557. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62224-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62224-2)
57. Paula Pires ME, Mezzomo DS, Leite FMM, et al. Rastreamento do câncer colorretal: revisão de literatura. *Braz J Hea Rev.* 2021;4(2):6866-6881. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-233>
58. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.220, de 3 de junho de 2014. Altera o art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2014 jun 4; Edição 105; Seção I:91.

Recebido em 07/09/2023

Aprovado em 15/07/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Schaedler AC foi bolsista de mestrado do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Precarização do trabalho em plataformas digitais: narrativas de desgaste e desalento de motoristas e entregadores

The precariousness of work on digital platforms: Narratives of wear and tear and discouragement among drivers and couriers

Nara Leticia Pedroso Ramos Rodrigues¹, Sergio Roberto de Lucca¹

DOI: 10.1590/2358-289820241439270P

RESUMO A era da economia digital, iniciada nos anos 1980 e fortalecida a partir da crise mundial de 2008, tem por meio das tecnologias de informação e comunicação, transformado o mundo do trabalho. Neste cenário, sob a falácia do empreendedorismo para todos, o trabalho por aplicativo aparece como alternativa de sobrevivência para 61% dos trabalhadores e trabalhadoras informais do mundo. Esta pesquisa teve por objetivo analisar esta nova morfologia do mundo do trabalho, a partir de entrevistas em profundidade com motoristas e entregadores de aplicativos. Utilizou-se um questionário desenvolvido a partir do referencial teórico que problematiza a precarização do trabalho. O conteúdo obtido foi analisado pela metodologia de análise do discurso, resultando na matriz temática 'Precarização do trabalho em plataformas', desmembrada em cinco eixos de análise: desgaste e sofrimento, gênero, modo de gestão, estratégias de defesa e resistência e futuro do trabalho. As evidências revelaram vivências de dominação, sofrimento e desgaste e apontaram para um futuro desalentador, potencialmente uberizável para toda a classe trabalhadora e demandam alternativas de trabalho pautadas pela agenda do trabalho digno e decente. Devido a pandemia da covid-19, algumas entrevistas ocorreram antes e outras durante a pandemia, com impacto significativo e antagonístico no grupo de entrevistados.

PALAVRAS-CHAVE Precarização do trabalho. Tecnologia da informação. Saúde dos trabalhadores.

ABSTRACT *The digital economy, which began in the 1980s and has been strengthened since the global crisis in 2008, has transformed the world of work through information and communication technologies. In this scenario, app-based work appears as a survival alternative for 61% of the world's informal workers under the fallacy of entrepreneurship for all. This research aimed to analyze the new morphology of work based on in-depth interviews with app drivers and couriers. It used a questionnaire developed from the theoretical framework that problematizes the precariousness of work. The obtained data were analyzed using discourse analysis. The data was analyzed using discourse analysis methodology, resulting in the thematic matrix 'Precarization of work on platforms', broken down into five axes of analysis: wear and suffering, gender, management model, defense and resistance strategies, and the future of work. The evidence reveals experiences of domination, suffering, and exhaustion and points to a disheartening future, with the possibility of uberization for the entire working class, which requires work alternatives based on a decent work agenda. Due to the COVID-19 pandemic, some interviews took place before and others during the pandemic, with a significant and antagonistic impact on the group of interviewees.*

KEYWORDS *Job insecurity. Information technology. Occupational health.*

¹Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. nlpramos@hotmail.com



Introdução

Nos anos 1980, o acelerado desenvolvimento das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e o processo de financeirização da economia global inaugurou uma nova fase do capitalismo, marcada pela economia digital, que, mediada pelas plataformas digitais, tem transformado os processos de trabalho em um novo modelo produtivo; de exploração e precarização da força de trabalho¹. Aproveitando-se de um cenário de desemprego estrutural e de trabalho informal, a ‘*gig economy*’ ou economia dos bicos, aparece como alternativa de sobrevivência para 61% dos trabalhadores e trabalhadoras informais no mundo, em um momento em que o desemprego atinge cerca de 207 milhões de pessoas². O uso das tecnologias a serviço do capital não é neutro e sua dispersão espacial é, ao mesmo tempo, global e local, em função do setor econômico, das habilidades e complexidades do tipo de trabalho requerido (de micro tarefas repetitivas à desenvolvedores de *softwares*) e ocupações (entregadores, motoristas, professores, empregados domésticos, *freelancers* etc.), absorvendo um contingente de mais de 160 milhões de trabalhadores no mundo, a maioria do Sul Global¹.

Neste contexto, sob a falácia do empreendedorismo, a crise mundial de 2008 acirrou a precarização da ‘classe que vive do trabalho’³ e aumentou a expropriação de direitos sociais dos trabalhador/a(s) no mundo inteiro, marcando um processo de substituição gradativa do trabalho vivo, e uma nova morfologia de trabalho controlada e vigiada pelas tecnologias digitais da indústria 4.0³. Neste panorama, o trabalho por aplicativos se estabeleceu como a representação da precariedade contemporânea, imprimindo em sua lógica indignidade, precarização, desumanização e violação dos direitos humanos⁴.

O novo tipo de proletário, o da era digital, realiza enorme quantidade de trabalho não pago e é refém de uma remuneração flutuante, decorrente do ‘trabalho por demanda’. O desemprego estrutural, agravado pela pandemia de covid-19, marcou o crescimento abrupto de entregadores de aplicativos, uma

atividade considerada essencial neste período. Em suas biografias é possível observar, a ‘viração’⁵, quando uma legião de jovens, de baixa qualificação, se lança nos labirintos do mundo do trabalho neoliberal, que incentiva a adesão voluntária sem qualquer direito ao trabalho decente, definido pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) como o trabalho produtivo adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, capaz de garantir uma vida digna⁶. Ao contrário disso, os trabalhadores de aplicativos sobrevivem à própria sorte, constituindo narrativas de franca exclusão e desamparo.

O trabalho por aplicativos, por empresas que utilizam as plataformas digitais como forma de exploração, de motoristas e motofretistas é a face mais visível deste *iceberg* das tecnologias digitais⁷. No Brasil, dados do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap) apontam para 1,6 milhão de trabalhadores(as) por aplicativo, entre entregadores de plataformas de *delivery* (386 mil) e motoristas (1,27 milhão)⁸. Tendo em vista a centralidade do trabalho, questiona-se como essas mutações do mundo do trabalho, resultantes da chamada indústria 4.0, impactam a vida e a saúde do/a(s) trabalhador/a(s). Esta pesquisa teve por objetivo analisar esta nova face do mundo trabalho, a partir de entrevistas em profundidade com motoristas e entregadores de aplicativos em Campinas, antes e durante a pandemia de covid-19.

Material e métodos

Trata-se de um estudo qualitativo com entrevistas em profundidade de motoristas e entregadores por aplicativos que trabalhavam no município de Campinas. A escolha do método se deu pela possibilidade deste tipo de estudo fazer emergir aspectos ainda desconhecidos pela perspectiva do sujeito, além de ampliar, segundo a definição de Minayo, “o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes”⁹.

Os critérios de participação incluíram: ser maior de 18 anos, trabalhar em aplicativos há mais de seis meses, assinar o Termo de Consentimento Livre e esclarecido e consentir com a gravação das entrevistas. A amostra de conveniência partiu de um caso semente, de uma motorista, e os demais pela metodologia ‘bola de neve’.

As entrevistas com motoristas de aplicativos foram realizadas antes da pandemia, entre dezembro de 2019 e fevereiro de 2020, enquanto que os motofretistas por aplicativos foram entrevistados durante a pandemia, em abril de 2020, em *Hubs* de espera de chamadas de entregas. Nestes locais também foi possível a observação da dinâmica relacional e coletiva vivenciada por estes trabalhadores. A amostra final foi de 15 participantes, sendo seis motoristas e nove entregadores.

O roteiro das entrevistas seguiu um roteiro de perguntas estruturadas que compreenderam 18 itens sociodemográficos e 11 questões disparadoras sobre motivação, segurança, saúde, carga, remuneração, solidariedade e perspectivas de futuro. Todas as entrevistas foram gravadas. As narrativas foram transcritas e a partir dos conteúdos buscou-se verificar a tensão existente entre o contexto

da precarização do trabalho e a biografia dos entrevistados, explorando o espaço da relação capital-trabalho, bem como os fenômenos subjetivos dos sujeitos que não podem ser quantificados ou reduzidos à algumas variáveis. O referencial teórico foi a análise do discurso; considerando-se as trajetórias singulares e aproximação de experiências heterogêneas dos participantes¹⁰. A etapa seguinte foi a de nomeação das categorias e subcategorias analíticas. Para preservar o sigilo foram adotados nomes fictícios para os participantes.

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 23072519.7.0000.5404 e Parecer nº 23072519.7.0000.5404, atendendo aos preceitos éticos preconizados pelas Resoluções nº 466/2012¹¹ e nº 510/2016¹² do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Resultados

As características sociodemográficas dos participantes foram sintetizadas no *quadro 1*.

Quadro 1. Dados sociodemográficos dos trabalhadores Uberizados. Campinas/SP, 2021

Idt	Atividade	Idade	Escolaridade	Sexo*	Cor	Renda do App (R\$)	Tempo de trabalho por App	Trabalho Exclusivo por App	Atividade extra App	Jornada App (horas X dia)	Jornada Semanal	Modalidade
Andre	Entregador	26	Ens. Médio	M	Pardo	800,00	1,5 ano	Não	Mecânico Industrial	2 h/5 d	10 h	Nuvem
Carlos	Entregador	33	Ens. Médio	M	Pardo	3.000,00	2 anos	Sim	-	13 h/5 d	75 h	Nuvem
Fábio	Entregador	41	Ens. Fund.	M	Negro	8.000,00	3 anos	Sim	-	13 h/7 d	91 h	Operador Logístico
Diego	Entregador	21	Ens. Médio	M	Branco	1.000,00	7 meses	Não	Assistente Adm	5 h/5 d	25 h	Nuvem
Jailson	Entregador	24	Ens. Fund.	M	Pardo	5.000,00	2,5 anos	Sim	-	7 h/7 d	49 h	Nuvem
Luan	Entregador	32	Ens. Médio	M	Pardo	8.000,00	3 anos	Sim	-	13-16 h/7 d	91-112 h	Nuvem
Marcos	Entregador	25	Ens. Fund.	M	Negro	1.500,00	1,5 anos	Não	Técnico ADSL	5 h/6 d	30 h	Nuvem
Everton	Entregador	24	Ens. Médio	M	Pardo	3.000,00	8 meses	Não	Mecânico	6 h/6 d	36 h	Nuvem
Daniel	Entregador	26	Sup. Cursando	M	Negro	1.500,00	1,5 anos	Não	Agente C. de Saúde	5 h/6 d	30 h	Nuvem

Quadro 1. Dados sociodemográficos dos trabalhadores Uberizados. Campinas/SP, 2021

Idt	Atividade	Idade	Escolaridade	Sexo*	Cor	Renda do App (R\$)	Tempo de trabalho por App	Trabalho Exclusivo por App	Atividade extra App	Jornada App (horas X dia)	Jornada Semanal	Modalidade
Iracy	Motorista	59	Ens. Médio	F	Pardo	2.200,00	3 anos	Sim	-	8 h/5 d	40 h	Nuvem
Celso	Motorista	37	Ens. Média	M	Pardo	4.000,00	3 anos	Não	Motorista Particular	10/12 h/7 d	70/84 h	Nuvem
Afonso	Motorista	37	Sup. Completo	M	Branco	2.500,00	1,5 anos	Sim	-	10-13 h/6 d	60-69 h	Nuvem
Larissa	Motorista	45	Sup. Completo	F	Pardo	3.000,00	3 anos	Não	Secretária	10 h/5 d	50 h	Nuvem
Denise	Motorista	52	Sup. Completo	F	Pardo	2.000,00	6 meses	Sim	PM aposentada	9 h/5 d	45 h	Nuvem
Anna	Motorista	43	Ens. Médio	F	Branco	3.000,00	1 ano	Sim	Corretora de Imóveis	8 h/6 d	48 h	Nuvem

Fonte: elaboração própria.

* M = masculino, F = feminino.

As narrativas denotaram trajetórias e experiências singulares do/a(s) trabalhador/a(s), ao mesmo tempo em que buscou-se estabelecer eixos conceituais que permitissem categorias comuns vivenciadas no coletivo dos

participantes para a interpretação dos dados. Foram encontradas cinco categorias temáticas e cada uma delas se desdobrou em subcategorias, conforme sistematização constante na *quadro 2*.

Quadro 2. Categorias de análise e subcategorias da análise em profundidade das narrativas dos trabalhador/a(s) uberizados. Campinas, 2021

Matriz temática	Categorias de análise	Subcategorias
Precarização do trabalho em plataformas	Desgaste e Sofrimento	Dominação e Fadiga
		Insegurança e Medo
	Gênero	Acidentes e Carga de trabalho
		Desamparo e Solidariedade
		Precarização do trabalho feminino
Organização do Trabalho	Lar-Família-Trabalho	
	Os algoritmos e a Gestão 4.0	
Estratégias de Defesa e Resistência	Jornada de trabalho e Remuneração	
	Reconhecimento e Satisfação	
Futuro do Trabalho	Coletivas	
	Individuais	
	Perspectivas	
		Desilusão por desalento

Fonte: elaboração própria.

Discussão

No *quadro 1*, observaram-se diferenças quanto à média de faixa etária de entregadores (25,3) e motoristas (45,5). Enquanto todos os entregadores tinham ensino médio, metade dos motoristas possuíam ensino superior. A *gig economy* ou economia de bicos, surgiu como uma proposta de complemento de renda, entretanto para mais da metade dos participantes o trabalho por aplicativos é a única fonte de renda. A remuneração bruta informada não contabiliza os custos com veículo ou motos (combustível, seguro etc.) e é proporcional ao número de horas disponíveis à espera de corrida com passageiros ou entrega, já que este tipo de trabalho sob demanda não remunera o tempo conectado e disponível nas jornadas. Embora não seja o objetivo principal desta pesquisa, os dados quantitativos obtidos são similares aos da literatura¹³.

Localizou-se na fala dos motoristas um locus de atividade provisória, um bico, já para os entregadores motofretistas, há um autorreconhecimento da profissão de motoboy. A maioria já era motoboy antes da existência dos aplicativos de entrega e mesmo que já não estivessem sob à égide do trabalho formal, reconhecem na atividade de motoboy sua profissão e, talvez até por isso, rejeitem a denominação de ‘entregador’. A identidade profissional deste ‘motofretista entregador’ é reforçada pelas trocas de experiências vivenciadas nos encontros nos *Hubs* e preponderante nos eixos de resistência coletiva, solidariedade e perspectivas de futuro. Outro aspecto marcante é a questão do risco ergonômico, além de carregarem o peso das *bags*, estão mais expostos ao sol e a possibilidade de desidratação. Os entregadores estão, ainda, mais vulneráveis a acidentes, expostos a situações de injúria e humilhação, se caracterizando como uma atividade marcadamente penosa.

Na análise flutuante de todas as narrativas, a precarização do trabalho por aplicativos apareceu como matriz temática e eixo central e estruturante. A precarização no tipo de remuneração por demanda, o não reconhecimento de vínculo trabalhista e a desproteção social

para os casos de adoecimento ou acidentes de trabalho são centrais neste tipo de trabalho de ‘escravidão digital’¹⁴ e principal causa de desgaste e sofrimento.

Desde os anos 1980, Laurell e Noriega¹⁵ evidenciaram o caráter socio-histórico dos processos de produção de saúde e doenças e a relação entre adoecimento e morte do/a(s) trabalhador/a(s), às condições de vida e trabalho em contextos macro e microsociais, considerando que o grau de vulnerabilidade dos indivíduos é proporcional à precariedade nas condições de vida e ao menor respeito à proteção social em âmbito nacional, aos direitos humanos fundamentais e à cidadania. No contexto brasileiro, o conceito de desgaste foi incorporado e aprofundado por Seligmann-Silva (1994) que adicionou os aspectos subjetivos, intersubjetivos, éticos e de caráter individual e coletivo, e a ideia do trabalho consumir as energias vitais do trabalhador e causar desgaste cumulativo, principalmente na ocorrência da violência no trabalho, sobretudo a violência psicológica, resultando no processo de ‘dominação’¹⁶.

No trabalho por aplicativo, a condição de dominação é constituída a partir do ataque direto à dignidade dos trabalhadores/as em contextos de humilhação, medo, submissão, desrespeito ao corpo e às necessidades fisiológicas básicas, riscos de acidentes e assaltos. A dominação e a fadiga são ainda determinadas pelo controle virtual e vigilância do algoritmo.

Para o/a(s) trabalhador/a(s) uberizado/a(s), a motivação do trabalho é a mera sobrevivência, o sentido do trabalho foi simbolicamente destituído, e os processos de produção de doença se iniciam na impossibilidade de reconhecimento das limitações do próprio corpo:

A gente almoça?! Cadê que almoça?! Onde a gente janta? Eu saio do trabalho e venho direto para cá... E aí? Onde eu jantei?! Tem que ser na rua e custo meu! Não tem nem banheiro! É complicado. (Diego).

Motoboy não tem essa de ficar doente. A gente tá doente ou não, não vai fazer diferença. E daí que

tô resfriado? Não vai mudar em nada, porque eu vou ter que trabalhar do mesmo jeito, [...], é coisa que a gente tem que passar pra frente. (Fabio).

A violência no trânsito e o risco de acidentes e de assaltos produzem insegurança e medo à medida que estes coincidem com uma perspectiva de perigo concreta, que se amplia frente ao desconhecido em situações cotidianas de imprevisibilidade¹⁷. As manifestações de medo pela perda da integridade física foram unânimes nas falas do/a(s) profissionais:

O pessoal acha que temos dinheiro. Vários moto-boys já foram assaltados, tiveram a moto roubada. E sem dizer também a integridade física né? eu não me sinto seguro! (Andre Daniel).

Quando eu comecei a trabalhar à noite, eu tremia porque eu não sabia o passageiro que eu ia pegar. Você fica traumatizado, com muito muito medo, aí o tempo vai passando e você vai se adaptando. (Afonso).

Como vimos, no trabalho por aplicativos a carga de trabalho, riscos de acidentes e desgaste são conceitos interligados devido a forma de remuneração variável e sob demanda de corrida ou entrega e que expõem os(as) trabalhadores(as) à atividades repetitivas e tensão por tempo prolongado. Tendo a consciência da periculosidade do trabalho e mantendo os intensos ritmos de trabalho¹⁵, a sobrecarga e o desgaste aumentam o risco de acidentes:

Agora deu uma reduzida; dá umas 12h, mas já cheguei a bater umas 20 horas. Eu levantava 6 horas da manhã e voltava 4 horas da manhã para casa. É cansativo. (Fábio).

Eu trabalho 7 dias na semana, em torno de 13 a 16 horas [...] vivo cansado e desatento. (Carlos).

Verificou-se que 75% dos entrevistados já havia sofrido algum tipo de acidente no trabalho que resultaram em dano físico e problemas financeiros. O frenético ritmo do trabalho por

demanda, que remunera o trabalho na justa medida de sua realização¹⁸, compromete a segurança na tentativa de compensar o tempo poroso não remunerado. As narrativas a seguir ilustram o impacto destas ocorrências:

Sim e machuquei, fiquei 14 dias parado, eles me ligaram depois de 2 horas, perguntou se precisava chamar o SAMU, falei que não precisava mais, que já tava no hospital. (Marcos).

Já. Bati um dia de manhã, porque não tinha dormido direito naquela noite, eu acho que meu sono deve ter dado um... como diz, um branco na minha cabeça e eu não vi o trânsito parado na minha frente. (Iracly).

As situações de instabilidade financeira e medo da perda da subsistência geram instabilidade e a vivência de desamparo, conceito psicanalítico que se refere à precariedade física e psíquica constitucional da existência do homem diante da tarefa de manutenção da vida¹⁹. As situações de desamparo foram vivenciadas em diferentes contextos:

Todo motorista tem medo. O motorista que é desligado da Uber reclamam porque é a fonte de renda que a pessoa tem hoje. Se você não aceita mais de três corridas pela Uber, ela te bloqueia. (Célio).

Se um cliente fizer reclamação sua, o aplicativo bloqueia sua conta quase na hora, e para ele fazer uma reclamação, basta ele não gostar de você ou não ir com a sua cara. (Luan).

A lógica algorítmica, da avaliação do cliente, os expõem cotidianamente ao risco:

Estamos expostos a acidentes o tempo todo. Quando sofri o acidente, tentei falar com o aplicativo, mandar mensagem, não recebi nenhuma informação, não consegui falar com ninguém. Fiquei com todo o prejuízo, não tive ajuda em nada. E ainda por cima, me cobraram a comida que eu não consegui entregar e era uma comida cara, viu? (Daniel).

Entretanto, verificou-se que a solidariedade é uma estratégia utilizada para tentar amenizar e humanizar o sentimento de solidão e o cuidado com o outro pode ser um fator de preservação da saúde, conforme as narrativas:

Tem gente que vem trabalhar e não almoça, só toma café da manhã e toca até a noite sem comer. Aí o que acontece? essas vaquinhas que a gente faz quando fica parado, aí todo mundo come e aí fica de boa. (Luan).

Só não fiquei afastado porque o Luan me emprestou uma moto por 40 dias depois do acidente. Porque eu tenho que trabalhar. Eh, isso é amigo, hein? (Fabio).

A mulherada se cuida, a gente compartilha o destino da viagem no grupo pra alguém acompanhar e avisar a polícia, caso a gente mude de rota do nada. (Iracly).

A gente se ajuda, se tem um motorista que tá passando por aperto, porque se acidentou ou foi bloqueado, a gente se une, paga uma conta, faz mercado, compra leite, fralda. A gente é tudo trabalhador, todo mundo só quer chegar em casa vivo pra poder pagar as contas e cuidar da família. (Afonso).

Em relação ao gênero, o fato da primeira entrevistada, a ‘semente’, ser uma mulher, possibilitou a aproximação da temática da precarização do trabalho feminino sob a ótica da uberização. As narrativas da experiência de precarização do trabalho feminino foram permeadas pelas vicissitudes quase sempre compartilhadas por todas quanto à uma pretensa emancipação, quanto aos desafios da conciliação lar/trabalho, mas sobretudo sobre o risco e a violência a que estão expostas as mulheres em condições de trabalho precário. Isso revela que a mulher ocupa uma posição de destaque neste ‘exército de reserva’ de trabalho sub-remunerado, permitindo que o modo de produção capitalista siga o processo de precarização do proletariado em geral, mas deliberadamente da mulher trabalhadora²⁰.

A precarização do trabalho feminino tem origem histórica em uma sociedade patriarcal

que não reconhecia nem remunerava as atividades domésticas e de cuidado promovidas pelas mulheres. Cerca de 70% do(a)s pobres do mundo são mulheres²¹. Conforme relatos das motoristas, as empresas de aplicativo vislumbraram um importante nicho de mercado com o trabalho feminino, para atenderem passageiras que se sentem seguras com motoristas mulheres. Entretanto, a insegurança e violência fazem parte do cotidiano das motoristas por aplicativo, conforme relatos:

Assédio! Eu fui agarrada às 6:20 da manhã, [...] Daí entrou as duas, uma do meu lado e a outra atrás de mim, e a que estava atrás de mim falava assim: ‘Nossa, mas tá muito cheirosa, cara, tá muito cheirosa’. E aquilo ela falou umas quinze vezes [...] Na hora que cheguei no destino ela me agarrou, não tive reação. [...] Não sei qual a sensação de um abuso, mas eu me senti violentada, porque não permiti que ela fizesse isso... Foi muito estranho. (Larissa).

Não é nem um pouco seguro, você nunca sabe quem tá no seu carro, então aquele negócio, meu mantra ajuda? Ajuda, mas um spray de pimenta também. Às vezes o anjo de guarda tá tomando um cafezinho e a gente tem que garantir enquanto ele não chega, rsrsrs. (Anna).

Ressalta-se que a condição do trabalho feminino é tão desigual que não é raro que o trabalho precário seja considerado contraditoriamente emancipatório por algumas trabalhadoras, o que Seligmann-Silva²² definiu como ‘a dádiva e a dívida’:

Então, no meu caso a Uber me permitiu eu me divorciar, porque é através dela que eu consigo me manter [...] meu ex marido não me paga pensão... Sou muito grata à Uber por isso, eu tenho um filho para criar. (Anna).

Como secretária eu ganhava pouco, complementava no final de semana como uber, aí pedi pra me demitirem e fui só fazer Uber. Eu ganho mais do que eu ganhava antes. Não consigo mais ficar presa. (Larissa).

A divisão sexual do trabalho precário se dá na dimensão extra-trabalho²³. No Brasil, as mulheres trabalham 5 horas por semana a mais do que os homens, em trabalho doméstico e não remunerado relacionado aos cuidados familiares²⁴. As narrativas delas expressam a dupla jornada, em conciliar lar, família e trabalho:

Durmo 5/6 horas porque tenho também a profissão de mãe, né? De chegar em casa ter que fazer as coisas, essas coisas todas. (Anna).

Prefiro começar às 5:30 da manhã, na hora do almoço, vou pra casa, dou almoço pro marido, volto a trabalhar e vou até umas 19:00 horas, no máximo, estourando 20:00 horas. (Iracy).

Eu já chego em casa e preciso entrar na profissão mãe, cuidar das meninas, daí já dorme cansada e no outro dia cedo tem que começar tudo de novo. Não tem jeito. (Larissa)

Verificou-se nesta pesquisa, que o trabalho precário impacta o homem e a mulher de maneiras distintas. Para ele, evidencia-se a experiência da função penosa, mesmo em um contexto de desemprego estrutural é possível perceber no discurso uma perda, uma falta, a degradação de uma condição anteriormente experienciada como mais positiva, enquanto no discurso feminino, a hiperprecarização oscila entre condições indignas de trabalho e a possibilidade de emancipação.

Com relação à organização do trabalho, o trabalho uberizado ou sob demanda é uma evolução precarizada do modelo toyotista ou ‘just in time’, flexibilizado e adaptado à exigências do mercado consumidor. Assim, o novo modelo de gestão viabilizado pela plataformação do trabalho, remunera os trabalhadores somente na justa medida da entrega ou da corrida¹⁸, ou seja, o ‘empreendedor’ por aplicativo vira um ‘autogerente subordinado’²⁵, que arca com todos os riscos e custos da realização de sua atividade.

A chave do modelo de gestão por algoritmo é a triangulação entre prestadores de serviços, clientes e plataformas, e estas, ao contrário do

que parecem, não são neutras, são ordenadas, através dos algoritmos, por vigilância e controle, tanto dos usuários como dos clientes²⁶. A adaptabilidade dos algoritmos, programados a partir de trabalho humano, se dá pela datificação de um número elevadíssimo de informações, tanto dos usuários como dos prestadores ou clientes, de condições previamente programadas²⁷. Neste sentido, a gestão virtual dos aplicativos se estabelece como uma estrutura totalizante, por meio de um panóptico digital, que supervisiona o tempo todo, em uma tentativa de disciplinarização dos corpos cada vez mais dóceis para o aumento da produtividade. E nela se destacam três condições predominantes da gestão algorítmica: rastreamento e avaliação, automação e falta de transparência²⁸. O Rastreamento e avaliação permanente do desempenho dos trabalhadores podem ser evidenciados na narrativa de um ex operador logístico (modalidade de gestão e controle do Ifood):

Tem uma tela que consegue ver onde cada motoboy tá, se motoboy tá online, se não tá, se fica off. O Ifood pede um tempo online para cada motoboy, então ele fala: Eu quero que você fique online tal horário... então, se caso a internet fica fraca, se oscilar, se desligar, aí a gente chamava atenção. (Jailson).

A automação das decisões através dos algoritmos inclui as ocorrências dos bloqueios dos entregadores de maneira inadvertida:

As regras não são cumpridas! Se eu quero ser meu próprio patrão, e não quiser ir nessa corrida porque eu quero outra, e não aceito essa, sou bloqueado. (André Daniel).

E a falta de transparência:

O aplicativo fala uma coisa, mas nunca é o que eles falam, exemplo: hoje eu andei isso que o app tá mostrando mas é mais, porque eu tive que sair daqui e coletar na lanchonete, são 4 km e da lanchonete até o cliente é 7, então são 11 km, mas ele só tá contando da lanchonete até o cliente. (Marcos).

Tendo em vista o binômio, trabalho-remuneração, o contraditório no trabalho por aplicativo é que as horas despendidas para o trabalho não significam horas remuneradas. O motorista da Uber por exemplo não é remunerado pelo deslocamento que realiza para buscar um passageiro, tão pouco o entregador motofretista é remunerado ao aguardar uma chamada no perímetro urbano determinado pelo Ifood. Este tipo de trabalho, legitimado no Brasil como intermitente, equivale ao *zero contract hour* do modelo inglês²⁹. Situação exemplificada pelas falas do Everton e de Marcos: “[...] *cansei de ficar aí, trabalhar 10 horas pra fazer R\$ 17,00*” e “[...] *já cheguei a ficar 4 horas logado, sem tocar nada*”.

O ser humano precisa da validação do seu trabalho pela via do reconhecimento para que a construção do sentido do trabalho seja possível, pois permite dar ao sofrimento inerente ao ato de trabalhar um significado social. A ausência de reconhecimento, conforme detectou-se nas entrevistas com os/as profissionais uberizados também os vulnerabilizam, e estão expressas nas narrativas:

Tem uns que têm medo da gente, outros nojo [...] eles acha que a gente vai roubar [...], as pessoa só pega o pedido vira e entra, as vezes pede pra deixar bo chão, porque não quer pegar, a gente entrega no portão lá no chão. (Marcos).

A gente vai em parceiros coletar os pedidos, que são as lanchonetes, e não é bem recebido, é sempre: Espera lá fora, a gente não pode usar o banheiro, é sempre cara feia. (Daniel).

O ifood não dá nada pra nós, nem um vazezinho pra desconto na comida dos restaurante que a gente atende, então, às vezes temos comida na bag mas estamos com fome. (Carlos).

Ao iniciar essa pesquisa, nossa hipótese de encontrar muito sofrimento e adoecimento decorrente da precarização do trabalho por aplicativos não ocorreu de maneira

deliberada. A teoria nos ajudou a dar conta deste paradigma, ao nos lembrar que na fadiga patológica da miséria operária, o medo e o adoecimento são amputados da consciência dos trabalhadore(a)s rumo ao entorpecimento e à alienação, como sentido de defesa do ego contra o sofrimento^{30,31}.

Estabelecem-se ainda pontos de convergência entre os mecanismos e estratégias de defesa e de resistência à medida que ambos lidam com o sofrimento, mas há divergência quanto a solução encontrada: A defesa tem o intuito de evitar o sofrimento ou tornar o sofrimento suportável, enquanto a resistência condensa possibilidades de enfrentamento para transformação das situações que dão origem ao sofrimento. Ambas podem ter caráter individual ou coletivo¹⁷.

No âmbito coletivo, a solidariedade é uma importante fonte de resistência coletiva. Frente à penosidade das condições de trabalho, tenta-se transformar a realidade, por meio de ações pontuais, em estratégias de sobrevivência, ainda que momentâneas. Há no ato de se zelar pela vida da outra, uma tentativa de transformação da condição crítica de insegurança a que as mulheres estão submetidas, evidenciadas nas falas a seguir: “*a gente vai se ajudando, quem esta há mais tempo passa dicas de onde não ir [...]*” (Anna) ou ainda “*tenho grupos que é só de mulher, sabemos se chegou e se saiu, se demorar muito no local, a gente liga, se não atender, avisa a polícia*” (Iracy).

Notou-se ainda, durante o trabalho de campo com os entregadores, a ‘ideologia defensiva’³⁰, situação em que frente a uma atividade de risco, a instância coletiva nega ou atenua o risco. O que pôde ser verificado nos intervalos das entrevistas, por meio do arranque das motos, da direção perigosa, do ritmo acelerado, das piadas que faziam sobre os entregadores recém-chegados: “*Eu sou motoboy de carreira, nunca sofri acidente, mas entre esse pessoal mais novo, tem os emocionados, né?*” (Carlos).

A catarse grupal também se dá por meio da exorcização da fome, prática comum entre trabalhadores que exercem atividades

‘desqualificadas’, em que o medo da falta de subsistência é frequente. Logo, a ‘vaquinha’ mencionada para a realização de churrascos é uma forma de incorporar, por meio do comer compartilhado, alimentos com significado de proteção²⁹. Via de regra, as resistências coletivas ocorrem como estratégias de defesa organizadas, para combater as condições que ferem a dignidade³¹.

Verificou-se no entanto, poucas narrativas que abordavam a organização de coletivos para reivindicações de melhorias de condições de trabalho: “*Nós temos lutas de motoristas que tentam fazer uma organização [...] eu tento lutar pelo melhor para a categoria, porque nós somos até marginalizados*” (Afonso).

Embora haja concordância sobre a relação feroz e injusta no vínculo com os aplicativos, não há concordância em como se manifestar e, neste sentido, o aplicativo exerce a gestão do medo, uma vez que todos sabem que podem ser bloqueados caso participem de alguma manifestação.

Qual que foi a ideia da manifestação? Foder o próximo?! É perder tempo. Não vai resolver, já vimos isso, vai se repetir, se amanhã ele bloquear um milhão de conta, amanhã mesmo tem 5 milhões de conta novas livre para rodar. Não adianta. (Fabio).

Frente à degradação da sociabilidade e empobrecimento da trama social, as situações de indignidade levam a perda de confiança e semeiam o ressentimento, levando, além do esvaziamento de valores, ao dilaceramento da solidariedade, tornando o medo um estado cada vez mais permanente no cotidiano do trabalho⁴. Em uma tentativa de dominar este imponderável medo, estratégias são adotadas, conforme relato de Luan e Anna: “*Eu rezo, né? Rsrtrs*” (Luan).

Pesquisei dicas de motorista, então uma coisa que eu faço com passageiro homem, [...] pra sentir a intenção do cara, eu falo: oi, amigo, vai na frente mesmo, não tem frescura não, porque se a pessoa tá mal intencionada, você desmonta ela. (Anna).

Considerando-se ainda as situações de desamparo, de falta de reconhecimento e de desumanidade, o/as trabalhadore/a(s) utilizam a idealização e a racionalização, conforme narrativas: “*Sou motorista diamante, se chego em um lugar, tenho preferência na corrida, sabe?*” (Anna). “*Eu queria ser o melhor médico, advogado, juiz, isso é mérito. Não Motoboy*” (Fábio).

Sobre o futuro, o mundo do trabalho contemporâneo é marcado pela contradição da flexibilização das condições e das garantias de trabalho e o controle massivo da força de trabalho. Neste alarmante cenário, a pandemia da covid-19 acelerou tendências em curso no mundo do trabalho: trabalho remoto, Inteligência Artificial, trabalho por aplicativo para todas as classes que vivem do trabalho, com massiva vulnerabilização dos mais pobres. Estabelece-se um mosaico de modalidades de trabalho urberizados, na economia dos bicos, com muita oferta de trabalho gratuito.

Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua)³² realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no quarto trimestre de 2022, do total de ocupados, 2,1 milhões de brasileiros realizavam trabalho por meio de plataformas digitais. Nesta pesquisa, os(as) trabalhadores/a(s) informais classificados na categoria de ‘ocupados’ estão disponíveis para trabalhar mais horas. Ou seja, são ‘sobreviventes’ que oscilam entre a ocupação e a desocupação e embora possuam renda, a condição de informalidade os coloca em um cenário de desamparo, frente à instabilidade e a falta de proteção social e de perspectivas de futuro, conforme narrativas: “*Eu não queria tá trabalhando aqui, olha essa situação*” (Everton), ou ainda:

Sonhar é uma palavra muito bonita, mas tudo depende do meu esforço...eu tenho que me esforçar, mas até que ponto eu posso me esforçar? até onde eu vou aguentar? (Cesar).

Em um movimento contrário à tentativa de organização psíquica e de resistência, acima destacadas, há algumas narrativas

que compõem uma espécie de embotamento afetivo frente à condição de dominação e desgaste. A dominação é tão massiva que o/a(s) trabalhador/a(s) se encontram sem possibilidade de simbolização: A vida é o que está, conforme narrativa: “*Eu farei isso até não poder mais, porque eu não estudei, porque é mais fácil, não tenho outra previsão*” (Carlos).

No contexto brasileiro, este/a(s) jovens trabalhador/a(s) vivenciam a precarização do trabalho como condição de normalidade, porque eles já entraram em um mundo de trabalho precário em uma narrativa de franca exclusão, contudo, este trabalho flexível e sem forma redefine espaços de experiência social⁵. Neste sentido, há uma inegável degradação no âmbito do caráter individual, com o empobrecimento de narrativas de identidade e histórias³³. Conforme as narrativas dos entrevistados, conclui-se que o futuro desta categoria é desalentador, traduzido por falas que dão corpo ao título deste trabalho: narrativas de desgaste e desalento, quando tudo que se espera da vida é não morrer, conforme nos contam Diego, Fabio e Luan, respectivamente, quando questionados sobre o que esperam do futuro:

Nunca parei para ver esse ponto..., espero que até lá vivo, o que é meio difícil, se tiver vivo até lá, tá bom, tá ótimo né?!

Qual é o plano de carreira de motoboy? É ser motoboy pro resto da vida. Eu vou estar aqui amanhã e depois e depois. Não tem mais nada pra mim.

Você chegou vivo até o final do dia é o nosso mérito né. É o minino que a gente quer.

Considerações finais

Destacam-se algumas limitações do estudo quanto à amostra de conveniência. O

planejamento da pesquisa de campo previa que o tamanho da amostra se daria por saturação, contudo, a eclosão da pandemia da covid-19 impossibilitou que este critério fosse seguido com a categoria de motoristas. Desta forma, a maior participação do gênero feminino na amostra de motoristas poderia ser um viés, embora este recorte tenha jogado luz à questão da precarização do trabalho feminino.

A uberização é o retrato contemporâneo da precarização das condições de trabalho, representada por duas categorias que trabalham em situação de extrema vulnerabilidade e que nos aponta para um futuro do trabalho potencialmente ‘uberizável’ para toda a ‘classe que vive do trabalho’³. O trabalho uberizado é constituído por intensos processos de dominação que consomem o corpo e o potencial psíquico dos trabalhadores, pela falta de respeito às condições básicas de segurança, alimentação e higiene, e que se traduzem também por um alto custo social, sendo urgente que esta nova modalidade de trabalho possa ser discutida e incluída na pauta do trabalho digno e decente, em condições mínimas de saúde, segurança e dignidade, a partir da recusa do trabalho sob demanda⁴.

As referidas ‘falas desalentadas’, que motivaram o título desta pesquisa, traduzem a miserabilidade contemporânea, quando, ao término de um dia de trabalho, tudo o que um/a trabalhador/a espera é não morrer. Não há sonhos, não há planos, não há futuro, há apenas o presente e ele é estar vivo, logo, questiona-se sobre o futuro de uma sociedade que reduz as aspirações das pessoas à mera sobrevivência.

Colaboradores

Rodrigues NLPR (0000-0003-3584-816X)* e Lucca SR (0000-0001-6023-0949)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Grohmann R, Salvagni J. Trabalho por plataformas digitais: do aprofundamento da precarização à busca por alternativas democráticas. São Paulo: SESC; 2023.
2. World Health Organization and International Labour Organization. Mental health at work [Internet]. Geneva: WHO, ILO; 2022 [acesso em 24 out 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057944>
3. Antunes R. Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do Trabalho. 2. ed. São Paulo: Editora cortez; 1995.
4. Abilio LC, Santiago SM. Dossiê das violações dos direitos humanos no trabalho uberizado: o caso dos mototretistas na cidade de Campinas. Campinas: Diretoria executiva de Direitos Humanos, Unicamp; 2024.
5. Telles VS. Mutações do trabalho e experiência urbana. *Tempo Soc.* 2006;18(1):173-195. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-20702006000100010>
6. Organización Internacional del Trabajo. Memoria del Director General: Trabajo Decente. 87ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra: OIT; 1999.
7. Antunes R. Uberização, Trabalho digital e Indústria 4.0. São Paulo: Boitempo; 2020.
8. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Núcleo de desenvolvimento mobilidade urbana e logística de entregas: um panorama sobre o trabalho de motoristas e entregadores com aplicativo [Internet]. São Paulo: Cebrap; 2023 [acesso em 2024 out 24]. Disponível em: <https://cebrap.org.br/pesquisas/mobilidade-urbana-e-logistica-de-entregas-um-panorama-sobre-o-trabalho-de-motoristas-e-entregadores-com-aplicativos-caderno-quantitativo>
9. Minayo MCS. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33:83-91. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000500009>
10. Orlandi RP. Análise de discurso: princípios & procedimentos. Campinas: Pontes; 2012.
11. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Seção I:549.
12. Ministério da Saúde (BR); 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. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2016 maio 24; Seção I:44.
13. Ramos NL, Moreira AS, Lucca SR. O presente e o futuro do trabalho precarizado dos trabalhadores por aplicativo. *Cad Saúde Pública.* 2021;37(11):e00246620. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00246620>
14. Grecco JP, Lucca SR, Azevedo VAZ, et al. Percepção de motoristas de Uber sobre condições de trabalho e saúde no contexto da Covid-19. *Saúde debate.* 2022;46(132):93-106. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213206>
15. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
16. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. *Rev latinoamericana salud.* 1982;7-25.
17. Dejours C, Abdoucheli EJC. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Editora Atlas; 1994.
18. Abilio LC. Uberização: informalização e o trabalhador *just-in-time*. *Trab Educ Saúde.* 2021;19:e00314146. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00314>

19. Santos NDTG, Fortes I. Desamparo e alteridade: o sujeito e a dupla face do outro. *Psicol USP*. 2011;22(4):747-770. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642011005000033>
20. Nascimento DS. Precarização do trabalho feminino; a realidade das mulheres no mundo do trabalho. *Temporalis*. 2014;14(28):39-56. DOI: <https://doi.org/10.22422/2238-1856.2014v14n28p39-56>
21. Novellino MSF. Os estudos sobre a feminização da pobreza e políticas públicas para mulheres. *Anais do 14º Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2004 set 24; Caxambu-MG. Caxambu-MG: ABEP; 2004.*
22. Seligmann-Silva E. Trabalho e desgaste mental. O direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez; 2011.
23. Hirata H. A precarização e a divisão internacional e sexual do trabalho. *Sociologias*. 2009;(21):24-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222009000100003>
24. Madalozzo R, Martins SR, Shiratori L. Participação no mercado de trabalho e no trabalho doméstico: homens e mulheres tem condições iguais? *Rev Estud Fem*. 2010;18(2):547-566. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2010000200015>
25. Abilio LC. Uberização: do empreendedorismo para o autogerenciamento subordinado. *Psicoperspectivas*. 2019;18(3):41-51. DOI: <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol18-Issue3-fulltext-1674>
26. Silva Neto VJ. Plataform capitalism. *Rev Bras Inov*. 2019;18(2):449-454. DOI: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rbi/announcement>
27. Gillespie T. The Relevance of Algorithms. In: Gillespie T, Boczkowski PJ, Foot KA, editores. *Media technologies: essays on communication, materiality, and society*. Cambridge, MA; MIT Press Scholarship Online; 2014. DOI: <https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262525374.003.0009>
28. Wajcman J. Anförande: Pressed for time: The digital transformation of everyday life. *Sociologisk forskning*. 2016;53(2):193-199.
29. Antunes R. Trabalho intermitente e uberização do trabalho no limiar da indústria 4.0. In: Antunes R, organizador. *Uberização, trabalho digital e indústria 4.0*. São Paulo: Boitempo; 2020. p. 11-22.
30. Dejours C. *A loucura do trabalho*. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré; 1992.
31. Seligmann-Silva E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Cortez Editora, 1994.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Contínua. Módulos: Teletrabalho e Trabalho por meio de plataformas digitais [Internet]. [local desconhecido]: IBGE; 2022 [acesso em 2024 out 24]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc5686.pdf
33. Sennet R. *A corrosão do caráter*. 13. ed. Rio de Janeiro; São Paulo: Record Editorial; 2008.

Recebido em 01/02/2024

Aprovado em 13/08/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Ronaldo Teodoro

Indicadores de saúde dos adolescentes nos países do Mercosul: análise dos dados de inquéritos escolares

Adolescent health indicators in Mercosur countries: Analysis of school survey data

Évelin Angélica Herculano de Moraes¹, Alanna Gomes da Silva¹, Juliana Bottoni de Souza¹, Júlia Bicas Buback¹, Dolores Ondarsuhu², Mery Natali Silva Abreu¹, Deborah Carvalho Malta¹

DOI: 10.1590/2358-289820241439366P

RESUMO Comportamentos de risco na adolescência impactam a saúde de curto e longo prazo. A análise de dados de saúde dos países do Mercado Comum do Sul (Mercosul) pode fortalecer a vigilância e apoiar políticas públicas. Objetivou-se comparar as prevalências de indicadores em saúde de adolescentes nos países do Mercosul. Estudo descritivo, com dados do ‘Global School-based Student Health Survey’ na Argentina (2018), no Paraguai (2017) e no Uruguai (2019), e da ‘Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar’ no Brasil (2015 e 2019). Analisaram-se as prevalências e os intervalos de confiança de 95% de indicadores para a população total de adolescentes e segundo o gênero. A experimentação do álcool antes dos 14 anos foi maior na Argentina enquanto a embriaguez foi maior no Brasil. O consumo atual de cigarro e o uso de qualquer produto do tabaco foram mais elevados na Argentina. A prática regular de atividade física foi menor no Brasil, já o comportamento sedentário foi maior no Uruguai. O Brasil teve o menor uso de preservativo na última relação sexual. Houve diferenças dos comportamentos de risco para saúde entre os adolescentes dos países estudados. Os resultados podem auxiliar entidades governamentais desses países a promoverem intercâmbio de boas práticas.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do adolescente. Comportamentos de risco à saúde. Inquéritos epidemiológicos. Mercosul. Vigilância em saúde pública.

ABSTRACT Risk behaviours in adolescence have a short- and long-term impact on health. Analysing health data from the Southern Common Market (Mercosur) countries can strengthen surveillance and support public policies. To compare the prevalence of health indicators among adolescents in Mercosur countries. A descriptive study was conducted using data from the Global School-based Student Health Survey in Argentina (2018), Paraguay (2017), and Uruguay (2019), as well as from the National Survey of School Health in Brazil (2015 and 2019). Prevalence and 95% confidence intervals of indicators were analysed for the total adolescent population and by gender. Alcohol experimentation before the age of 14 was higher in Argentina, while drunkenness was higher in Brazil. Current cigarette smoking and any tobacco product use were higher in Argentina. Regular physical activity was lower in Brazil. Sedentary behaviour was higher in Uruguay. Brazil had the lowest condom use at last sexual intercourse. There were differences in health risk behaviours among adolescents in the studied countries. These results can assist governmental entities in these countries in promoting the exchange of best practices.

KEYWORDS Adolescent health. Health risk behaviors. Health surveys. Mercosur. Public health surveillance.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
evelinmoraes@yahoo.com

² Pan American Health Organization (PAHO) – Washington (DC), Estados Unidos da América.



Introdução

Cerca de 40 milhões de adolescentes entre 10 e 19 anos vivem nos países do Mercado Comum do Sul (Mercosul) (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai), o que representa quase 40% da população de adolescentes da América Latina e do Caribe¹. Esses países apresentam diferenças na forma de oferecer os serviços de saúde, bem como na organização política e administrativa. Tudo isso impacta nas formas de vida e saúde da população², especialmente na adolescência por corresponder a uma fase de transformações físicas e psíquicas e que sofre influência do contexto social, econômico, cultural e familiar³.

Tais cenários podem predispor os adolescentes a novas experiências e comportamentos de risco à saúde, como uso de drogas, sedentarismo, comportamento sexual de risco, além dos acidentes³. Esses comportamentos são os principais precursores para o desenvolvimento de várias doenças e agravos, contribuindo para o aumento da morbidade e da mortalidade juvenil⁴.

Globalmente, os adolescentes têm demonstrado múltiplos fatores de risco comportamentais. Um estudo com 89 países evidenciou que 34,9% dos adolescentes apresentaram três ou mais fatores de risco comportamentais simultâneos, e nas Américas, a prevalência foi 56,2%⁴. Grande parte desses fatores relaciona-se, por exemplo, com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), principais causas de morte no mundo⁵, com maior ocorrência em países de baixa e média renda⁶. Apesar de esses óbitos se concentrarem na fase adulta, fatores de risco para DCNT têm sido observados entre crianças e adolescentes⁷.

Diante disso, esforços internacionais têm sido feitos para apoiar o desenvolvimento de políticas e programas para promoção da saúde e prevenção de doenças entre os adolescentes, além do monitoramento de

fatores de risco e agravos. Nessa perspectiva, os países do Mercosul também têm se dedicado ao processo de vigilância em saúde dos adolescentes por meio de inquéritos epidemiológicos, como o Global School-based Student Health Survey (GSHS)⁸, e no Brasil, com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)⁹, com escopo semelhante ao GSHS.

Assim, torna-se possível analisar e comparar os principais indicadores de saúde dos adolescentes que os predispõem às preponderantes causas de morbimortalidade. Dessa forma, é possível priorizar intervenções baseadas em problemas de saúde identificados, promover a redução de desigualdades e ainda subsidiar análises futuras para aprofundamento das causas ou fatores envolvidos aos comportamentos de risco. A integração proporcionada pelo Mercosul extrapola os objetivos iniciais baseados em economia, abrangendo ainda a dimensão social e de saúde. Nesse âmbito, esse acordo internacional também visa à troca e à implementação conjunta de ações de atenção à saúde pautadas em informações representativas de suas populações de interesse, provenientes principalmente de inquéritos epidemiológicos¹⁰.

Este estudo também está alinhado à Agenda 2030¹¹ que possui metas específicas com vistas às melhorias da saúde e do bem-estar dos adolescentes, sendo imprescindível monitorar, comparar e possibilitar o compartilhamento de estratégias em prol de um esforço global para esse público. Portanto, analisar os dados de saúde desses países enfocados nos adolescentes contribui para fortalecer seus sistemas de vigilância, conhecer a situação de saúde e colaborar para o desenvolvimento de políticas públicas efetivas para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos. Assim, o objetivo foi comparar as prevalências de indicadores em saúde de adolescentes nos países do Mercosul.

Material e métodos

Desenho do estudo

Estudo transversal, com análise secundária de dados provenientes do GSHS realizado na Argentina em 2018, no Paraguai em 2017 e no Uruguai em 2019, e da PeNSE realizada no Brasil em 2015 e 2019.

O GSHS

O GSHS foi desenvolvido, a partir de 2003, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos da América¹². A pesquisa compreende dez módulos temáticos com os principais aspectos que influenciam a saúde do adolescente e sobre os quais os países participantes precisam investigar pelo menos seis¹².

Argentina, Uruguai e Paraguai foram apoiados pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/OMS e pelo CDC para o desenvolvimento da pesquisa. Na Argentina, foram realizadas três edições (2007, 2012 e 2018) da Encuesta Mundial de Salud Escolar (Emse). A pesquisa foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social da Nação, com a colaboração dos Ministérios da Educação Nacional e Provinciais¹³. No Uruguai, também ocorreram três edições da Emse (2006, 2012 e 2019), desenvolvidas pelo Ministério da Saúde Pública e pelo Ministério de Desenvolvimento Social do país¹⁴. Já no Paraguai, a Emse foi desenvolvida pela primeira vez em 2017, pelo Ministério da Saúde Pública e Bem-estar Social e pelo Ministério da Educação e Ciências do país, também apoiados pela Opas/OMS e CDC¹⁵. As pesquisas mais recentes de cada país foram representativas dos adolescentes de 13 a 17 anos.

A PENSE

No Brasil, a PeNSE é realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Ministério da Saúde, com quatro edições (2009,

2012, 2015 e 2019). Seu questionário aborda aspectos da saúde dos adolescentes, como fatores de risco e proteção para sua saúde, uso de serviços, entre outros⁹. Na edição de 2015, a PeNSE realizou dois planos amostrais distintos, sendo uma amostra representativa dos escolares do 9º ano do ensino fundamental, garantindo a comparabilidade para os anos anteriores, e a segunda amostra (amostra 2) de escolares de 13 a 17 anos, com o intuito de gerar dados comparáveis ao GSHS¹⁶. Em 2019, a amostra foi representativa dos escolares de 13 a 17 anos¹⁷.

População do estudo e amostragem da PeNSE e do GSHS

Os dados foram oriundos de questionários respondidos por adolescentes de 13 a 17 anos, que frequentavam a sala de aula e que foram recrutados por meio de um processo de seleção de amostra padronizado, com uma metodologia comum^{12,16,17}. Os inquéritos dos países supracitados tiveram planos de amostragem por conglomerados em dois estágios, cujas escolas correspondem ao primeiro estágio de seleção e às turmas de alunos matriculados ao segundo. Todos os alunos das turmas selecionadas foram convidados a participar da pesquisa, e aqueles que concordaram compuseram a amostra de alunos^{12,16,17}.

Coleta de dados da PeNSE e do GSHS

Em ambas as pesquisas, o questionário foi autoaplicado durante um período de aula. No Brasil, a coleta de dados foi realizada por meio de *smartphone*^{16,17}. Os demais países utilizaram questionário de papel escaneável com preenchimento a lápis¹². As taxas de resposta das escolas, dos escolares e o número de escolares participantes de cada país podem ser observados na *tabela 1*. As estimativas das taxas de resposta brasileiras foram calculadas com base nos valores esperados, coletados e validados. Para este estudo, utilizaram-se os dados disponíveis na plataforma do GSHS¹⁸ e da PeNSE⁹.

Tabela 1. Taxas de resposta escolar, estudantil e número de participantes da Argentina, Paraguai, Uruguai e Brasil, 2015, 2017, 2018 e 2019

	Argentina	Paraguai	Uruguai	Brasil	Brasil
	2018	2017	2019	2015*	2019
Taxa de resposta escolar	86%	100%	94%	97,6%	97,3%
Taxa de resposta estudantil	74%	87%	69%	84,9%	84,7%
Total de estudantes que participaram (questionários válidos)	56.981	3.149	3.162	10.926	159.245

Fonte: elaboração própria com informações provenientes da Opas/OMS, 2017, 2018, 2019, 2020¹²; e do IBGE⁹, 2016, 2021.

* Amostra 2.

Variáveis deste estudo

A descrição das variáveis está apresentada no *quadro 1* (indicadores de saúde de

adolescentes participantes do GSHS e da PeNSE), cujas respostas foram dicotomizadas (sim/não).

Quadro 1. Descrição dos indicadores de saúde de adolescentes participantes do GSHS e PeNSE, Argentina, Paraguai, Uruguai e Brasil, 2015, 2017, 2018 e 2019

Indicador	Descrição
Bebidas alcoólicas	
Consumo atual de álcool	Estudantes que beberam álcool recentemente (pelo menos uma dose de álcool em pelo menos um dia nos últimos 30 dias antes da pesquisa) (%)
Experimentação precoce do álcool (antes dos 14 anos)	Estudantes que consumiram álcool antes dos 14 anos de idade pela primeira vez entre os alunos que já ingeriram bebida alcoólica (%)
Episódio de embriaguez na vida	Estudantes que consumiram álcool excessivamente a ponto de ficarem embriagados uma ou mais vezes na vida (%)
Fumo	
Consumo atual de cigarro	Estudantes que consumiram cigarros recentemente (fumaram cigarros pelo menos um dia nos últimos 30 dias antes da pesquisa) (%)
Uso de qualquer produto do tabaco	Estudantes que usaram qualquer produto do tabaco recentemente (usou qualquer produto do tabaco pelo menos um dia nos últimos 30 dias antes da pesquisa) (%)
Atividade física	
Prática regular de atividade física	Estudantes que estavam fisicamente ativos pelo menos 60 minutos por dia nos 7 dias antes da pesquisa (%)
Participação em aula de educação física	Estudantes que participaram da aula de educação física três ou mais dias na semana durante o ano escolar (%)
Comportamento sedentário	Estudantes que passaram três ou mais horas por dia sentados assistindo televisão, jogando jogos no computador ou falando com seus amigos quando não estavam na escola ou fazendo o dever de casa durante um dia típico (%)
Saúde mental	
Ausência de amigos próximos	Estudantes que não tinham amigos próximos (%)

Quadro 1. Descrição dos indicadores de saúde de adolescentes participantes do GSHS e PeNSE, Argentina, Paraguai, Uruguai e Brasil, 2015, 2017, 2018 e 2019

Indicador	Descrição
Comportamentos sexuais	
Tiveram relação sexual na vida	Estudantes que já tiveram relação sexual (%)
Iniciação sexual precoce (antes dos 14 anos)	Estudantes que tiveram relação sexual pela primeira vez antes dos 14 anos entre os estudantes que já tiveram relação sexual (%)
Uso de preservativo na última relação sexual	Estudantes que usaram preservativo na última relação sexual entre estudantes que nunca tiveram relação sexual (%)
Violência e lesão grave	
Envolvimento em briga física	Estudantes que se envolveram em briga física uma ou mais vezes nos últimos 12 meses antes da pesquisa (%)
Presença de lesão grave	Estudantes que foram gravemente feridos uma ou mais vezes nos últimos 12 meses antes da pesquisa (%)

Fonte: elaboração própria com informações provenientes da Opas/OMS, 2020¹².

Análises dos dados deste estudo

Para todos os indicadores, foram analisadas as prevalências e seus respectivos Intervalos de Confiança (IC) de 95% para a população total de escolares, considerando o gênero (feminino e masculino) para cada país. A comparação entre as prevalências dos países foi realizada pelo IC95%, considerando-se como diferenças estatisticamente significativas a não ocorrência de sobreposição dos intervalos.

Devido à mudança na estrutura de algumas perguntas do questionário da PeNSE, utilizou-se a edição de 2015 para manter a comparação entre as variáveis de interesse: prática de Atividade Física (AF) regular, envolvimento em briga física e relato de lesão grave. Para as demais, considerou-se a edição de 2019.

Os indicadores de saúde dos adolescentes de cada país foram organizados em planilhas do Microsoft Excel versão 16[®], e os dados referentes da PeNSE foram analisados no Stata, versão 14.2, empregando o módulo *survey*, que considera os pesos de pós-estratificação.

Aspectos éticos do GSHS e da PeNSE

Todos os países que realizam o GSHS obtêm aprovações éticas de suas agências governamentais nacionais e de comitê institucional de ética. As edições da PeNSE foram aprovadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Os estudantes que concordaram em participar das pesquisas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para o GSHS, foi obtido, ainda, consentimento dos pais, de forma passiva. No caso deste estudo, os dados utilizados são de domínio público, estando disponíveis nas plataformas mencionadas, sem a necessidade de autorização prévia para uso.

Resultados

A caracterização quanto ao gênero e à faixa etária dos adolescentes participantes dos inquéritos de cada país pode ser observada na *tabela 2*.

Tabela 2. Descrição das características dos adolescentes que participaram do GSHS e da PeNSE, 2015, 2017, 2018 e 2019

	Argentina	Paraguai	Uruguai	Brasil	Brasil
	(GSHS) 2018	(GSHS) 2017	(GSHS) 2019	(PeNSE) 2015	(PeNSE) 2019
Sexo					
Masculino	48%	48,8%	45,2%	50,3%	49,3%
Feminino	52%	51,2%	54,8%	49,7%	50,7%
Faixa etária					
13 a 15 anos	67,7%	56,3%	52,1%	61,9%	64,7%
16 a 17 anos	31,5%	33,4%	37,6%	38,1%	35,3%

Fonte: elaboração própria com informações provenientes da Opas/OMS, 2017, 2018, 2019, 2020¹²; e do IBGE⁹, 2016, 2021.

Em relação ao consumo atual de bebidas alcoólicas, as maiores prevalências foram entre os adolescentes da Argentina (54,1%; IC95% 52,7-55,4%) e do Uruguai (54,6%; IC95% 51,6-57,5%). Os escolares da Argentina apresentaram

maior prevalência de experimentação precoce do álcool (65,7%; IC95% 64,3-67%) enquanto a prevalência de embriaguez foi maior no Brasil (47%; IC95% 46-47,9%) (tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da prevalência de indicadores em saúde de adolescentes de 13 a 17 anos, de ambos os sexos, dos países do Mercosul, 2015, 2017, 2018 e 2019

	Argentina	Paraguai	Uruguai	Brasil
	2018	2017	2019	2019/2015
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Bebidas alcoólicas				
Consumo atual de bebidas alcoólicas	54,1 (52,7-55,4)	35,7 (32-39,7)	54,6 (51,6-57,5)	28,1 (27,3-28,8)
Experimentação precoce do álcool (antes dos 14 anos)	65,7 (64,3-67)	46,5 (41,3-51,9)	55,2 (50,7-59,5)	34,6 (33,8-35,3)
Episódio de embriaguez na vida	37,3 (35,6-39)	22,5 (19,7-25,7)	40,2 (37,2-43,3)	47 (46-47,9)
Fumo				
Consumo atual de cigarro	19 (18-20)	**	13 (10,9-15,3)	6,8 (6,3-7,3)
Uso de qualquer produto do tabaco	20,4 (19,4-21,5)	**	14,1 (11,9-16,7)	12,3 (11,8 - 12,9)
Atividade física				
Prática regular de atividade física	16,5 (15,8-17,3)	17,2 (15-19,7)	13,8 (12,1-15,6)	7,6 (6,9-8,4)*
Participação em aula de educação física	37,5 (35,9-39)	20,2 (17,4-23,4)	26,6 (23,5-30,1)	8,9 (8,3-9,5)
Comportamento sedentário	55,3 (53,6-57)	35,1 (30,2-40,4)	62,9 (61-64,8)	53,1 (52,3-54)
Saúde mental				
Ausência de amigo próximo	5,6 (5,2-5,9)	5,7 (4,6-6,9)	5,9 (4,8-7,1)	4 (3,7-4,3)

Tabela 3. Distribuição da prevalência de indicadores em saúde de adolescentes de 13 a 17 anos, de ambos os sexos, dos países do Mercosul, 2015, 2017, 2018 e 2019

	Argentina	Paraguai	Uruguai	Brasil
	2018	2017	2019	2019/2015
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Comportamentos sexuais				
Tiveram relação sexual na vida	41,9 (39,9-44)	29,5 (25,5-33,9)	44,7 (40,7-48,7)	35,4 (34,5-36,3)
Iniciação sexual precoce (antes dos 14 anos)	35,9 (34,1-37,8)	23,5 (19,5-27,9)	25,8 (21,8-30,3)	36,6 (35,5-37,7)
Uso de preservativo na última relação sexual	78,3 (76,9-79,5)	74,7 (71,5-77,7)	78,4 (74,6-81,7)	59,1 (58-60,3)
Violência ou lesão não intencional				
Envolvimento em briga física	24,6 (23,4-25,9)	18,8 (16,2-21,7)	18,6 (17,2 -20,1)	21,4 (20,2-22,5)*
Presença de lesão grave	33,2 (32,3-34)	36,4 (33,8-39,1)	35,5 (33,1-38)	12,8 (11,7-13,9)*

Fonte: elaboração própria, 2024.

* PeNSE 2015. ** Dados indisponíveis.

O consumo atual de cigarro e o uso de qualquer produto do tabaco foram mais elevados entre escolares da Argentina (19%; IC95% 18-20% e 20,4%; IC95% 19,4-21,5% respectivamente). Já o Brasil apresentou as menores prevalências de uso de cigarro (*tabela 3*). Esses resultados exigem cautela pela ausência de dados do Paraguai.

A prática regular de AF (7,6%; IC95% 6,9-8,4%) e a participação em aula de educação física (8,9%; IC95% 8,3-9,5%) tiveram menor prevalência entre os adolescentes brasileiros. Já o comportamento sedentário foi mais prevalente entre os adolescentes uruguaios (62,9%; IC95% 61-64,8%) (*tabela 3*).

No que tange à saúde mental, a ausência de amigo próximo foi menor entre os adolescentes brasileiros (4%; IC95% 3,7-4,3%). Com relação aos comportamentos sexuais, a menor prevalência de adolescentes que tiveram relação sexual na vida foi no Paraguai (29,5%; IC95% 25,5-33,9%), bem como a menor ocorrência de iniciação sexual precoce (23,5%; IC95% 19,5-27,9%), seguido dos adolescentes

do Uruguai (25,8%; IC95% 21,8-30,3%). No Brasil, houve a menor prevalência de uso de preservativo na última relação sexual (59,1%; IC95% 58-60,3%) (*tabela 3*).

A prevalência de envolvimento em briga física foi maior na Argentina (24,6%; IC95% 23,4-25,9%), e o relato de lesão grave foi menor no Brasil (12,8%; IC95% 11,7-13,9%) (*tabela 3*).

Segundo o gênero, o consumo atual de bebidas alcoólicas apresentou maiores prevalências entre as meninas no Uruguai (58,3%; IC95% 55,1-61,3%) se comparadas com os meninos (49,7%; IC95% 45,9-53,6%). Situação similar ocorreu no Brasil (30,1%; IC95% 29,2-31% entre as meninas e 26%; IC95% 25-26,9% entre os meninos). A prevalência da experimentação precoce de bebidas alcoólicas foi menor entre os adolescentes do gênero masculino no Brasil (32,3%; IC95% 31,5-33,2%) e mais elevada entre os adolescentes do mesmo gênero na Argentina (69,2%; IC95% 67,5-70,9%). Os episódios de embriaguez foram semelhantes entre os gêneros em cada país (*tabela 4*).

Tabela 4. Distribuição da prevalência de indicadores de saúde de adolescentes de 13 a 17 anos dos países do Mercosul, estratificada por gênero

	Argentina 2018 % (IC95%)		Paraguai 2017 % (IC95%)		Uruguai 2019 % (IC95%)		Brasil 2019/2015 % (IC95%)	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Bebidas alcóolicas								
Consumo atual de álcool	55,7 (54,2-57,2)	52,3 (50,6-54,1)	35,4 (31,4-39,6)	35,8 (31,5-40,3)	58,3 (55,1-61,3)	49,7 (45,9-53,6)	30,1 (29,2-31)	26 (25-26,9)
Experimentação precoce do álcool (antes dos 14 anos)	62,4 (60,5-64,3)	69,2 (67,5-70,9)	46,8 (40,8-52,9)	46,7 (41,2-52,3)	54 (48,6-59,3)	56,6 (52-61,2)	36,8 (35,7-37,8)	32,3 (31,5-33,2)
Episódio de embriaguez na vida	38,8 (37,2-40,4)	35,6 (33,3-37,9)	22,3 (19,5-25,4)	22,7 (18,9-27)	43,2 (39,6-46,8)	36,3 (32,7-40,1)	47,6 (46,5-48,8)	46,2 (45,1-47,3)
Fumo								
Consumo atual de cigarro	20,5 (19,3-21,8)	17,2 (16-18,4)	**	**	15,1 (12,5-18,1)	10,3 (8,4-12,5)	6,5 (5,8-7,2)	7,1 (6,6-7,6)
Uso de qualquer produto do tabaco	21,8 (20,5-23)	18,8 (17,6-20,1)	**	**	16,1 (13,3-19,5)	11,6 (9,6-13,8)	12 (11,2 - 12,8)	12,8 (12,2-13,5)
Atividade física								
Prática regular de atividade física	12,9 (12,2-13,6)	20,4 (19,3-21,4)	12,1 (10,3-14,3)	22,4 (19,1-26,1)	9,5 (7,7-11,6)	18,8 (15,7-22,4)	3,1 (2,2-4,3)*	10 (8,5-11,7)*
Participação em aula de educação física	34,9 (33-36,7)	40,3 (38,6-41,9)	14,9 (11,8-18,6)	25,6 (22,1-29,6)	26,4 (22,8-30,4)	27,1 (23,7-30,9)	7,8 (7,3-8,4)	10,1 (9,3-10,9)
Comportamento sedentário	57,7 (55,9-59,5)	52,8 (51-54,7)	37,9 (32,5-43,6)	32,4 (27,2-38,1)	61,8 (59,2-64,2)	64,3 (61,3-67,2)	54,3 (53,4-55,2)	51,9 (50,8-53)
Saúde mental								
Ausência de amigo próximo	5,3 (4,8-5,8)	5,9 (5,4-6,4)	6,6 (5,1-8,5)	4,7 (3,4-6,6)	5,8 (4,6-7,3)	5,8 (4,2-8,1)	3,8 (3,4-4,1)	4,2 (3,8-4,6)
Comportamentos sexuais								
Tiveram relação sexual na vida	36,3 (34,2-38,4)	48,1 (45,7-50,4)	20,4 (17,2-24,1)	38,9 (33,5-44,7)	43,8 (39,5-48,2)	45,2 (40,8-49,7)	31 (30-32,1)	39,9 (38,8-41,1)
Iniciação sexual precoce (antes dos 14 anos)	25,7 (24,1-27,3)	44,1 (41,1-47,1)	17,1 (12,7-22,7)	26,7 (22,1-31,9)	20,5 (16,2-25,7)	32 (27-37,5)	26,5 (24,8-28,1)	44,7 (43,4-46,1)
Uso de preservativo na última relação sexual	73,9 (72,4-75,4)	81,9 (80,1-83,5)	70,8 (64,7-76,2)	76,4 (72,3-80)	72,1 (67,6-76,2)	85,8 (81,5-89,3)	54,3 (53,7-56)	63 (61,7-64,3)
Violência ou lesão grave								
Envolvimento em briga física	16,5 (15,2-17,9)	33,3 (31,5-35,1)	12,2 (9,8-15)	25,3 (22-29)	10,7 (9,2-12,4)	28 (25,2-31)	14 (12,6-15,3)*	28,7 (27-30,3)*
Tiveram lesão grave	28,4 (26,9-29,9)	38,3 (36,6-40,1)	29,6 (26,6-32,8)	43,2 (39,8-46,7)	33,1 (29,8-36,7)	38 (35,1-41)	16,7 (14,8-18,6)*	15 (13,5-16,5)*

Fonte: elaboração própria (2024) com informações provenientes da Opas/OMS, 2017, 2018, 2019, 2020¹²; e do IBGE, 2016, 2021⁹.

* PeNSE, 2015. ** Dados indisponíveis.

A prevalência do consumo atual de cigarros (20,5%; IC95% 19,3-21,8%) e o uso de qualquer produto do tabaco (21,8%; IC95% 20,5-23%) foram mais elevados entre as meninas argentinas (ressalva-se a ausência desses dados no Paraguai).

A prática regular de AF foi maior entre os meninos em todos os países. A participação nas aulas de educação física também foi mais elevada entre meninos na Argentina, no Paraguai e no Brasil. Houve diferença de gênero no que tange ao comportamento

sedentário, sendo maior entre as meninas argentinas (57,7%; IC95% 55,9-59,5%) e brasileiras (54,3%; IC95% 53,4-55,2%).

A ausência de amigos próximos teve prevalências semelhantes em ambos os gêneros em todos os países. Já no que se refere aos comportamentos sexuais, os meninos na Argentina, no Paraguai e no Brasil apresentaram as maiores prevalências de relação sexual na vida se comparados às meninas. A relação sexual precoce e o uso do preservativo foram mais elevados entre os meninos na Argentina, no Brasil e no Uruguai.

Os meninos relataram mais brigas físicas se comparados às meninas em todos os países. O relato de lesão grave foi mais frequente entre os meninos na Argentina (38,3%; IC95% 36,6-40,1%) e no Paraguai (43,2%; IC95% 39,8-46,7%).

Discussão

Os adolescentes argentinos e uruguaios demonstraram maiores ocorrências de experimentação e consumo de álcool recente, e mais episódios de embriaguez foram relatados pelos brasileiros. As prevalências relacionadas com o fumo foram mais elevadas na Argentina e foram expressivamente menores entre os adolescentes do Brasil. Para estes, também foram menos observadas a prática de AF regular e a participação em aulas de educação física. Os uruguaios foram os que mais apresentaram comportamento sedentário, e os adolescentes paraguaios exibiram menor prevalência de relação sexual na vida. Já os brasileiros relataram menos uso de preservativo na última relação sexual. O envolvimento em briga física foi maior na Argentina, e a ocorrência de lesão grave foi menor no Brasil.

Com relação às diferenças de gênero, as meninas apresentaram maiores prevalências de consumo de álcool recente (exceto Paraguai). Quanto aos comportamentos sexuais na Argentina, no Paraguai e no Brasil, houve mais relatos de relação sexual ao longo

da vida em comparação às meninas. Já a iniciação sexual precoce e o uso de preservativo foram mais frequentes entre os meninos na Argentina, no Brasil e no Uruguai. Os meninos também apresentaram maiores prevalências no envolvimento em brigas físicas e em prática de AF regular.

Mais da metade dos adolescentes uruguaios e argentinos relataram consumo de álcool recente. Isso representa o dobro da prevalência geral (25%) de estudo com 57 países de baixa e média renda no mundo¹⁹. Na Argentina, apesar de haver intervenções para controle de bebidas alcoólicas para esse público, não há, de fato, uma política nacional, com regulamentos jurídicos acerca do patrocínio do álcool e restrições para vendas locais²⁰. No Uruguai, ressaltam-se a disponibilidade, a facilidade de acesso e a tolerância ao consumo de álcool enquanto parte de uma cultura de prazer coletivo²¹.

O mesmo padrão de uso de álcool entre os países foi observado comparando-se os adolescentes segundo o gênero. Entretanto, destaca-se maior prevalência de consumo atual de álcool entre as uruguaias, as argentinas e as brasileiras, o que também tem sido observado em estudos europeus²⁰. O aumento de consumo de álcool entre as adolescentes pode estar relacionado com maior tolerância social²², incentivo de *marketing*²³ e mídia social²⁴.

Na Argentina, também foi observado o maior consumo de álcool de forma precoce, o que corrobora estudo anterior do país²⁵. Apesar de a idade legal ser a partir dos 18 anos, o álcool é de fácil acesso, configurando-se a substância mais consumida entre os escolares²⁵. Tais achados podem estar relacionados com a grande aceitação social não só na Argentina, mas também no Brasil e na maioria dos países³, o que evidencia falhas no controle do consumo de álcool entre adolescentes.

Já a maior prevalência de relato de episódios de embriaguez na vida foi observada entre os adolescentes brasileiros, que inclusive apresentaram aumento dessa prática nos

últimos anos²⁶. A embriaguez é facilitada pelo acesso ao álcool em festas, bares, entre os pares e até familiares, o que indica normalização desse consumo entre adolescentes e falhas na fiscalização e na supervisão familiar²⁷. Altas prevalências de consumo excessivo de álcool também foram encontradas na Rússia, em Angola e em outros países latino-americanos, como Bolívia e Peru²⁰. Esse comportamento pode acarretar problemas graves, como brigas físicas, acidentes, sexo desprotegido²⁸ e intoxicação alcóolica²⁷.

O tabagismo é o principal fator de risco para diversas doenças crônicas²⁹, e na adolescência torna-se ainda mais preocupante, uma vez que é nessa fase que o hábito de fumar se inicia e se consolida³⁰. As menores prevalências de uso de cigarro entre escolares brasileiros podem estar relacionadas com a adoção de medidas regulatórias recomendadas pela OMS, tornando o Brasil uma referência mundial no controle do tabagismo³¹.

Entretanto, as maiores prevalências do uso de outros produtos do tabaco, observadas na Argentina, já se configuram em uma preocupação mundial, com destaque para os cigarros eletrônicos³². Embora os produtos do tabaco sejam proibidos para menores de 18 anos nos países estudados, sendo ainda o cigarro eletrônico proibido em qualquer faixa etária à época das pesquisas, os adolescentes têm usado esses dispositivos principalmente influenciados pela mídia, sabores, aromas, percepção de serem menos nocivos e pressão dos amigos³³, além do uso ser associado ao consumo de álcool³⁴. No Brasil, embora o uso do cigarro convencional apresente estabilidade, há prevalências elevadas do uso de outros produtos do tabaco, como narguilé e cigarro eletrônico³⁵, o que pode ser atribuído ao enfraquecimento de políticas de controle nos anos recentes³⁶.

A prática sexual foi mais relatada no Uruguai e na Argentina, com prevalências pouco maiores do que 67 países de baixa e média renda (40,6%)³⁷. Esse comportamento é condicionado pelo desenvolvimento cognitivo e emocional, além das influências exercidas

pelos pares, pais, cultura e normas sociais. As barreiras socioeconômicas podem comprometer o acesso a informações de qualidade, aumentando a vulnerabilidade de determinados grupos. Embora ambos os países possuam arcabouços legais mais estruturados em comparação com outros membros do Mercosul³⁸ e apresentem bons resultados em indicadores relacionados, como a redução da gravidez na adolescência^{38,39}, esforços para diminuir as desigualdades no acesso aos direitos sexuais e reprodutivos ainda são necessários³⁹.

Os meninos apresentaram maiores prevalências de sexo na vida, consistente com achados prévios⁴⁰. A pressão social para que os meninos iniciem a vida sexual como prova de masculinidade é uma marcante diferença de gênero. Enquanto as meninas costumam começar a vida sexual mais tarde, em relações estáveis, os meninos tendem a iniciar mais cedo, em envolvimento eventuais⁴¹.

A iniciação sexual precoce foi maior entre os adolescentes do Brasil e da Argentina conforme estudo realizado na tríplice fronteira (Brasil, Argentina e Paraguai)⁴². Tal prática é considerada comportamento de risco por ser associada a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), gravidez não planejada, aborto inseguro⁴³, além de problemas de saúde mental⁴⁴. As prevalências desse indicador nesses países foram maiores do que a média encontrada em estudo com 50 países⁴⁵. Tais diferenças podem estar relacionadas com fatores religiosos, sociais e culturais, e merecem maior exploração para compreender e reduzir essas prevalências⁴⁵. Fatores psicossociais, como solidão, *bullying*, uso de tabaco, álcool e drogas, estão associados à iniciação sexual precoce, com pouca variação global⁴⁵.

No que concerne às diferenças de gênero, outros estudos também destacam que o gênero masculino tem prevalências mais elevadas de iniciação sexual precoce^{42,45}. Esse panorama é proveniente de uma cultura que encoraja meninos a iniciarem a prática sexual e que condena meninas que fazem isso⁴⁶.

Os adolescentes brasileiros apresentaram menores prevalências de uso de preservativo

na última relação sexual, indicando que quase 40% deles fizeram sexo desprotegido na última vez (*tabela 3*). Resultados semelhantes foram encontrados no Brasil com população acima de 15 anos⁴⁶ e entre adolescentes de outros países⁴⁰. Fatores relacionados com o não uso do preservativo envolvem a concepção de que esse método diminui o prazer sexual, ideia de baixo risco de contrair IST, confiança na parceria estável⁴⁷, indisponibilidade do preservativo⁴⁸.

A distribuição de preservativos ocorre de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde do Brasil⁴⁹, porém, medidas em prol da prática de uso do preservativo devem ser ampliadas. A educação sexual no País é vista como polêmica, muitas vezes influenciada por conceitos religiosos e ideológicos, e não como uma política pública consolidada. Uma educação sexual de qualidade deve promover o conhecimento do corpo e dos tipos de relacionamentos³⁸. O processo de tomada de decisões dos adolescentes é multifacetado e envolve tanto pensamentos racionais quanto afetivos, fazendo com que iniciativas nesse contexto considerem a complexidade dessa escolha⁵⁰.

O gênero também é um fator relacionado com o uso de preservativo, estando as pessoas do gênero feminino mais propensas ao não uso desse método⁴⁶ conforme identificado no estudo atual. Essa desigualdade de gênero provavelmente ocorre devido ao estabelecimento de parcerias estáveis e ao uso de outros métodos contraceptivos, o que deixa as adolescentes mais vulneráveis às IST⁴⁶.

Em geral, as prevalências de briga física entre os países analisados foram próximas, pouco maiores na Argentina, indicando que quase um quarto dos adolescentes argentinos se envolveu em briga física no ano anterior (*tabela 3*). Revisão com países de baixa e média renda, incluindo Argentina e Uruguai, encontrou piores prevalências em países africanos, alguns oceânicos e asiáticos⁵¹. Entre os fatores relacionados com a violência física entre os adolescentes, destacam-se o consumo de álcool e de drogas ilícitas, morar em locais violentos,

conflitos familiares e sintomas depressivos⁵².

O gênero masculino é considerado fator associado ao envolvimento em brigas físicas⁵², o que corrobora este estudo. Geralmente, os meninos buscam, por meio da agressão física, uma superioridade social em prol de relacionamentos, seguidores, reputação e popularidade⁵³. Já as adolescentes tendem a ser mais tolerantes e amistosas, evitando violência⁵⁴.

As prevalências de relato de lesão grave foram consideravelmente menores entre os adolescentes brasileiros. Os demais países apresentaram valores semelhantes e próximos a 35% (*tabela 3*) maior do que no Canadá (31,4%)⁵⁵ e menor do que em Mauritius (39%)⁵⁶. A maioria dessas lesões ocorre de forma não intencional⁵⁵, mas relacionam-se a fome, brigas físicas, faltar aulas sem permissão, ausência de amigos próximos, uso de drogas ilícitas⁵⁶ e lícitas^{55,56} e ansiedade⁵⁵.

O Brasil foi o país com menos relatos de prática de AF regular. Em 50 países de baixa e média renda, essa prevalência foi superior (14,9%)⁵⁷, mas ainda aquém, sendo um problema de saúde pública mundial. Há controvérsias sobre a influência do desenvolvimento econômico do País na rotina de AF dos adolescentes⁵⁸. No entanto, acredita-se que o crescente comportamento sedentário está ligado ao maior acesso à internet, jogos de computador, celular e TV⁵⁸.

No Brasil, também foram encontradas piores prevalências de participação em aula de educação física, consideravelmente menores que aquelas encontradas em outros países de baixa e média renda (24,1%)⁵⁷. De fato, menor participação nessas aulas foi anteriormente associada a AF insuficiente⁵⁷. Medidas que promovam a criação de ambientes ativos, como o estabelecimento de um número mínimo de horas de AF nos currículos escolares, podem então contribuir para o aumento da prática dessas atividades⁵⁹.

Em todos os países, houve variação importante na prática de AF regular e na participação em aula de educação física entre os gêneros, sendo menores entre as meninas. Tais achados

corroboram estudo anterior com países latinos, incluindo aqueles do Mercosul⁶⁰. Nesse contexto, é importante considerar a influência dos papéis de gênero. Mulheres latino-americanas já foram consideradas o grupo adulto com maior inatividade física no mundo⁶¹. Barreiras sociais como estereótipos, insegurança sobre a imagem corporal e aceitabilidade cultural podem reduzir o entusiasmo por AF⁶².

Referente a isso, destaca-se que a prevalência de comportamento sedentário foi alta em todos os países. Três deles possuíam mais da metade da sua população adolescente com comportamento sedentário (exceto Paraguai) (tabela 3). Pior cenário foi observado no Uruguai, onde mais de 60% dos escolares relataram esse hábito. O comportamento sedentário está associado a pior saúde mental⁶³ e a um maior risco de mortalidade por causas cardiovasculares, câncer e diabetes tipo 2⁶⁴. Iniciativas em torno da promoção de esportes no tempo livre e em comunidades⁵⁸ ou equipamentos sociais podem ajudar a minimizar esse quadro.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a exclusão de adolescentes fora da escola. Contudo, pesquisas semelhantes têm sido realizadas em todo o mundo⁸, já que são facilitadas pela integração dos setores de saúde e educação, sendo a escola local privilegiado para monitoramento de indicadores de saúde dos alunos³. Além disso, os estratos utilizados para cálculo amostral aumentam a representatividade do público-alvo. Outra limitação refere-se ao viés de informação, com possibilidade de coleta de informações sub ou sobrerrelatadas, uma vez que são dados de questionário. Todavia, comportamentos autorrelatados entre os adolescentes possuem validade⁶⁵, e o caráter anônimo da pesquisa pode reduzir essa tendência. O tamanho das populações de estudo também deve ser considerado, uma vez que há grande variabilidade. Resgata-se ainda a mudança na estrutura de algumas perguntas da PeNSE, fazendo-se necessário utilizar dados da edição 2015.

Conclusões

Houve diferenças entre os indicadores de saúde dos adolescentes dos países do Mercosul. A Argentina apresentou maiores prevalências de experimentação precoce de bebidas alcólicas, consumo atual de cigarro, uso de qualquer produto do tabaco e envolvimento em briga física. Igualmente ao Uruguai, a Argentina também apresentou maiores prevalências de consumo atual de bebidas alcólicas. O Uruguai teve maior prevalência de comportamento sedentário. O Brasil apresentou maiores prevalências de embriaguez, menores ocorrências de fumo, ausência de amigo próximo, AF regular, participação em aulas de educação física, uso de preservativo na última relação sexual e lesões graves. No Paraguai, foram encontradas menores prevalências de relação sexual na vida. A ausência de dados referentes ao uso de tabaco do Paraguai deve ser considerada, podendo ser maiores, iguais ou menores daquelas observadas nos demais países estudados.

Os melhores desempenhos no que tange a consumo de cigarro e lesões graves no Brasil, comportamento sedentário no Paraguai e uso de preservativo em todos com exceção do Brasil podem direcionar o compartilhamento de estratégias nesses domínios. Estes resultados podem auxiliar entidades governamentais dos países analisados a promoverem intercâmbio de boas práticas, de acordo com o desempenho dos indicadores em cada território, uma vez que essa troca se configura em um dos propósitos do Mercosul.

Colaboradoras

Morais EAH (0000-0003-0156-3449)* contribuiu para concepção e *design*, aquisição, análise e interpretação de dados, redação e revisão crítica para conteúdo intelectual e aprovação final. Silva AG (0000-0003-2587-5658)* contribuiu para concepção, análise e interpretação de dados, redação e revisão crítica

para conteúdo intelectual e aprovação final. Souza JB (0000-0002-9308-7445)* contribuiu para *design*, análise e interpretação de dados, e aprovação final do manuscrito. Buback JB (0000-0002-8292-7015)* contribuiu para análise e interpretação de dados, e aprovação final. Ondarsuhu D (0000-0003-0506-3046)* contribuiu para concepção, análise e

interpretação de dados do manuscrito. Abreu MNS (0000-0002-6691-3537)* contribuiu para análise e interpretação de dados, revisão crítica para conteúdo intelectual e aprovação final. Malta DC (0000-0002-8214-5734)* contribuiu para concepção e *design*, análise e interpretação de dados, redação e revisão crítica para conteúdo intelectual e aprovação final. ■

Referências

1. United Nations International Children's Emergency Fund. Adolescents. Investing in a safe, healthy and productive transition from childhood to adulthood is critical [Internet]. [local desconhecido]: Unicef; 2024 [acesso em 2023 set 23]. Disponível em: <https://data.unicef.org/topic/adolescents/overview/>
2. Instituto Social del MERCOSUR. Saúde [Internet]. Paraguay: Mercosur; 2023 [acesso em 2023 set 23]. Disponível em: <https://www.ismercosur.org/pt/saude/>
3. Inchley JCD, Budisavljevic S, Torsheim T, et al., editores. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report [Internet]. Geneva: WHO Regional Office for Europe; 2020 [acesso em 2023 jun 12]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332104/9789289055017-eng.pdf>
4. Uddin R, Lee EY, Khan SR, et al. Clustering of lifestyle risk factors for non-communicable diseases in 304,779 adolescents from 89 countries: A global perspective. *Prev Med.* 2020;131:105955. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jypmed.2019.105955>
5. World Health Organization. Noncommunicable diseases: progress monitor 2020. [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [acesso em 2023 jun 12]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/330805>
6. Wang Y, Wang J. Modelling and prediction of global non-communicable diseases. *BMC Public Health.* 2020;20(1):822. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08890-4>
7. Rodrigues STP, Matozinhos FP, Gratão LHA, et al. Coexistence of risk factors for cardiovascular diseases among Brazilian adolescents: Individual characteristics and school environment. *PLoS ONE.* 2021;16(7):e0254838. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254838>
8. World Health Organization. GSHS questionnaire [Internet]. [local desconhecido]: WHO; 2023 [acesso em 2023 set 23]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/global-school-based-student-health-survey/questionnaire>
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2022 [acesso em 2023 out 23]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Ministério da Saúde (BR), Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde. Saúde e Política Externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2023 out 23]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_politica_externa_20_anos_aisa.pdf
11. Cruz DKA, Nóbrega AAD, Montenegro MDMS, et al. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e as fontes de dados para o monitoramento das metas no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2022;31(esp1):e20211047. DOI: <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200010.especial>
12. Organización Panamericana de la Salud. GSHS – Global School-based Student Health Survey [Internet]. [local desconhecido]: Opas; 2018 [acesso em 2023 set 23]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/global-school-based-student-health-survey-gshs-overview>
13. Ministerio de Salud (Argentina). 3o Encuesta Mundial de Salud Escolar. Argentina; 2018.
14. Ministerio de Salud Pública (Uruguay). Encuesta mundial de salud en estudiantes. EMSE 2019. Informe final [Internet]. [local desconhecido]: Ministerio de Salud Pública; 2019 [acesso em 2023 set 13]. 116 p. Disponível em: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_ENCUESTA_MUNDIAL_SALUD_ESTUDIANTES_2019.pdf
15. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Encuesta Global de Salud Escolar (GSHS) Paraguay 2017 [Internet]. Asunción: Opas; OMS; 2017 [acesso em 2023 nov 23]. 78 p. Disponível em: <https://dvent.mspbs.gov.py/encuesta-global-de-salud-escolar-gshs-2017/>
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [acesso em 2023 nov 23]. 132 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=297870>
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2019 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [acesso em 2023 nov 23]. 156 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101852>
18. Organización Panamericana de la Salud. Global School-Based Student Health Survey Results Tool [Internet]. [local desconhecido]: Opas; 2020 [acesso em 2023 set 23]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/enlace/global-school-based-student-health-survey-results-tool>
19. Ma C, Bovet P, Yang L, et al. Alcohol use among young adolescents in low-income and middle-income countries: a population-based study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(6):415-429. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(18\)30112-3](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(18)30112-3)
20. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO; 2018.
21. Junta Nacional de Drogas (Uruguay), Observatorio Uruguayo de Drogas. VIII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Informe de investigación. [local desconhecido]: Junta Nacional de Drogas; 2020. 116 p.
22. Keyes KM, Miech R. Age, period, and cohort effects in heavy episodic drinking in the US from 1985 to 2009. *Drug Alcohol Depend*. 2013;132(1-2):140-148. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.01.019>
23. Petticrew M, Shemilt I, Lorenc T, et al. Alcohol advertising and public health: systems perspectives versus narrow perspectives. *J Epidemiol Community Health*. 2017;71(3):308-312. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech-2016-207644>
24. Brunborg GS, Skogen JC, Burdzovic AJ. Time spent on social media and alcohol use among adolescents: A longitudinal study. *Addict Behav*. 2022;130:107294. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107294>
25. Biolatto S, Drogo C, Pardal MA, et al. Uso de sustancias psicoactivas en estudiantes de escuelas secundarias de Rosario (Argentina). *Acta Toxicol Argent* [Internet].

- 2020 [acesso em 2023 out 21];28(2):45-52. Disponível em: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-37432020000200045&lng=es&nrn=iso&tlng=es
26. Ferreira ACM, Silva AGD, Sá ACMGND, et al. Fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis entre escolares brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015 e 2019. *REME Rev Min Enferm.* 2022;26. DOI: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.38620>
 27. Malta DC, Silva AGD, Prates EJS, et al. Convergence in alcohol abuse in Brazilian capitals between genders, 2006 to 2019: what population surveys show. *Rev Bras Epidemiol.* 2021;24(supl1):e210022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210022.supl1>
 28. Moura LRD, Santos KFD, Souza HGD, et al. Fatores sociodemográficos e comportamentos de risco associados ao consumo do álcool: um recorte do Erica. *Saúde debate.* 2018;42(esp4):145-155. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s411>
 29. Peacock A, Leung J, Larney S, et al. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction.* 2018;113(10):1905-1026. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.14234>
 30. Hall WD, Patton G, Stockings E, et al. Why young people's substance use matters for global health. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(3):265-279. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)00013-4](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)00013-4)
 31. Malta DC, Duncan BB, Barros MBDA, et al. Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2018;23(10):3115-3122. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.25222018>
 32. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products. Geneva: WHO; 2021. 212 p.
 33. Lourdes TGR, Hamid HAA, Yusoff MF, et al. Factors associated with e-cigarette usage and the reasons for initiation among Malaysian adolescents. *Asia Pac J Public Health.* 2019;31(supl7):44S-52S. DOI: <https://doi.org/10.1177/1010539519870663>
 34. Rothrock AN, Andris H, Swetland SB, et al. Association of e-cigarettes with adolescent alcohol use and binge drinking-drunkenness: A systematic review and meta-analysis. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2020;46(6):684-698. DOI: <https://doi.org/10.1080/00952990.2020.1771723>
 35. Malta DC, Gomes CS, Alves FTA, et al. O uso de cigarro, narguilé, cigarro eletrônico e outros indicadores do tabaco entre escolares brasileiros: dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019. *Rev Bras Epidemiol.* 2022;25:e220014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220014.2>
 36. Silva TPR, Matozinhos FP, Gratão LHA, et al. Coexistence of risk factors for cardiovascular diseases among Brazilian adolescents: Individual characteristics and school environment. *PLoS One.* 2021;16(7):e0254838. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254838>
 37. Mahumud RA, Rahman Mda, Gow J, et al. The global and regional burden of sexual behaviors and food insecurity and their combined association on the magnitude of suicidal behaviors among 121,248 adolescent girls: An international observational study in 67 low- and middle-income and high-income countries. *J Affect Disord.* 2022;298:481-491. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.023>
 38. Cavazotti Aires D. Educação sexual: um direito humano. Leis vigentes na Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. *Rev Fac Der.* 2021;50:1-23. DOI: <https://doi.org/10.22187/rfd2021n50a16>
 39. United Nations International Children's Emergency Fund. Argentina. La salud sexual y reproductiva es un derecho de las adolescencias [Internet]. [local desconhecido]: Unicef; 2024 [acesso em 2023 out 21]. Disponível em: <https://www.unicef.org/argentina/historias/la-salud-sexual-y-reproductiva-es-un-derecho-de-las-adolescencias>
 40. Jing Z, Li J, Wang Y, et al. Prevalence and trends of sexual behaviors among young adolescents aged 12 ye-

- ars to 15 years in Low and Middle-Income Countries: Population-based study. *JMIR Public Health Surveill.* 2023;9:e45236. DOI: <https://doi.org/10.2196/45236>
41. Oliveira-Campos M, Oliveira MMD, Silva SUD, et al. Fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes nas capitais brasileiras. *Rev Bras Epidemiol.* 2018;21(supl1):e180002. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180002.supl.1>
 42. Priotto E, Führ A, Gomes L, et al. Iniciação sexual e práticas contraceptivas de adolescentes na triplíce fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;1-9. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.16>
 43. Melesse DY, Mutua MK, Choudhury A, et al. Adolescent sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa: who is left behind? *BMJ Glob Health.* 2020;5(1):e002231. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002231>
 44. Lanari D, Mangiacavchi L, Pasqualini M. Adolescent sexual behaviour and academic performance of Italian students. *Genus.* 2020;76(1):21. DOI: <https://doi.org/10.1186/s41118-020-00093-4>
 45. Kushal SA, Amin YM, Reza S, et al. Regional and sex differences in the prevalence and correlates of early sexual initiation among adolescents aged 12–15 years in 50 Countries. *J Adolesc Health.* 2022;70(4):607-616. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.10.027>
 46. Felisbino-Mendes MS, Paula TFD, Machado ÍE, et al. Análise dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes brasileiros, 2009, 2012 e 2015. *Rev Bras Epidemiol.* 2018;21(supl1):e180013. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180013.supl.1>
 47. Ajayi AI, Ismail KO, Akpan W. Factors associated with consistent condom use: a cross-sectional survey of two Nigerian universities. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1207. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7543-1>
 48. Moreira ADS, Alves JS, Melo GCD, et al. Fatores associados ao não uso de preservativo por adolescentes brasileiros: uma revisão sistemática. *RSD.* 2022;11(5):e54011528450. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28450>
 49. Ministério da Saúde (BR), Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Usar preservativos masculinos, femininos e gel lubrificantes. Gov.br [Internet]. 2022 ago 16 [acesso em 2023 out 21]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/usar-preservativos-masculinos-femininos-e-gel-lubrificantes>
 50. Davids EL, Zembe Y, De Vries PJ, et al. Exploring condom use decision-making among adolescents: the synergistic role of affective and rational processes. *BMC Public Health.* 2021;21(1):1894. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11926-y>
 51. Nivette A, Sutherland A, Eisner M, et al. Sex differences in adolescent physical aggression: Evidence from sixty-three low-and middle-income countries. *Aggress Behav.* 2019;45(1):82-92. DOI: <https://doi.org/10.1002/ab.21799>
 52. Romeiro JS, Corrêa MM, Pazó R, et al. Violência física e fatores associados em participantes da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Ciênc saúde coletiva.* 2021;26(2):611-624. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.04552020>
 53. Hoff KE, Reese-Weber M, Joel Schneider W, et al. The association between high status positions and aggressive behavior in early adolescence. *J Sch Psychol.* 2009;47(6):395-426. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2009.07.003>
 54. Van Lange PA, Kruglanski AW, Higgins ET. *Handbook of theories of social psychology.* London: SAGE Publications Ltd, 2012. DOI: <https://doi.org/10.4135/9781446249215>
 55. MacNabb K, Smith N, Robinson A, et al. Self-reported injuries among Canadian adolescents: rates and

- key correlates. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2022;42(5):199-208. DOI: <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.5.03>
56. Mireku DO, Sarfo JO, Ansah EW, et al. Prevalence and Correlates of Serious Injuries among Adolescents in Mauritius. *Scientific World J.* 2021;2021:3733762. DOI: <https://doi.org/10.1155/2021/3733762>
57. Zhan X, Clark CCT, Bao R, et al. Association between physical education classes and physical activity among 187,386 adolescents aged 13–17 years from 50 low- and middle-income countries. *J Pediatr (Rio J).* 2021;97(5):571-578. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.11.009>
58. Ma C, Zhang Y, Zhao M, et al. Physical activity and sedentary behavior among young adolescents in 68 LMICs, and their relationships with National Economic Development. *IJERPH.* 2020;17(21):7752. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17217752>
59. Ferrar KE, Olds TS, Walters JL. All the stereotypes confirmed: Differences in how Australian boys and girls use their time. *Health Educ Behav.* 2012;39(5):589-595. DOI: <https://doi.org/10.1177/1090198111423942>
60. Brazo-Sayavera J, Aubert S, Barnes JD, et al. Gender differences in physical activity and sedentary behavior: Results from over 200,000 Latin-American children and adolescents. *PLoS ONE.* 2021;16(8):e0255353. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255353>
61. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, et al. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *Lancet Glob Health.* 2018;6(10):e1077-e1086. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30357-7)
62. The Lancet Public Health. Time to tackle the physical activity gender gap. *Lancet Public Health.* 2019;4(8):e360. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(19\)30135-5](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(19)30135-5)
63. Sampasa-Kanyinga H, Colman I, Goldfield GS, et al. Combinations of physical activity, sedentary time, and sleep duration and their associations with depressive symptoms and other mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2020;17(1):72. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00976-x>
64. Patterson R, McNamara E, Tainio M, et al. Sedentary behaviour and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: a systematic review and dose response meta-analysis. *Eur J Epidemiol.* 2018;33(9):811-829. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10654-018-0380-1>
65. Brener ND, Billy JOG, Grady WR. Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *J Adolesc Health.* 2003;33(6):436-457. DOI: [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(03\)00052-1](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(03)00052-1)

Recebido em 20/03/2024

Aprovado em 27/09/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

O dentista ‘sem motor’: cuidado em saúde bucal no SUS durante a pandemia de covid-19

The dentist ‘without high-speed instruments’: Oral health care in the SUS during the COVID-19 pandemic

Luís Fernando Nogueira Tofani¹, André Luiz Bigal¹, Fernando Tureck¹, Rosemarie Andreazza¹, Arthur Chioro¹

DOI: 10.1590/2358-289820241439393P

RESUMO Este estudo analisa como o contexto da pandemia de covid-19 afetou o cuidado em saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de São Paulo. Foi realizado em duas etapas: questionário estruturado on-line direcionado a secretários municipais de saúde e entrevistas abertas com 33 gestores, 19 coordenadores de serviços de saúde e 7 trabalhadores do SUS, em duas Regiões de Saúde. Os resultados são apresentados e discutidos em três momentos – suspensão das atividades, reconfiguração do trabalho do dentista durante a pandemia, processo de retomada dos atendimentos – e analisados à luz dos conceitos de saúde bucal coletiva, bucalidade, cuidado em saúde, processo de trabalho em saúde, interprofissionalidade, clínica ampliada, integralidade e processo instituído-instituinte. O contexto pandêmico emerge como um momento analisador para reorientação das práticas de cuidado em saúde bucal e permite refletir sobre a necessidade de se ampliar a clínica e a atuação dos cirurgiões-dentistas para além do consultório e dos procedimentos odontológicos.

PALAVRAS-CHAVE Saúde bucal. Assistência integral à saúde. Covid-19. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *This study analyzes how the COVID-19 pandemic context affected oral health care in the Unified Health System (SUS) in the state of São Paulo. It was carried out in two stages: an online structured questionnaire aimed at municipal health secretaries and open interviews with 33 managers, 19 health service coordinators, and 7 SUS workers, in two Health Regions. The results are presented and discussed in three moments—suspension of activities, reconfiguration of the dentist’s work during the pandemic, process of resuming care—and analyzed according to the concepts of collective oral health, bucallity, health care, health work process, interprofessionality, amplified clinic, comprehensive health care, and instituted-instituting process. The pandemic context emerges as an analytical moment for reorienting oral health care practices and allows us to reflect on the need to expand the clinic and the work of dental surgeons beyond the office and dental procedures.*

KEYWORDS Oral health. Comprehensive health care. COVID-19. Unified Health System.

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.
luis.tofani@gmail.com



Introdução

A partir de 2004, há uma nova resposta estatal aos problemas de saúde bucal da população brasileira, com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada Brasil Sorridente, cujos componentes prioritários foram a expansão das Equipes de Saúde Bucal na atenção básica (ESB) e a organização da atenção especializada¹. Observa-se, então, crescente ampliação da oferta e da cobertura potencial de serviços odontológicos no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, na Estratégia Saúde da Família (ESF) e nos Centros de Especialidades Odontológicas², alcançando o Brasil, em julho de 2024, o quantitativo de 40.839 ESB³.

A ampliação do acesso e da cobertura não se traduziu, necessariamente, em transformações nas práticas de cuidado em saúde bucal, ainda que a ESF tenha induzido modificações nos modelos de atenção e nos processos de trabalho adotados pela odontologia⁴. Estudos recentes demonstram a manutenção de uma concepção hegemônica doença-centrada da saúde para o modelo de atenção à saúde bucal, apesar de avanços na compreensão dos conceitos de integralidade do cuidado^{5,6} e de bucalidade, compreendida como expressão dos trabalhos sociais que a boca humana realiza – a mastigação, a linguagem e a erótica –, que são o funcionamento dela, sua fisiologia própria e permanentemente encoberta⁷.

O desafio se torna ainda maior, a partir de 2020, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) declara emergência sanitária internacional devido à pandemia de covid-19, infecção causada pelo coronavírus Sars-CoV-2, com rápida disseminação entre seres humanos em diversos países⁸. As limitações impostas pelas medidas de isolamento social e a necessidade de atendimento a uma demanda crescente e desconhecida levou a transformações nas práticas em saúde durante o período pandêmico, com especial impacto nas ações de saúde bucal, que sofreram restrições para realização de atendimentos e procedimentos,

principalmente no uso de instrumentos rotatórios de alta rotação com *sprays* que geram aerossóis⁹. Estudos identificaram contingências e redução do acesso à saúde bucal no período¹⁰⁻¹², mas não o impacto no processo de trabalho dos profissionais. Esta pesquisa tem por objetivo analisar como o contexto da pandemia de covid-19 afetou o cuidado em saúde bucal no SUS no estado de São Paulo.

Material e métodos

O artigo foi produzido a partir de uma pesquisa desenvolvida com o propósito de analisar as produções, invenções e desafios na gestão do cuidado implementadas pelas redes de atenção à saúde no estado de São Paulo para o enfrentamento da pandemia de covid-19. Trata-se de estudo de natureza quali-quantitativa, caracterizado como estudo de casos múltiplos, que envolve mais de um caso e tem potencial para proporcionar um estudo mais aprofundado, pois utiliza múltiplas fontes de evidências¹³. A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas.

Na fase 1, buscou-se identificar as ações e estratégias desenvolvidas pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) no enfrentamento da pandemia de covid-19 por meio de um questionário estruturado a partir de quatro eixos: Gestão, Vigilância, Assistência à Saúde e Vulnerabilidades. Foi direcionado às 645 SMS do estado de São Paulo e continha 39 questões, sendo 38 fechadas e uma aberta. Os questionários foram respondidos pelo titular ou por um assessor designado, a partir de formulário eletrônico. O convite enviado por mensagem eletrônica possibilitou o acesso ao questionário por meio de endereço de internet (*link*) gerado pela própria plataforma, cujo preenchimento foi precedido do aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As questões de múltipla escolha permitiam uma ou mais respostas. Os dados foram coletados de 24 de novembro de 2021 a 1º de fevereiro de 2022. As respostas dos gestores municipais foram organizadas pelas 63 Regiões de Saúde,

sendo excluídas respostas em duplicidade, considerando-se válida a última postada. Após a análise estatística descritiva de cada eixo, foram realizadas análises combinadas por meio do *software* estatístico STATA.

Para a realização da fase 2 da pesquisa, o campo do estudo foi constituído por duas Regiões de Saúde selecionadas a partir dos resultados da primeira etapa, sendo uma localizada no Interior do Estado (RSI) e outra na Região Metropolitana da Grande São Paulo (RSRM). A escolha tomou como referência a percepção do grupo de pesquisadores sobre

a relevância, a originalidade e os resultados preliminares das experiências dessas regiões de saúde na fase anterior da investigação, principalmente os dados sobre os arranjos de cuidado em saúde produzidos no contexto da pandemia. Em cada uma das regiões, foram selecionados, a partir dos mesmos critérios, três municípios por porte populacional: pequeno (até 10.000 habitantes – MPP), médio (entre 10.000 e 100.000 habitantes – MMP) e grande (MGP – acima de 100.000 habitantes), cuja caracterização está apresentada no *quadro 1*.

Quadro 1. Características gerais das Regiões de Saúde e dos Municípios estudados

Região de Saúde	Número de Municípios por Região de Saúde	População por Região de Saúde (2021)	Municípios Campo da Pesquisa	População por Município (2021)	IDH do Município (2010)	Número de Casos de covid-19 (2020-2023)	Número de Óbitos por covid-19 (2020-2023)
Região de Saúde do Interior (RSI)	8	328.335	Município de Grande Porte	240.542	0,815	66.893	663
			Município de Médio Porte	41.545	0,751	7.630	113
			Município de Pequeno Porte	1.752	0,722	459	5
Região de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo (RSRM)	11	3.092.717	Município de Grande Porte	1.404.694	0,763	102.475	5.586
			Município de Médio Porte	303.397	0,765	29.441	1.043
			Município de Pequeno Porte	30.465	0,731	2.583	112

Fonte: população estimada no ano de 2021 e IDH calculado para ano de 2010: IBGE^{14,15}. Casos e óbitos por Covid-19: Seade¹⁶.

Realizaram-se nessa fase 29 entrevistas abertas com gestores, coordenadores de serviços de saúde e trabalhadores do SUS (*quadro 2*), abordando questões em profundidade, relativas aos quatro eixos condutores da pesquisa utilizados na fase anterior, utilizando-se de um roteiro formulado coletivamente em reuniões do grupo de pesquisa, a partir da análise dos resultados da primeira etapa. As entrevistas foram realizadas em duas camadas: na primeira, com gestores da 'alta direção' das SMS e dos Departamentos Regionais

(DRS) da Secretaria de Estado da Saúde; na segunda, entrevistaram-se os coordenadores, os gerentes e os trabalhadores de setores e serviços de saúde indicados pela alta direção das SMS e dos DRS. A abordagem foi individual ou em grupos¹⁷, presencialmente nos locais de trabalho dos entrevistados e realizadas pelos próprios pesquisadores, com duração média de 90 minutos, e gravadas mediante aceite e assinatura de TCLE, sendo garantidos sigilo e anonimato.

Quadro 2. Entrevistados na Região de Saúde do Interior (RSI) e na Região de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo (RSRM), 2022

Entrevista	Data	Campo	Atividade	Número de participantes
E 1	08/06/22	Conselho de Secretários Municipais de Saúde/Secretaria de Estado da Saúde	Apoio à Gestão	2
E 2	14/07/22	Município de Grande Porte (RSI)	Gestão Municipal	1
E 3	14/07/22	Departamento Regional da Secretaria de Estado da Saúde (RSI)	Gestão Regional	5
E 4	15/07/22	Município de Pequeno Porte (RSI)	Gestão Municipal	1
E 5	13/07/22	Município de Médio Porte (RSI)	Gestão Municipal	4
E 6	23/08/22	Departamento Regional da Secretaria de Estado da Saúde (RSI)	Gestão Regional	7
E 7	22/08/22	Município de Pequeno Porte (RSI)	Trabalhador de Saúde	1
E 8	22/08/22	Município de Pequeno Porte (RSI)	Trabalhadores de Saúde	3
E 9	22/08/22	Município de Pequeno Porte (RSI)	Trabalhador de Saúde	1
E 10	22/08/22	Município de Pequeno Porte (RSI)	Trabalhador de Saúde	1
E 11	24/08/22	Município de Médio Porte (RSI)	Coordenação de Serviços de Saúde	6
E 12	23/08/22	Município de Grande Porte (RSI)	Coordenação de Serviços de Saúde	2
E 13	23/08/22	Município de Grande Porte (RSI)	Coordenação de Serviços de Saúde	1
E 14	23/08/22	Município de Grande Porte (RSI)	Coordenação de Serviços de Saúde	2
E 15	23/08/22	Município de Grande Porte (RSI)	Coordenação de Serviços de Saúde	1
E 16	14/07/22	Município de Médio Porte (RSRM)	Gestão Municipal	2
E 17	03/08/22	Município de Pequeno Porte (RSRM)	Gestão Municipal	1
E 18	24/08/22	Município de Pequeno Porte (RSRM)	Coordenação de Serviços de Saúde	1
E 19	03/10/22	Município de Pequeno Porte (RSRM)	Coordenação de Serviços de Saúde	2
E 20	19/07/22	Departamento Regional da Secretaria de Estado da Saúde (RSRM)	Gestão Regional	1
E 21	15/07/22	Departamento Regional da Secretaria de Estado da Saúde (RSRM)	Gestão Regional	1
E 22	06/07/22	Município de Grande Porte (RSRM)	Gestão Municipal	3
E 23	05/09/22	Município de Grande Porte (RSRM)	Gestão Municipal	1
E 24	05/09/22	Município de Grande Porte (RSRM)	Gestão Municipal	1
E 25	05/09/22	Município de Grande Porte (RSRM)	Gestão Municipal	1
E 26	31/05/22	Município de Médio Porte (RSRM)	Coordenação de Serviços de Saúde	3
E 27	07/06/22	Conselho de Secretários Municipais de Saúde/Secretaria de Estado da Saúde	Apoio à Gestão	2
E 28	24/11/22	Departamento Regional da Secretaria de Estado da Saúde (RSI)	Trabalhador de Saúde	1
E 29	24/11/22	Município de Pequeno Porte (RSI)	Coordenação de Serviços de Saúde	1

Fonte: elaboração própria.

O material foi transcrito, depositado em plataforma digital com acesso restrito e processado no *software* Atlas.ti®, mediante análise de conteúdo temática, sendo realizada codificação por, pelo menos, dois pesquisadores. A partir dos relatórios emitidos, os resultados foram organizados considerando três momentos do enfrentamento da pandemia de covid-19: suspensão das atividades, trabalho do dentista durante a pandemia e o processo de retomada dos atendimentos. Falas dos entrevistados em *verbatim* são apresentadas entre os resultados descritos e as discussões empreendidas.

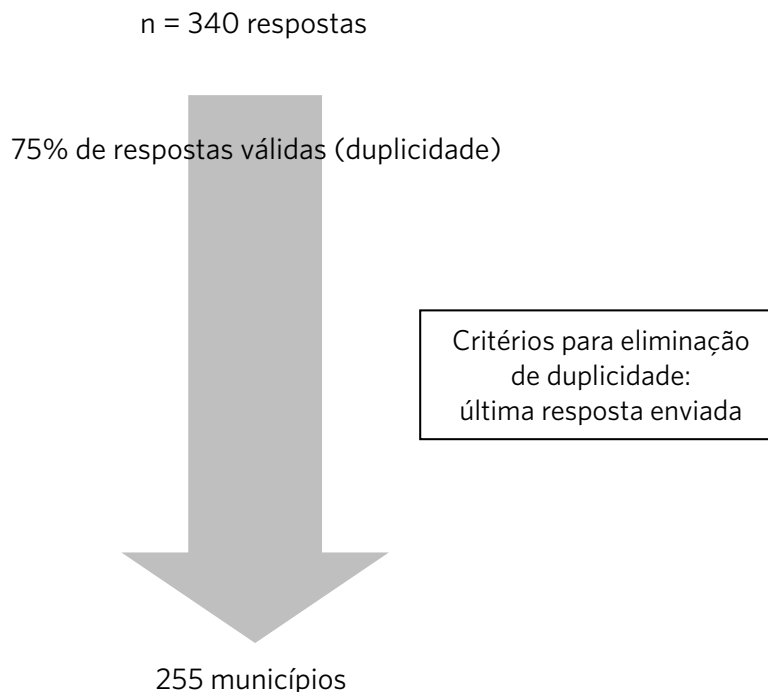
A análise se deu considerando o pluralismo teórico proposto por Ball¹⁸, com caráter indutivo, ou seja, a partir do material empírico, foram pesquisados conceitos e agregados referenciais diversos do campo da saúde coletiva, balizados com a literatura pesquisada sobre a temática do estudo.

Todos os princípios de ética em pesquisa foram cumpridos de acordo com a Resolução nº 466/2012¹⁹ e a Resolução nº 510/2016²⁰ do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 45679521.6.0000.5505 e Parecer nº 4.737.913.

Resultados e discussão

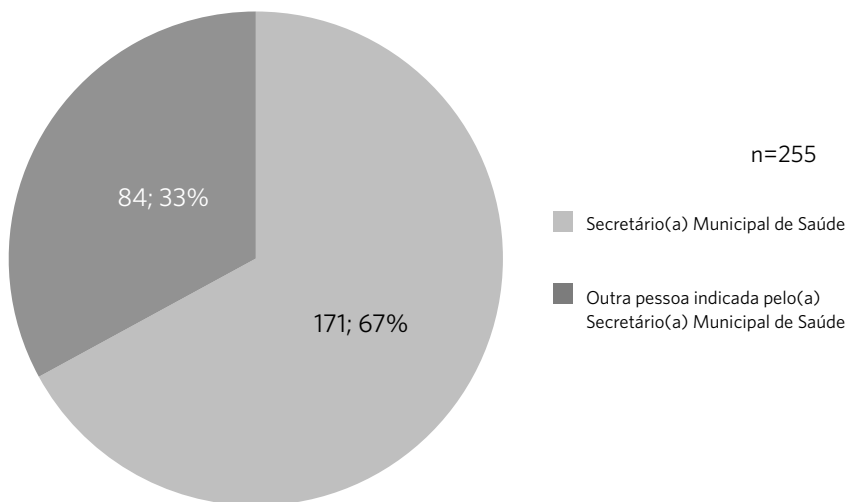
Na fase 1 da pesquisa, foram obtidas 340 respostas das SMS ao questionário. A partir da aplicação dos critérios para eliminação de duplicidade, consideraram-se 255 respostas como válidas, o que corresponde a 39,5% dos municípios paulistas (*figura 1*), sendo que dois terços dos questionários foram respondidos por gestores titulares das SMS, e um terço por assessores designados (*figura 2*), abrangendo todas as 63 regiões de saúde do estado.

Figura 1. Respostas válidas, fase 1. Gestores municipais. Estado de São Paulo. 2022



Fonte: elaboração própria

Figura 2. Respondentes, fase 1. Gestores municipais e designados. Estado de São Paulo. 2022

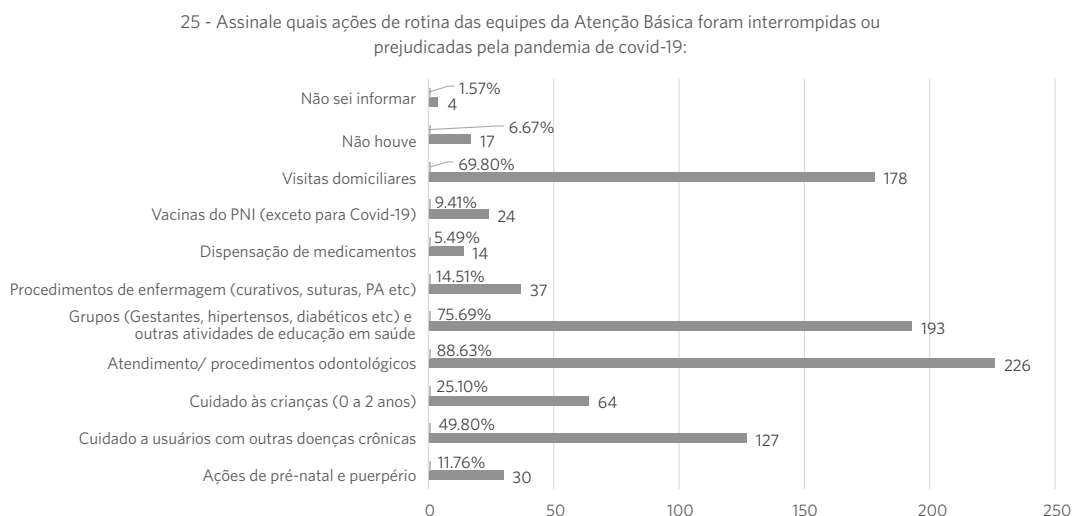


Fonte: elaboração própria

Ao serem provocados a assinalar quais ações de rotina das equipes foram interrompidas ou prejudicadas pela pandemia de covid-19, a partir de um elenco de ações inatas da atenção básica, os respondentes identificaram os atendimentos/procedimentos odontológicos (n =

226; 88,63%), os grupos de gestantes, hipertensos, diabéticos e outras atividades de educação em saúde (n = 193; 75,69%) e a realização de visitas domiciliares (n = 178; 69,80%) como aqueles mais impactados, conforme apresentado na figura 3.

Figura 3. Respostas à questão 25. Gestores municipais. Estado de São Paulo. 2022



Fonte: elaboração própria

A interrupção das visitas domiciliares, dos grupos e atendimentos odontológicos, somada aos prejuízos da assistência a usuários com doenças crônicas, expressa o quanto o cuidado prestado pela atenção básica foi impactado e sofreu perdas e transformações. Ainda que um número significativo de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tenha mantido ou aumentado o horário de funcionamento, suas ações de rotina foram prejudicadas com um potencial impacto nas condições de saúde da população, em especial, a assistência à saúde bucal, área com maior indicação de suspensão de atividades pelos gestores municipais.

Na análise das entrevistas realizadas na fase 2 do estudo, foram identificadas 20 citações sobre a saúde bucal no contexto da pandemia. Esse empírico será apresentado e discutido a partir dos três momentos analisadores indicados anteriormente – suspensão/restricção das atividades, trabalho durante a pandemia e a retomada dos atendimentos – e analisado à luz dos conceitos de saúde bucal coletiva, bucalidade, cuidado em saúde, processo de trabalho em saúde, interprofissionalidade, clínica ampliada, integralidade e processo instituído-instituinte.

Por que parou? Parou por quê? Suspensão dos atendimentos eletivos, riscos sanitários e o cuidado possível

A maioria dos entrevistados relata cenários de interrupção dos atendimentos odontológicos durante o período pandêmico:

foi uma classe que abandonou os consultórios [...] não teve atendimento nenhum, em nenhum município [...] eram medicados e liberados, nenhum tratamento odontológico era ofertado. (E3).

Entretanto, essa narrativa de que ‘parou o atendimento’ é relativizada em outras falas em que é relatada a manutenção de atendimentos urgentes: “a saúde bucal ficou no atendimento emergencial, fazendo só emergencialmente”

(E2). “Parou. Atendia só urgência” (E18). Na realidade, o que houve foi a suspensão de tratamentos eletivos, medida adotada em diversos países¹¹. No Brasil, Cunha et al.¹² observaram redução de 92,3% na produção dos procedimentos odontológicos não urgentes pelo SUS em 2020, comparando-se com o ano anterior.

Além disso, em todas as situações, houve restrições de procedimentos: “durante a pandemia, tinha restrições de alguns procedimentos que não podia fazer” (E12). Especificamente, foram limitados procedimentos odontológicos que geram aerossóis:

[...] esses atendimentos geram aerossóis por conta das canetas de alta rotação. A gente também parou com esses atendimentos. (E23).

[...] nos picos, restringiu no atendimento odontológico o uso de canetas de alta rotação pela geração de aerossol. (E4).

Essas medidas foram regulamentadas, em maio de 2020, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que emitiu nota técnica restringindo os procedimentos odontológicos ao atendimento de urgências e emergências e indicando o uso prioritário de dispositivos manuais ao atender, para evitar a geração de aerossóis²¹.

Tais decisões foram pautadas pelo risco de disseminação da covid-19, doença de transmissão respiratória que se dá pela emissão de aerossol contaminado proveniente da cavidade bucal durante os procedimentos em que se utiliza *spray*: “deu uma segurada, porque a boca era o maior transmissor” (E8). Além da proteção aos usuários atendidos, também se justificam tais restrições para a proteção específica dos profissionais de saúde bucal: “tinha que garantir nesse cenário que os trabalhadores estivessem protegidos daquilo que a gente não sabia” (E17). Entre os profissionais que mais se expõem aos aerossóis, principal rota de transmissão do vírus, estão o dentista e sua equipe¹¹, também por estarem invariavelmente em contato com a saliva, responsável por boa

parte das infecções pelo Sars-CoV-2^{22,23}. Na prática, essas restrições promoveram transformações, mesmo que temporárias, nas ações de saúde bucal: menos intervenções, menos procedimentos e cuidados menos invasivos.

Não é fato novo que as práticas de saúde bucal no SUS ainda tendem a reproduzir o caráter mercantilista, curativista, biologicista e pouco resolutivo do setor privado ou dos serviços públicos pré-SUS⁶. Autores relatam que serviços públicos odontológicos brasileiros reproduzem, mecânica e acriticamente, elementos nucleares do modelo do setor privado de prestação de serviços: uma prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente e realizada com exclusividade por um sujeito individual no restrito ambiente clínico-cirúrgico^{24,25}. Essa situação não é específica da saúde bucal. Está presente, também, na ESF e na atenção básica como um todo, que, apesar de ter promovido a ampliação do acesso e incorporação do acolhimento e humanização das práticas, ainda mantém certa centralidade do tratamento de patologias e dos cuidados ao corpo biológico²⁶. Além disso, a concepção hegemônica da odontologia, doença-centrada e liberal-privatista, também tem contribuído para a relativa baixa inserção da atenção à saúde bucal nas equipes de saúde da família no País⁵.

A constituição da saúde bucal coletiva pretende operar uma ruptura epistemológica com a odontologia (de mercado), que implica desenvolver uma práxis que dialeticamente rompa com a prática odontológica hegemônica: busca-se ‘desodontologizar’ a saúde bucal e assegurar a todos o acesso aos recursos necessários para que cuidados odontológicos sejam, efetivamente, um direito humano²⁴. Dessa forma, o contexto pandêmico, ao impor limitações para realização dos procedimentos odontológicos tradicionais, sobretudo ao ‘uso do motorzinho’, constitui-se em um momento analisador para reorientação – mesmo que temporária – das práticas de saúde bucal no SUS e, talvez, até para ‘desodontologizá-las’.

Para Pires e Botazzo²⁷, a saúde bucal historicamente se confunde com a odontologia, pois

ainda está centrada em procedimentos e toma a boca como órgão fragmentado e destituído de corpo. Além disso, ao planejar suas ações, prioriza os dados epidemiológicos das duas doenças mais prevalentes – a cárie dental e a doença periodontal –, desconsiderando as demais doenças bucais ou mesmo as subjetividades produzidas na condição do adoecimento como fonte de informações para organizar o atendimento clínico.

Há décadas, a prática clínica odontológica, demasiadamente interventora e centrada em procedimentos invasivos, vem sendo questionada como potencial produtora de iatrogenias e sobretratamentos. Expressões como ‘ciclo restaurador repetitivo’ e ‘espiral da morte do dente’ são construções teóricas e figurativas desses processos. Para autores como Elderton²⁸ e Fejerskov²⁹, as restaurações dentárias têm uma vida útil limitada, e, uma vez que o dente foi restaurado, é provável que elas sejam substituídas várias vezes na vida em um ciclo restaurador repetitivo que eventualmente pode levar à sua destruição: a espiral da morte do dente. Temos então um paradoxo: se a assistência odontológica em excesso pode causar iatrogenias, a redução dos atendimentos no período de alta transmissibilidade da covid-19 pode ter produzido desassistência e contribuído para piores condições de saúde bucal da população? As limitações para procedimentos odontológicos nesse período poderiam ter reorientado as práticas de saúde bucal no SUS?

No campo da (re)formulação epistemológica da saúde bucal, destaca-se o conceito de bucalidade. Segundo Couto e Botazzo³⁰, para além dos dentes, deve-se ampliar o olhar numa compreensão de que a boca humana está inserida num processo de produção e reprodução: ela trabalha, produz e consome, ela é socialmente produzida e socialmente determinada. O desafio que se coloca são as implicações desse conceito para a organização da prática odontológica e reorientação do processo de trabalho nos serviços de saúde bucal no âmbito do SUS²⁴. Assim, é proposta a problematização da concepção de cuidado difundida pelo discurso biomédico, que o

remete a uma certa tecnicidade voltada à cura, investindo-se no cuidado em sua dimensão ontológica, como característica intrínseca ao ser humano, a partir da qual os sujeitos se constituem e se realizam no mundo³⁰.

Afinal, durante as restrições do período pandêmico, foi ofertado cuidado em saúde bucal? Ou melhor: qual cuidado foi oferecido à população? Aqui, vale recuperar o conceito: o cuidado em saúde configura-se como um encontro produtor de subjetividades, uma relação dialética capaz de agenciar os envolvidos e transformá-los, um encontro potente – um verdadeiro vir a ser inerente às relações sociais, uma possibilidade de mudança^{31,32}. Para Ayres^{33,34}, a produção do cuidado em saúde se dá a partir do encontro, considerando que a subjetividade é ipseidade, e, por esse motivo, é construída na experiência do encontro com a alteridade, atravessado por afetos, havendo uma ruptura na relação sujeito-objeto instituída, possibilitando que sujeitos se constituam juntos em ato, atravessados por seus territórios existenciais, suas histórias e desejos. Por esse motivo, a ideia 'odontologizada' de cuidado não dá conta de apreender o cuidado em saúde bucal em sua complexidade, tornando-se necessária a renúncia ao 'a priori odontológico', compreendendo que é na boca que se materializam as realidades e experiências histórico-sociais dos sujeitos, abrindo-se espaço para o cuidado enquanto encontro intersubjetivo³⁰.

Além disso, na questão primordial do vínculo que uma reorganização do modelo de atenção pressupõe, deve ser trabalhada a perspectiva da subjetividade na prática da clínica odontológica, muitas vezes apartada pelo viés essencialmente e historicamente programático das políticas de saúde. A subjetividade sobrepõe-se quando de fato coloca-se o sujeito da ação clínica (o usuário) no centro do trabalho²⁴. Assim, seria possível ter se produzido cuidado em saúde bucal durante o enfrentamento da pandemia de covid-19? Advoga-se que sim, mas, para tanto, seria necessário o predomínio de tecnologias leves

no encontro entre o trabalhador e o usuário, a partir de diálogo e escuta, gerando cumplicidade, vínculo, aceitação e responsabilidade, estimulando-se a autonomia dos sujeitos³⁵.

Vale tudo: outras atividades, medos e inseguranças

No esforço de enfrentamento da pandemia, houve relatos de 'quebras' nas atribuições clássicas dos profissionais, em especial, da saúde bucal:

[...] muitos dos cirurgiões-dentistas foram inseridos nas equipes da vigilância para monitoramento de casos. (E2).

Como que a gente organiza a porta pra fazer triagem? Então, dentista entrou, fisioterapeuta entrou, todo mundo entrou pra fazer porta, medir temperatura. Tinha escala. (E17).

[...] alguns dentistas aceitaram aprender a fazer o teste de covid, saíram da zona de conforto e foram pro front ajudar, fazer testagem. (E12).

[...] eu aprendi e fui fazer teste pra covid: a boca a gente conhece, né? Mas o nariz? Morrendo de medo de pegar e levar pra família, mas não teve como. (E7).

Apesar do medo e da insegurança, houve participação, inclusive, em ações de imunização:

Dentista não vacinava... parou tudo, só ficou para urgência mesmo. Treinei para aspirar, treinei para vacinar:

– Ah, então você tá sem atendimento? Então eu vou te ensinar a aspirar vacina, eu vou te ensinar a montar a caixa térmica, dentista, vou te ensinar...

– Eu sei dar anestesia na boca.

– Então, vou te ensinar a aplicar vacina.

A gente tentou utilizar todo mundo e, aos poucos, foi vencendo o medo, porque tinha pessoas que tinham muito pânico de morrer, de levar pra casa. (E19).

Esses ‘borramentos’ entre as atividades dos diferentes núcleos profissionais foram motivados por um certo objetivo comum: vencer a pandemia! Para Pires e Botazzo²⁷, é necessário repensar a tecnologia do cuidado em saúde bucal como possibilidade da atenção com integralidade e de sua legitimação como um dos componentes da saúde em uma expressão ampliada: a da qualidade de vida. Esse momento único, de excepcionalidade, trouxe oportunidades para avanços no maior desafio da saúde bucal no SUS: a integração dos dentistas com as equipes de atenção básica e a interrelação com os profissionais da ESF³⁶.

Por uma questão de responsabilidade sanitária frente ao cenário de pandemia, em muitos lugares, dentistas assumiram posições estratégicas no combate à covid-19, em contraponto ao eventual esvaziamento das ações de saúde bucal. Na literatura, há relatos desses profissionais atuando durante o período pandêmico no aprimoramento de habilidades de cuidado que extrapolam a cavidade bucal, principalmente no que tange ao acolhimento à demanda espontânea³⁷, à capacitação para uso de equipamentos de proteção individual, à realização de testagem para covid-19, ao diagnóstico e à prescrição medicamentosa para casos de síndrome gripal, além da atuação direta no acompanhamento da sensibilidade gustativa dos casos positivos em monitoramento³⁸. Em revisão da literatura, Stralen et al.³⁹ também identificaram estratégias internacionais de flexibilização da regulação da prática de profissionais de saúde em resposta à pandemia da covid-19, com situações de redistribuição de atividades entre a força de trabalho em saúde – *task-shifting* –, incluindo a assunção de novas atribuições pelos cirurgiões-dentistas.

Para Merhy⁴⁰, há um potencial de trabalho de todos os profissionais de saúde que pode ser aproveitado para cuidados diretos com o usuário, elevando, assim, a capacidade resolutive dos serviços, reestruturando-se os processos de trabalho e potencializando o ‘trabalho vivo em ato’ e a valise das relações, como fontes de energia criativa e criadora de

um novo momento na configuração do modelo de assistência à saúde. Entretanto, a divisão técnica e social do trabalho em saúde⁴¹, inclusive pela especialização das práticas, traz, muitas vezes, processos fragmentados de cuidado.

Para Campos⁴², a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se daria mediante a conformação de núcleos e de campos: o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; já o campo seria um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Rotineiramente, o cirurgião-dentista tende a se isolar no seu núcleo profissional, demarcando sua identidade a uma área de saber e a uma prática profissional, não se abrindo para o campo de saberes e práticas da saúde coletiva e para a interprofissionalidade.

O trabalho em equipe interprofissional é uma forma de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e as interações dos múltiplos agentes envolvidos, visto que requer, de um lado, a articulação das ações das diversas áreas profissionais, a partir do reconhecimento da sua interdependência, e, de outro, a complementaridade entre o ‘agir instrumental’ e ‘o agir comunicativo’⁴³. Mais do que trabalho interprofissional, o que se observou na pandemia foi a assunção pelos cirurgiões-dentistas de práticas antes atribuídas a outros profissionais de saúde ou mesmo aquelas da ‘clínica comum’, constituídas no trabalho ‘entreprofissional’ operado nos interstícios das fronteiras de áreas, por meio de ações que não são reivindicadas como prerrogativas específicas e que se inventam a cada situação⁴⁴.

Assim, no ‘esforço de guerra’ contra a pandemia, valia tudo para salvar vidas! Esses movimentos geraram deslocamentos nas práticas dos profissionais de saúde bucal, permitindo a descoberta de novos territórios conceituais e a exploração de práticas inovadoras para superação do paradigma ainda hegemônico de assistência odontológica restrita a procedimentos clínicos e ao atendimento centrado na cadeira do dentista³⁸.

Começar de novo: retomada, resistências e instituídos

Mediante a redução da frequência e/ou atenuação da gravidade dos casos de covid-19, iniciou-se um lento e cuidadoso processo de retomada dos atendimentos eletivos de saúde bucal⁴⁵:

[...] retomada depois a questão da assistência, onde a gente discutiu muito a necessidade, porque veio os casos da covid, só que o agravamento das outras doenças. Não dá pra priorizar, tinha que trabalhar as coisas concomitantes. Daí, começou a falar da retomada, manter o cuidado da covid, mas com retomada da saúde bucal. (E3).

[...] a gente começou a voltar mais ou menos, a especialidade voltou, saúde bucal voltou. Era um a cada 1 hora. (E18).

A questão que se coloca é: como esses atendimentos eletivos de saúde bucal retornaram? O momento pandêmico, a suspensão de atendimentos eletivos, a limitação da realização de procedimentos invasivos, a integração com a equipe de saúde e a assunção de outras atividades além do núcleo profissional tiveram potencial de desterritorializar o dentista de suas práticas instituídas? O que dizem os profissionais: “sob pressão, devagar, os atendimentos foram voltando” (E7); “logo, voltamos a fazer as restaurações e usar alta-rotação” (E10).

A conservação das práticas da odontologia de mercado²⁴ é um vetor de força importante para as ações de saúde bucal no SUS. Ainda que a PNSB represente um marco na construção das políticas públicas no Brasil e tenha trazido propostas de inovações diversas, que incluem superação da clínica tradicional¹, a micropolítica do trabalho pouco tem sido modificada em relação aos modelos anteriores⁶. Para Lorau⁴⁶, nas instituições, existem duas vertentes que se intercambiam: a vertente dita instituinte e a sua parte instituída. O instituinte constitui-se de processos que carregam em si características dinâmicas, transformadoras,

criativas e mutantes. Por outro lado, o instituído está assentado em processos estáticos, naturalizados como um conjunto de regras de ação e comportamentos ditados socialmente vinculado à ordem, às normas, ao esperado, ao conhecido, ao imutável. Assim, poder-se-ia inferir que a odontologia é uma instituição, com seus modos de agir, operar e pensar, atuando como vetor de conservação frente aos movimentos instituintes e transformadores da saúde bucal coletiva.

Esse recomeço das ações de saúde bucal pós-pandemia poderia ter sido uma oportunidade de se fazer diferente, produzindo um cuidado em saúde, inclusive bucal, com vistas à integralidade. Compreendida ora como eixo integrador de serviços, ora como visão holística do sujeito do cuidado, ou, ainda, como ações de atendimento integral às demandas e necessidades, as definições de integralidade expressam a viabilização do acesso aos diferentes espaços de atenção, a articulação dos diferentes serviços de saúde e é pautada no acolhimento e no vínculo entre usuários e equipes^{47,48}. Para Couto e Botazzo³⁰, renunciar ao ‘*a priori* odontológico’ é dar espaço para múltiplas possibilidades que o encontro pode produzir, ‘balançando’ instituídos e apostando na possibilidade de convocar afetos mais potentes, produtores de um cuidado transformador.

Uma das possibilidades de transformação das práticas seria a ampliação da clínica dos profissionais de saúde bucal. A clínica ampliada é a redefinição do objeto, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência à saúde, sendo caracterizada pelo olhar singular para o outro, pela superação da fragmentação do cuidado, responsabilização e vínculo com usuários dos serviços de saúde, ampliação do grau de autonomia do sujeito, valorização da intersectorialidade e o reconhecimento dos limites da medicina e das tecnologias utilizadas⁴⁹. Para Graff e Toassi⁵⁰, as práticas de cuidado em saúde bucal precisam avançar na perspectiva de uma clínica ampliada baseada em tecnologias leves, relacionais, caracterizada

pela escuta e produção de diálogo, vínculo e subjetividades, por meio do compartilhamento e da reconstrução do plano terapêutico. Nessa clínica, o diálogo inicial e a identificação do motivo que trouxe a pessoa ao serviço de saúde devem ser realizados antes de se pensar qualquer estratégia que envolva o ‘tratamento dentário’ propriamente dito. Teria o período pandêmico evidenciado outras práticas clínicas possíveis ao cirurgião-dentista diferentes das intervenções e procedimentos odontológicos na cavidade bucal? O que fez, ou melhor, como fez o ‘dentista sem o motorzinho’? *“a gente só medicava, às vezes, um curativo só com instrumento manual. Usar o alta era crime...”* (E10).

Para Cecílio⁵¹, é motivo de estranhamento dos gestores os graus de liberdade e autonomia que os profissionais de saúde possuem nos espaços micropolíticos do cuidado em saúde. No caso em estudo, esses são expressos pelos relatos de algumas resistências de profissionais quanto ao retorno aos atendimentos eletivos em saúde bucal:

[...] depois, também numa luta árdua, eles voltaram seus atendimentos. É um pessoal bem difícil. (E2).

[...] a saúde bucal, eu tenho um pouco de dificuldade: muitas vezes, por achar que deveriam fazer mais. (E12).

Essa autonomia dos dentistas em seu microespaço de atuação pode tanto conservar ações odontológicas instituídas como produzir práticas instituintes transformadoras de cuidado em saúde bucal.

As limitações desta pesquisa estão na abrangência e no método de coleta de dados qualitativos, pois sua ênfase não está no potencial de generalização, mas na compreensão das vivências, que tem forte ligação com intencionalidade e ampliação da experiência. O presente estudo também não evidenciou novas práticas de saúde bucal no SUS pós-pandemia. Entretanto, a literatura aponta duas possibilidades que emergiram no contexto pandêmico que podem ficar

como legados: a odontologia minimamente invasiva e a teleodontologia.

A odontologia de mínima intervenção, ou minimamente invasiva, é um domínio clínico operatório crítico à prática odontológica tradicional, que deve ser vista como um dos pilares da intervenção mínima em cuidados de saúde bucal, aplicada em todas as disciplinas da odontologia e não apenas no tratamento da cárie⁵², tendo sido difundida com certo destaque durante o período pandêmico⁵³. Da mesma forma, o atendimento virtual em saúde bucal (teleodontologia) emergiu como uma possibilidade no contexto pandêmico da covid-19 para o cuidado de problemas de saúde bucal, principalmente no estabelecimento de critérios de prioridades em casos de urgência e emergência, no diagnóstico e atendimento às pessoas infectadas pelo Sars-CoV-2 sem colocar em risco de infecção a equipe de profissionais⁵⁴. Apesar de emergirem no período de contingência, a institucionalização dessas práticas no SUS dependerá de investimentos em políticas de incentivo e formação profissional que reconstruam o cuidado em saúde bucal sob outros referenciais. Cecílio⁵⁵, ao estudar os desafios para não se fazer ‘mais do mesmo’, propõe a ideia de ‘quimera da atenção básica’: a promessa que nunca vira realidade de uma rede de atenção básica que seja resolutiva, qualificada, que cuide e promova a vida em todas as dimensões, além de ser porta de entrada para o sistema nacional de saúde. Estaríamos diante de uma ‘quimera da saúde bucal no SUS’?

Considerações finais

As transformações nas práticas de cuidado em saúde bucal durante o enfrentamento da pandemia de covid-19 revelaram as dificuldades que cirurgiões-dentistas têm para o emprego de tecnologias leves. Em algumas situações, a paralisação, em outras, as restrições: o que pode fazer o ‘dentista sem motor’?

Esse momento analisador e único poderia ter sido uma oportunidade para reorientação do processo de trabalho em saúde bucal no SUS através da incorporação de outras práticas, outras ações, outros saberes e um novo modelo de cuidado. Não é possível afirmar que conceitos como saúde bucal coletiva, bucalidade, clínica ampliada e integralidade tenham ressignificado o cuidado em saúde bucal no período pandêmico, nem depois dele. Mas o dentista que se propôs ao acolhimento, à testagem para covid-19, à aferição de temperatura, ao telemonitoramento epidemiológico e à vacinação não seria capaz de ampliar sua clínica para além do consultório, da cadeira odontológica e do 'motorzinho'?

Colaboradores

Tofani LFN (0000-0002-1092-2450)*, Andreazza R (0000-0002-3332-2183)* e Chioro A (0000-0001-7184-2342)* contribuíram para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação final do manuscrito. Bigal AL (0000-0003-1020-2629)* e Tureck F (0000-0001-5583-1088)* contribuíram para coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica, e aprovação final do manuscrito. ■

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: MS; 2004.
2. Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(6):1791-1803. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.18782015>
3. Ministério da Saúde (BR). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. DataSUS [Internet]. [Brasília, DF]: MS; 2024 [acesso em 2024 mar 15]. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br>
4. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(11):2727-2739. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100020>
5. Pinheiro EL, Vasconcelos M, Gomes VE, et al. Teorização sobre os limites à inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(4):1139-1150. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.12502022>
6. Fônsêca GS, Botazzo C. A clínica em odontologia: nexos e desconexões com a clínica ampliada de saúde bucal. *Saúde Soc*. 2023;32(1):e200277pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023200277pt>
7. Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Ciênc saúde coletiva*. 2006;11(1):7-17. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000100002>
8. Organização Mundial da Saúde. Coronavírus. Geneva: OMS; 2020.
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Guia de orientações para atenção odontológica no contexto da Covid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Lucena EHG, Freire AR, Freire DEWG, et al. Access to oral health in primary care before and after the beginning of the COVID-19 pandemic in Brazil. *SciELO Preprints*. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.819>
11. Carrer FCA, Galante ML, Gabriel M, et al. A COVID-19 na América Latina e suas repercussões para odontologia. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e66. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.66>
12. Cunha AR, Velasco SRM, Hugo FN, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the provision of dental procedures performed by the Brazilian Unified Health System: a syndemic perspective. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24:e210028. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210028>
13. Stake RE. Case studies. In: Denzin NK, Lincoln YS, editores. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2000. p. 435-454.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada no ano de 2021 [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2021 [acesso em 2024 mar 15]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Índice de Desenvolvimento Humano [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2023 [acesso em 2024 mar 15]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/pesquisas>
16. Governo do Estado de São Paulo (SP), Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Painel COVID [Internet]. São Paulo: Seade; 2023 [acesso em 2024 mar 15]. Disponível em: <https://coronavirus.seade.gov.br/>
17. Minayo MCS. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In: O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 406 p.
18. Mainardes J, Marcondes MI. Entrevista com Stephen J. Ball: um diálogo sobre justiça social, pesquisa e política educacional. *Educ Soc*. 2009;30(106):303-318. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302009000100015>
19. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:549.
20. Ministério da Saúde (BR); 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. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2016 maio 24; Seção I:44.
21. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2). Rio de Janeiro: Anvisa; 2020.
22. Nascimento ARF, Vasconcelos ECFA, Souza DF, et al. Saliva, implicações orais e biossegurança em Odontologia: principais aspectos do COVID-19. *Arq Odontol*. 2021;57:114-121. DOI: <https://doi.org/10.35699/2178-1990.2021.24587>
23. Basilicata M, Zarone F, Leone R, et al. Impact of SARS-CoV-2 on dentistry: a review of literature. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2022;26(9):3386-3398. DOI: https://doi.org/10.26355/eurrev_202205_28760
24. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(esp):141-147. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000400019>
25. Chaves SCL, Silva LMV. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso

- de dois municípios da Bahia. *Ciênc saúde coletiva*. 2007;12(6):1697-1710. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000600031>
26. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc saúde coletiva*. 2015;20(6):1869-1878. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
 27. Pires FS, Botazzo C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saúde Soc*. 2015;24(1):273-284. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100021>
 28. Elderton RJ. Ciclo restaurador repetitivo. In: Kriger L. *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 194-199.
 29. Fejerskov O, Kidd E, editores. *Dental caries; the disease and its clinical management*. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2003.
 30. Couto JGA, Botazzo C. “Prefiro mexer no coração a mexer na boca”: reflexões sobre o cuidado em saúde bucal. *Saúde Soc*. 2022;31(2):e210709pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210709pt>
 31. Franco TB. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. *Saúde Soc*. 2015;24:102-114. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01009>
 32. Franco TB, Hubner LCM. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando? *Saúde debate*. 2019;43(esp6):93-103. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S608>
 33. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2001;6(1):63-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>
 34. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2004;8(14):73-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>
 35. Merhy EE. Ver a si o ato de cuidar. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 248-267.
 36. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(2):373-382. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.21652012>
 37. Xavier J, Silva A, Carvalho L, et al. A atuação do cirurgião-dentista, vinculado a um programa de residência multiprofissional em saúde, no combate à COVID-19 na Atenção Primária à Saúde: relato de experiência. *J Manag Prim Health Care*. 2020;12:1-16. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.993>
 38. Carletto AF, Santos FF. A atuação do dentista de família na pandemia do Covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. *Physis*. 2020;30(3):e300310. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300310>
 39. Stralen ACV, Carvalho CL, Girardi SN, et al. Estratégias internacionais de flexibilização da regulação da prática de profissionais de saúde em resposta à pandemia da COVID-19: revisão de escopo. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(2):e00116321. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00116321>
 40. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
 41. Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
 42. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc saúde coletiva*. 2000;5(2):219-230. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>
 43. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde*. 2020;18:e0024678. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>

44. Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
45. Poder Executivo (SP), Coordenadoria de Planejamento de saúde, Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB nº 93. Orientações para a Retomada dos Atendimentos Eletivos em Saúde Bucal no Contexto da COVID-19. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, SP. 2020 out 24; Edição 211; Seção I:22.
46. Lorau R. A Análise Institucional. 3. ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
47. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2009. p. 43-68.
48. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde Soc. 2009;18(supl2):11-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>
49. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
50. 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. DOI: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v17i4.516>
51. Cecilio LCO. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. Interface (Botucatu). 2007;11(22):345-351. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200012>
52. Schwendicke F. Less is more? the Long Term health and cost consequences resulting from minimal invasive caries management. Dent Clin North Am. 2019;63(4):737-749. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cden.2019.06.006>
53. Leal SC, Dame-Teixeira N, Barbosa CB, et al. Minimum intervention oral care: defining the future of caries management. Braz Oral Res. 2022;36:e135. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0135>
54. Silva VAN, Cunha RO, Leite ICG. Pandemia de Covid-19 e Aplicabilidade da Teleodontologia na Atenção Primária à Saúde a partir de Experiências Internacionais. Rev Ciência Plural. 2022;8(2):e26130. DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2022v8n2ID26130>
55. Cecilio LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”. Saúde Soc. 2012;21(2):280-289. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000200003>

Recebido em 01/04/2024

Aprovado em 13/08/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Geografia e saúde: a produção contemporânea de uma teoria espacial enferma

Geography and health: The contemporary production of a diseased spatial theory

Eguimar Felício Chaveiro¹, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos², Ricardo Junior de Assis Fernandes Gonçalves³

DOI: 10.1590/2358-289820241438688P

RESUMO O encontro necessário – e pouco estimulado – entre geografia e saúde, na produção acadêmica contemporânea, revela que a ciência está, também, enferma. Todavia, quando se torna possível gerar aproximações, intersecções e diálogos entre, por exemplo, interpretação territorial da saúde-doença e interpretação da saúde-doença a partir das determinações territoriais, criam-se condições para estabelecer uma crítica à ciência e ao monopólio da saúde. Em decorrência disso, propõe-se a reflexão da saúde do trabalhador como elo entre território e saúde. Pesquisas de campo, orientações de dissertações e doutoramentos e participação do Fórum Intersindical Saúde-trabalho-direito/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-RJ) nutrem as reflexões elaboradas no presente artigo. O pressuposto teórico inscreve-se pelo seguinte princípio: a saúde do trabalhador, como um campo e uma questão social, ao defender a saúde pública, a saúde como direito e justiça, e, ao criticar todos os regimes de exploração do trabalho, sob uma leitura territorial, ganha um reforço na sua práxis, pois esclarece que o adoecimento está implicado na relação entre as esferas de poder que, na sociedade capitalista, ocupam-se em preservar e constituir a desigualdade social, o monopólio da riqueza, a pobreza e a violência. A luta pela saúde, um bem primordial, faz-se na luta pela emancipação territorial.

PALAVRAS-CHAVE Saúde ocupacional. Território sociocultural. Processo saúde-doença.

ABSTRACT *The necessary – and under-stimulated – encounter between Geography and Health in contemporary academic production, reveals that science is also ailing. However, when it becomes possible to generate approximations, intersections, and dialogues between, for instance, the territorial interpretation of health-disease and the interpretation of health-disease from territorial determinations, conditions are created to, in a single act, establish a critique of science and the monopoly of health. As a result, this paper proposes the reflection of worker's health as a link between territory and health. Field research, guidance of dissertations and doctorates, and participation in the Inter-Trade Union Forum on Health-labor-law/Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ-RJ), nourish the reflections elaborated in this article. The theoretical assumption is based on the following principle: worker's health, as a field and a social issue, in defending public health, health as a right and justice, and, in criticizing all regimes of labor exploitation, under a territorial reading, gains strength in its praxis, as it clarifies that illness is implicated in the relationship between the spheres of power that, in capitalist society, are concerned with preserving and constituting social inequality, the monopoly of wealth, poverty, and violence. The fight for health, a fundamental good, becomes a struggle for territorial emancipation.*

KEYWORDS *Occupational health. Sociocultural territory. Health-disease process.*

¹ Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiânia (GO), Brasil.

² Fundação Oswaldo Cruz Brasília (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³ Universidade Estadual de Goiás (UEG) – Goiânia (GO), Brasil.
ricardo.goncalves@ueg.br



Introdução

Quando se observa a sociabilidade contemporânea, uma constatação empírica é facilmente verificada: cada vez mais as pessoas dormem menos. A juventude vive uma transição no regime de sono: dorme mais tarde ou, notívaga, vive de cochilos ao dia¹. Os índices da sociabilidade envenenada continuam: as pessoas falam mais alto, certamente porque os ruídos externos são maiores e porque aquele que ouve, com frequência, encontra-se desconcentrado. A alteração do regime de escuta é, ao mesmo tempo, um problema ético e político.

As constatações seguem. Houve um aumento nas taxas de consumo *per capita* de remédios. Do mesmo modo, houve um aumento da diversidade de tipos de medicamentos usados rotineiramente por grande parte da população brasileira. Dependência química, adoecimento e precarização do trabalho se aglutinam em torno de uma irrefreada patologização da vida social².

A patologização, além de ser verificada pelo adoecimento em escala diversa, é municiada com a violência de vários tipos e escalas, as mais brutais. Adoecimento e violência encontram, no Estado, ecos numa resposta conservadora: a militarização da existência e a medicamentação da vida social. Isso certifica o fracasso social do atual modelo econômico, pois dele surgem a morte e a covardia; o adoecimento e a exploração.

Dessas verificações, pode-se antever: o vício químico cria o sujeito hipocondríaco. Esse sujeito, inseguro, procura nos medicamentos a segurança que, em regime de vício, o faz mais inseguro. Tão mais inseguro quanto mais dependente. Doente e inseguro, esse sujeito está lançado em uma rede geopolítica: a dos poderes e dos negócios de laboratórios de fármacos. A indústria farmoquímica, beneficiada pelo adoecimento do trabalhador, conta com uma sociabilidade envenenada, própria de um mundo envenenado. Ela mesma envenena o mundo.

Ora, conceber a saúde como bem supremo e, portanto, como direito (a pessoa saudável

dança, participa, age, brinca, dialoga, produz, colabora, vibra, luta pela liberdade, goza), requisita dos campos científicos a edificação de uma crítica ao modelo econômico, que envenena, e à indústria, que se beneficia do adoecimento. Mas estariam os campos científicos preocupados e balizados para efetivar essa crítica? Criticar apenas basta?

A proposição deste artigo parte de um pressuposto: do mesmo modo que há um modelo econômico que adoce e se beneficia do adoecimento, há uma ciência enferma. Cabe, pois, ver os limites do saber – e, também, as suas possibilidades. Quando o campo de saber da geografia e o campo de saber da saúde se interseccionam, pode surgir uma esperança: aclarar a compreensão da saúde-doença pela via do território e ler o território que adoce.

Apoiamo-nos na ideia de que a ciência, tal como organizada, situa-se, também, na enfermidade do mundo. Apoiamo-nos, também, na ideia de que os fundamentos de uma ciência enferma criam um trabalho enfermo evidenciado na precarização, na exploração, nas subcontratações, na desregulamentação, no desemprego estrutural, na terceirização e na profunda informalização.

Entretanto, a centralidade do trabalho como operador de vida, criador de mundos, como pressuposto da saúde-doença, implica o território. Daqui, surgem várias interrogações: como, nesse período, os trabalhadores concretos desenvolvem o trabalho a partir do território? Que implicações à saúde do trabalhador os tipos, os conteúdos, a morfologia e os sentidos do trabalho atual produzem? Quais são as relações entre o adoecimento e o desemprego?

Ademais, o ensinamento do espírito livre do campo e da questão da saúde do Trabalhador nos convida a elaborar uma escritura igualmente livre, todavia, comprometida com as experiências acadêmicas e de pesquisas realizadas em parceria. Contou-se, para a realização deste artigo, com atividades de orientações de mestrado, doutoramento e pós-doutoramento; com organização de

seminários temáticos envolvendo a participação no Fórum Intersindical Saúde-Trabalho-Direito, radicado na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ), juntamente com o grupo de pesquisa 'Espaço, Sujeito e Existência', sediado na Universidade Federal de Goiás (UFG).

Além desta introdução, o texto divide-se em três partes. No primeiro momento, problematiza-se a relação entre geografia e saúde. Na segunda seção, debatem-se os elos necessários entre território e saúde. Na terceira parte da pesquisa, demonstra-se que, a partir do campo da saúde do trabalhador, dá-se o encontro necessário entre território e saúde.

Problematizando a relação entre geografia e saúde

Ao lermos o festejado texto 'Quem dará o golpe no Brasil?', escrito por Wanderley Guilherme dos Santos³, morto em 25 de outubro de 2019, nós, pesquisadores acadêmicos, professores universitários, doutos em publicações recheadas de citações, modestos autores deste texto, espantamo-nos. Todos os demais, que, nas mesmas condições institucionais e profissionais em que nos situamos, não leram o citado texto, deveriam ter se, igualmente, espantado.

Havíamos lido, sim, o nobre cientista social que nos largou há pouco, em seu ensaio 'Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira'⁴, em que nos brinda com o conceito de 'cidadania regulada', unguído por uma epifania que nos serviu desde então.

Serviu-nos para um determinado propósito, o de entender a reforma sanitária e a não reforma agrária, pelo abandono dos territórios vazios de cidadãos regulados e, de quebra, o corporativismo sindical e outros. Se formos relê-lo com atenção acurada, por certo, descobriremos algo sobre a relação visceral e vicejante entre geografia e saúde.

Mas, sobre o seu texto de 1962, que, em 2022, completou seus sessenta anos de escrito – 'Quem dará o golpe no Brasil?'³ –, nós (ainda os mesmos autores desta conversa aqui)

estranhamos a coincidência (coincidência? e muita) com os anos de 2019 a 2022.

Antes de qualquer reflexão epistêmico-acadêmica para concorrer a uma eventual publicação em revista indexada e superar olímpicamente as barreiras dos ilustres pareceristas que arbitram sobre o pensamento humano – Supremo Tribunal da Ciência –, insistimos, sessenta anos depois: quem dará o golpe no Brasil?

A relação entre as disciplinas geografia e saúde, apartadas por uma interdisciplinaridade, não sabemos se tímida, ingênua ou intencionalmente não interdisciplinarizada, é um golpe permanente no Brasil. Golpes de caráter político foram perpetrados antes. Cirurgicamente, um deles foi perpetrado em 1964, com o apoio da Agência Central de Inteligência, americana, conhecida como CIA, e ameaçou repetir-se no Brasil dos 'novos tempos', em 2022. Todavia, o golpe no Brasil dá-se, já, em várias frentes.

Dá-se na separação interdisciplinas acadêmicas, dá-se na separação entre povo e academia, dá-se no abaixamento de cabeças pensantes diante de golpes iminentes de outras ordens.

A relação entre geografia e saúde, dia a dia, praticamente inexistente. Poucas relações ou nexos de causalidades são, por exemplo, enxergados entre concentração de terras, desemprego e adoecimento; entre domínio de impérios agroalimentares, pobreza e epidemia; ou entre urbanização, mobilidade e morte no trânsito. Geografia e saúde não se relacionam, não por antipatia, ao contrário, não se relacionam porque disciplinas irmãs, quando enclausuradas nos feudos de uma ciência enclausurada, tornam-se distintas, diversas, dissociadas, berço de diásporas não consentidas e incompreensíveis. Se prêmios Nobel de Física, Medicina, Literatura, Economia e da Paz não conversam entre si e, pior, são laureados, muitas vezes, com argumentos contraditórios entre si, por que mortais pensadores acadêmicos sob as linhas abissais conversariam?

O território e o espaço que a geografia conduz como lactante (aquela que amamenta),

tem na saúde um lactente (aquele que é amamentado).

E a saúde, pobre cria rejeitada da medicina, morde os seios da geografia, que não consegue alimentá-la. Quem rejeita? A ciência geográfica que (não) amamenta ou a ciência da saúde (não) amamentada. Difícil saber.

O golpe permanente da fragmentação da ciência, como sublinha Edgar Morin e Jean-Louis Le Moigne⁵, é mantra que deveria ser cantado pelos editores de revistas científicas: fica proibido escrever qualquer coisa em ciências sociais olhando para o seu próprio umbigo.

A interdisciplinaridade em ciências sociais não pode ser um evento fortuito da natureza ou palavra de ordem de doutos doutores marginais e contra-hegemônicos. Interdisciplinaridade deveria ser o passaporte de acesso das meninas e dos meninos que, ao ingressarem na academia, escolhem um campo das ciências sociais e vão bater na porta de outra para entenderem a sua própria.

Wanderley Guilherme dos Santos, o que tem a ver com isso? Tudo.

Vamos principiar, como norte dessa parolagem epistêmico-acadêmica, com uma questão de fundo, mais de conteúdo, pois. No momento em que este texto começou a ser planejado (outubro/novembro de 2019), o País vivia à beira de um golpe real, objetivo, concreto, de Estado, civil-militar, como sempre, aliás... basta ler Wanderley Guilherme dos Santos³. Contudo, o golpe surreal, abstrato, subjetivo já foi dado.

Território, espaço e saúde já sangram golpeados. Como explicar, enquanto geógrafos e sanitaristas, a concretização das tentações de Satanás em pleno regime de 'Brasil acima de tudo e Jesus acima de todos', como foi no governo entre 2019-2022?

Vamos a elas (as tentações de Satanás): Brumadinho e o assassinato deliberado de trabalhadores (2019); queimadas na Amazônia (2019) e o assassinato deliberado da floresta e de seus guardiões, como foi o caso de Bruno Pereira e Dom Phillips (2022); vazamento negligenciado de petróleo e o assassinato deliberado do mundo dependente do mar – flora,

fauna, gente (2019); mais de 700 mil mortos por covid-19 (abril de 2023).

Uma simples aula de primeiro período, seja nas ciências da geografia ou da saúde, não resiste à Escola sem Partido. Falar de causas e responsabilidades humanas sobre esses folgedos de Satanás gerará *selfies* e gravações de professores. As redes sociais – de todos os matizes – serão povoadas de palavras nada científicas, tratados escatológicos e sabe-se lá que tipos mais de ameaças. E nós, os doutos doutores, estaremos por aqui escrevendo artigos para passarem por pareceristas (sabe-se lá partidários de que ideologia – sacra ou profana) para, quem saberá?, daqui a um ou dois anos, rejeitarem.

Quem vai interpretar? Mais de 60 mil trabalhadores morrem de acidentes de trânsito anualmente no Brasil⁶. As metrópoles brasileiras, segregadas, desiguais, barulhentas, são fábricas de mortes. Cerca de 700 mil ocorrências de acidentes no trabalho⁷, que se juntam ao aumento do desemprego, ao terror de não se empregar, à violência da competição no mercado informal.

O País também é implacável com as mulheres. Segundo dados da pesquisa 'Visível e invisível: a vitimização das mulheres no Brasil', produzida pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, aproximadamente 18,6 milhões de mulheres foram vítimas de violência no Brasil em 2022, com situações extremas de violência física, sexual e psicológica. Estima-se

[...] que ocorram 822 mil casos de estupro no Brasil por ano. Desse total, apenas 8,5% deles chegam ao conhecimento da polícia e 4,2% são identificados pelo sistema de saúde⁸⁽⁴⁾.

Pelos dados acima, pode-se afirmar: o golpe já foi dado no Brasil. Pois que, especialmente pela morte de Wanderley Guilherme dos Santos, mas fundamentalmente pelo conteúdo de seu texto e pela ameaça de um golpe no Brasil em 2022, lê-lo como se estivéssemos em 1962 é obrigatório. Ensaio que trata(rá) da relação entre geografia e saúde, na oportuna ocasião.

Ao ler Santos³, não conseguimos, sob hipótese alguma, deixar de pensar no que estamos vivendo no Brasil. Atualidade perfeita, como não poderia deixar de ser para quem ouve permanentemente o rugir da história. Por estarmos tratando desse autor em um plano geográfico-sanitário, precisamos estar atentos aos sinais daqueles que ameaçaram dar o golpe no Brasil. Não que esse autor se refira ao vasto e complexo temário, mas os golpistas, sim. Mesmo que não saibamos, ainda, quais sejam, ainda que saibamos. Território, espaço, ambiente e todos os ingredientes que lhes dão vida – saúde, cultura, educação e trabalho – foram alvos preferenciais dos arautos golpeadores. E importa se militar, civil, civil-militar ou militar civil? Nossos filhos e netos classificarão como?

Atualmente, na produção acadêmica tradicional, em que revistas científicas poderíamos ter, com a urgência necessária, afirmações desse tipo? Publicar-se-iam?

A imprensa, mesmo com suas contradições sustentadas pelas elites econômicas, tem, notoriamente, na sua vertente investigativa e nas mídias abertas não sujeitas aos rituais de aprovação em textos ‘científicos’, a primazia de se constituir em fonte primária, original e primitiva de conhecimentos em ciências sociais, hoje, no Brasil. Ora, geografia e saúde aí incluídas. Aliás, se há muita coisa além de geografia e saúde, há pouco.

Um dos aspectos que mais chamam a atenção no texto de Santos³ é a ausência de referências bibliográficas. O livre pensamento, especialmente sobre matérias pouco trituradas em artigos científicos, tal como a iminência de um golpe no seu país, é matéria libertária, mais para beija-flor do que para voos acadêmicos. Embora Santos³ seja considerado um dos grandes pensadores das ciências sociais de seu tempo, ora vejamos, em sua premonição confirmada e inconformada, exilou-se voluntariamente de amarras acadêmicas no texto prenunciativo. Hoje, com certeza, teria algumas dificuldades para fazê-lo publicar em meios científicos.

Geografia e saúde e suas epistemes inexploradas não fogem à regra dos beija-flores. Tampouco fogem à ordem do golpe já vigente do *apartheid* interdisciplinar antes assinalado. Mesmo sabendo-se que, em 1962, os códigos canônicos da produção científica não eram tão fervorosos, Santos³, ao não se submeter a citações de pensadores que lhe antecederam, ao longo da história do conhecimento humano, não lhes prestou qualquer demérito. Ao contrário, em sua complexa reflexão, está claramente embutida a síntese da aventura humana do pensar. Pensar como voam os beija-flores. Livres, libérrimos. Em seu texto, estão presentes os pré-socráticos, por certo, o próprio Sócrates e sua maiêutica, Platão, claro, o grande intérprete reflexivo, e Aristóteles, com sua ética da justiça. Sentir-se-iam desrespeitados? Sem dúvida, não. Sentir-se-iam orgulhosos de um seguidor dezenas de séculos depois.

Estão ali, também, no modesto ensaio premonitório de Santos³ sobre o próximo golpe da época (similar ao que se avizinha), os iluministas de primeira hora – Erasmo, Morus, Maquiavel – e os pensadores da objetivação da subjetividade do poder, subsequentes – Hobbes, Locke, Montesquieu, Rousseau.

Dedicasse sua fluidez de ideias a citar cada um dos que irrigaram sua teia de vasos sanguíneos cerebrais, talvez não chegássemos ao prelúdio ensaístico de 1962, que, hoje, mais do que nunca, aplica-se a nosso país. Ensaio implicitamente enciclopédico que, fugindo das inscrições herméticas antecessoras, dedicou-se a exhibir uma linguagem objetiva e direta ao povo ameaçado e seus intelectuais orgânicos. Coisa que a academia, atualmente, renega, por produzir textos sobre sujeitos que não têm acesso aos escritos dos que lhes estudam e pesquisam. Pesquisados das pesquisas acadêmicas são como maridos traídos: são os últimos a saber. Antes de perscrutarmos o manguezal interdisciplinar de geografia e saúde, é desnecessário assinalar, e por isso o fazemos, que ali no ensaio está Karl Marx⁹, em carne viva. O sangue do poeta do Manifesto jorra.

O autor³ dispensa, porquanto sabido, a presença bibliográfica de seus antecessores e dos seus contemporâneos dos anos de 1960 – Lukács, Sartre, Marcuse. Toda bibliografia é incompleta. Todos os doutos concordamos, mas, para pareceristas de textos científicos, ela sempre deverá ser completada por alguns de sua simpatia privativa. Talvez, por isso, benzido pela época menos rigorosa com essas agruras, dispensou-as todas. Quem o lê, vê todos ali embutidos, os de sua simpatia e também os de sua antipatia. Ficamos com Wanderley Guilherme dos Santos. Suas lições nos motivam a debater a ciência sem os cercamentos da fragmentação. Mobilizam-nos a integrar geografia e saúde; a interpretar os elos entre território e saúde.

Elos entre território e saúde

Quanto de nós, doutos doutores, nas universidades públicas, formadores de hordas sucessivas de meninas e meninos ingressos na geografia e nas inúmeras ciências da saúde, fizemos intercessões entre elas? Essas coisas sem respostas.

Não chegaremos ao abuso de dizer que em toda graduação de geografia, os alunos jamais ouviram falar de saúde, enquanto relacionada ao seu objeto geográfico do desejo. Mas é possível que esse nefasto fato tenha ocorrido. Do mesmo modo, quanto dos inúmeros alunos das ciências da saúde – Medicina, Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Biomedicina, Odontologia –, em algum momento, estudaram o espaço, o território onde a vida corre, e o chão de seus pés, que pisarão sua trajetória pós-faculdade?

Que menção fizeram a essa relação, em algum momento, por olharem além da paisagem e verem as pessoas que serão sujeitos de seu cuidado? Entender suas histórias, suas lágrimas e risos, seus cotidianos sofridos que lhes demandarão os cuidados técnicos para os quais (supõe-se) foram (ou serão) ‘bem’ preparados?

É evidente que não se pode dizer que está tudo errado, mas, em matéria de geografia e saúde, está tudo errado. Ciências que não conversam são como amantes que não se tocam.

Hoje, na área da saúde, até se fala em territórios¹⁰. A atenção básica em saúde (atenção primária) incorporou a categoria território para falar de exclusão, vulnerabilidade, violência e miséria, mas sem chegar próximo do sentido de espaço de construção da cidadania e seus atributos – cultura, economia local, ritos, saberes próprios e determinações sociais. A medicina privada, diante da incapacidade acelerada das classes médias de manterem a sustentação de seus padrões extorsivos de acumulação, aposta, atualmente, na medicina preventiva. Para isso, apropria-se, de forma surpreendente e insólita, do modelo nascido em países socialistas: a saúde da família, o mapeamento do território e a lógica da prevenção.

Ora, o modelo preventivista de saúde, explicitamente assinalado no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, é a essência do modelo sanitário reformista contra-hegemônico ao complexo médico industrial da saúde e sua lógica mercantil. Ali estava a essência da criação do Sistema Único de Saúde (SUS): a defesa intransigente dos miseráveis e dos desprovidos contra a sua exploração pelo então crescente mercado da medicina do lucro alucinado, da negação de Hipócrates, da negação da humanidade. Inspirado em várias frentes anticapitalistas, com destaque para a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde (Alma-Ata, 1978)¹¹, o SUS estendeu sua generosidade universalista aos bem-aventurados-endsinheirados. E o fez bem, não há por que negar. Como diz a Carta Cidadã, antes do golpe vindouro: saúde é direito de todos e dever do Estado. Generosidade que as políticas de bem-estar social têm com aqueles que as destroçam. E a geografia com isso?

Ora, afinal, qual é, fundamentalmente, a relação unha-carne da geografia e da saúde? Se começarmos pela geografia, é fácil. Há 40, 50 anos, geografia era matéria amorfa, estática e estereotipada pela passividade narrativa

de seus conteúdos. Aprendíamos nomes de montes, cascatas, cordilheiras jamais visitadas. Mapas-múndi e mapas-mudos. A geografia não tinha voz. A geografia era um ajuntamento.

A criança sanitária amamentada, da mesma idade da mãe geográfica que lhe amamenta, a partir do SUS, ensinou à mãe que o sistema de saúde passaria a ser descentralizado. Sua lógica, organização, operacionalização, gestão, seria lá mesmo no seio da mãe. Essa foi a hora em que a mãe – a geografia – entendeu o seu papel. Entendeu mesmo?

Território saudável, jargão que a Carta de Ottawa (1986) de Promoção da Saúde vulgarizou, ao igualar coisas inigualáveis, como empresa saudável, edifício saudável, cidade saudável, município saudável, trabalho saudável, ambiente saudável, alimentação, vida, atitude etc. saudáveis... nem de longe dá conta de uma epistemologia da relação entre geografia e saúde.

A lactente saúde e a geografia lactante ainda não se entenderam muito bem.

É inevitável lembrar de Wanderley Guilherme dos Santos³ quando separa os dois tipos de golpe: aquele que vivemos na democracia com a hegemonia da classe burguesa sobre a classe dos desprovidos, em aparente harmonia, e aquele que eclode para garantir a situação anterior quando ela se encontra em risco.

Pois, no caso da ‘geografia saudável’, o capitalismo, a burguesia, o poder econômico, os grileiros do poder, os banqueiros, os herdeiros milionários, os ladrões de ‘alta densidade financeira’, e os que sabemos tantos de tantas ordens que nem os classificamos – opressores, espoliadores e predadores sempre –, dirão que as disciplinas geografia e saúde precisam se estreitar na busca de um desenvolvimento sustentável.

Piada é sujeitável ao crivo de pares de uma revista científica?

Desenvolvimento sustentável é risível aos olhos de uma geografia crítica.

Saúde que se preza, então, calçada em uma crítica ao complexo médico-industrial, mais

ainda. Desenvolvimento sustentável é um eufemismo para perpetuar a lógica predatória do capital em um cenário de insustentabilidade das necessidades humanas (e de seus direitos).

Espaço, território, saúde são elos. Elos de uma corrente que ainda não foi inventada. O SUS perdeu, pela destituição geográfica. A geografia perdeu, pela destituição sanitária. Como recuperar esse encontro? É possível?

Saúde do trabalhador: apostando no encontro entre território e saúde

Durante cerca de seis anos, com frequência amiúde, têm se estreitado as relações de estudo, pesquisa e militância entre geógrafos da Universidade Federal de Goiás (UFG), Universidade Estadual de Goiás (UEG), Instituto Federal Goiano (IFGoiano) e profissionais da área de saúde do Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS), da Fiocruz, no Rio de Janeiro. O elo aglutinador do encontro reside na reflexão e na militância em torno da saúde do trabalhador.

As reflexões, os estudos e as pesquisas, forjadas em parcerias, diálogos e amizade entre profissionais dos campos aludidos, ganharam força com a criação do Fórum Intersindical Saúde-Trabalho-Direito. As vozes presentes de sindicalistas, gente da gestão e dos serviços, como do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest), de representantes de movimentos sociais, de vários coletivos e de acadêmicos, da saúde, da geografia e de outros campos, no Fórum, esclarecem o destino aglutinador de saúde e território: tomar a saúde como bem principal do ser humano; combater processos de trabalhos que causam sofrimento, adoecimento, violência e morte do trabalhador; e perceber que o trabalho é a energia criadora e transformadora das dinâmicas territoriais e, também, da saúde.

Compreender a saúde do trabalhador como elo entre território e saúde requisita, inicialmente, esclarecer alguns princípios concernentes às temáticas em questão.

Do lado dos geógrafos, a fértil produção geográfica brasileira tem constituído um rico manancial de ideias sobre o território. Dessa produção, pode-se compreender que o território é a sustentação da produção e da reprodução social. Ao expressar as condições concretas da vida e as dimensões simbólicas das relações e da sociabilidade, vê-se que as determinações sociais da saúde-doença são impetradas nos conteúdos territoriais em diferentes escalas. A vida é territorialmente constituída, logo, o território é uma determinação da saúde-doença¹².

Por ser constituído de relações sociais e em conflitos de poder, o território torna-se categoria, bússola, meio de se ler a saúde. A interpretação territorial exige a leitura das contradições sociais, das desigualdades e das lutas de classe, da produção da pobreza. Exige, também, perceber os atores que dominam a riqueza, controlam e se alimentam economicamente da doença; apropriam-se dos bens comuns como água, vento, solo, vegetação, subsolo, luz solar.

Com efeito, a leitura territorial da saúde-doença coloca as lentes geográficas e da saúde para pensar a estrutura do Estado, a força das corporações transnacionais; o enriquecimento de latifundiários, as estratégias das empresas e, também, as pautas dos movimentos sociais, dos sindicatos, dos diferentes coletivos que lutam pela vida. Se o território é feito de relações, a vida humana também o é.

Ao estabelecer essa forma de leitura, descobre-se que a saúde de sujeitos de uma classe, o tratamento da doença, os condicionantes do adoecimento e também o descaso com a morte precoce de trabalhadores nos postos de trabalhos e no processo de mobilidade são atravessados pelas relações de poder. Assim, dominação se junta ao monopólio da riqueza; às estratégias de controle da riqueza portando-se como fonte de adoecimentos. O processo de

dominação é visto, também, pelo controle de hospitais, inclusive, pelo monopólio do saber médico, feito por filhos da classe dominante, estendendo-se como violência social.

Ao dizer que o poder é a gravidade de qualquer leitura territorial, pode-se dizer, igualmente, que saúde-doença estão intimamente ligadas ao modo como o poder é configurado e exercido. Não à toa, há dispositivos ideológicos, normativos, legais que alienam os trabalhadores e os impedem de enxergar a trama do seu adoecimento e do controle de suas vidas. Poder e vida não se dissociam, como território e poder.

A leitura territorial de doença-saúde evidencia-se no princípio número um da saúde do trabalhador: toda espécie de trabalho move o corpo, estimula os órgãos, aglutina o organismo humano ao espaço. Contudo, a divisão de classes sociais e a exploração do trabalhador, num itinerário histórico marcado desde a revolução industrial (século XVIII) até o presente, demonstram que o capitalismo vive e sobrevive do adoecimento do trabalhador, pois a diferença de classe e os privilégios de quem se apropria dos meios de produção e das riquezas originadas do trabalho não são divididos igualmente. A desigualdade, expressão do território capitalista, é marca do adoecimento e da morte de trabalhadores¹³.

Quando a saúde-doença é vista por esse ângulo, elucida-se uma premissa central: a saúde do trabalhador decorre de uma leitura da luta de classe e de qualquer outra forma de dominação, seja de raça-etnia, gênero ou sexo, pois o trabalho é responsável por construir tudo que decorre da relação entre sociedade e natureza. Cabe, então, ao trabalhador defender a sua saúde, e ele só pode fazê-lo com um projeto de emancipação de classe. A emancipação de classe concretiza-se territorialmente, como a vida. Toda luta política e todo projeto de emancipação envolvem e são envolvidos nas tramas territoriais.

Tramas territoriais são desenhadas por novas morfologias e conteúdo do trabalho. Constata-se, hoje, a uberização, a inscrição da

fábrica corporativa, da agricultura química, do mesmo modo que crescem os discursos em torno do empreendedorismo, do formato *coach* de solução pessoal do sofrimento. Gestores, analistas, administradores e *managers* ganham o púlpito da publicação de soluções liberais para as crises, para o desemprego, para a depressão, para a ansiedade e para o sofrimento. Esses discursos e ideologias agem no controle do desejo, da emoção e se evidenciam como estratégias capitalistas de sedução do trabalhador¹⁴.

Os golpes da direita, a ação do fascismo, as truculências policiais que criminalizam a ação dos movimentos sociais, a pressão sobre os trabalhadores, a destituição dos seus direitos são a concretização da luta de classe. Ora, a saúde é a consecução plena da vida, que, por sua vez, depende da reprodução material e subjetiva do trabalhador. Quando o trabalhador deixa de controlar a sua ação no trabalho e o exerce sob domínio e alienação, essa realização, que deveria ser plena, torna-se adoecimento. O trabalhador luta nas suas agremiações porque defende a sua vida; a vida é tessitura da saúde, o código pictórico do encontro com o outro, não de sua exploração.

Por conseguinte, componentes como a profunda diferença entre a expectativa de vida, por exemplo, nos Estados Unidos da América (em torno de 80 anos) e em Moçambique (em torno de 50 anos); a diferença entre a pesquisa científica no campo da saúde feita pelos países ricos exploradores e pelos países pobres explorados da ordem capitalista; as dificuldades de aposentados empobrecidos comprarem seus medicamentos e a sua história de penúria no mundo do trabalho. Todos são exemplos da relação entre poder, trabalho e saúde. Em nível geopolítico, na escala interior dos países e das classes sociais, bem como da raça-etnia, diferenças de saúde são diferenças territoriais.

A ação de negócio feita por empreendedores, gestores de papéis, analistas financeiros, agentes da chamada gestão de oportunidades, investidores de risco curto, títulos públicos, Certificado de Depósito Bancário (CDB),

Recibo de Depósito Financeiro (RDB), debêntures, mercado de ações, num raio profuso de alianças, competições, estratégias de coação de Estados dominantes, são responsáveis por um novo modelo de acumulação baseado na renda financeira. O geógrafo David Harvey¹ defende que se desdobra desse ambiente um novo conteúdo territorial visto na paisagem geográfica da acumulação do capital. Esse ambiente é costurado por mecanismos de produção, especulação, negócio, conhecimento científico e uso da terra. Esse processo adoce a ciência – pode-se dizer.

A análise de David Harvey¹⁵ demonstra que a intervenção na natureza, por intermédio de descobertas no campo da genética, da tecnologia e dos negócios, inspira o controle geopolítico da riqueza do mundo. Por isso, conforme o geógrafo, não se pode – nem se deve – separar a precarização das relações de trabalho das táticas do Estado, das disputas geopolíticas, do rentismo e do adoecimento do trabalhador. Há um processo global patológico, o sucessivo crescimento da paisagem enferma, inclusive da ciência. Isso sob ameaça de golpes.

Entretanto, a interpretação territorial da saúde, ou a leitura da saúde-doença pela via do território, na baliza do campo e da questão da saúde do trabalhador, mobiliza outros princípios. Pois bem, a leitura do território, como foi argumentado anteriormente, é para os militantes da saúde do trabalhador uma forma de clarear as suas formas de luta. Cabe, pois, aos membros desse campo interdisciplinar enxergar, por exemplo, as estratégias do Estado, os motivos pelos quais Ele beneficia médicos e a medicina capitalista. Cabe, também, sob a mesma ótica, ver que a estrutura territorial da economia tóxica causa adoecimento do trabalhador nas lavouras cinzas do agronegócio, na criação de frangos e bovinos e no processo de mobilidade nas cidades e de corpos expostos ao sol na esperança de salvar o almoço vendendo balas, biscoitos, frutas nas esquinas das metrópoles. Os sujeitos de lutas, ao interpretarem o território, leem as articulações das bancadas políticas, suas estratégias ideológicas, suas

representações de classes, inclusive nas esferas normativas e no modo como o poder judiciário legitima a desigualdade social, mantém privilégios das corporações, dissimula a luta de classes¹⁶.

Em decorrência do que foi apresentado, os trabalhadores e os militantes da saúde do trabalhador devem perguntar: quais são as implicações, por exemplo, da colonização e do imperialismo na saúde e no adoecimento do trabalhador? Devem perguntar por que o enriquecimento, a concentração de terras e de capitais criam a pobreza? Devem perguntar se a pobreza é mais afeta às doenças ou não? Devem perguntar a quem se destina a medicina? Necessitam perguntar, também, sobre os sentidos da violência social, urbana, de classe?

Todas essas perguntas – e outras tão importantes como essas – ajudam a clarear que os processos destrutivos da vida, ou a predação ontológica do ser humano, da água, do solo, da biodiversidade e da sociobiodiversidade, ao se juntarem ao processo de segregação espacial, ao desemprego, à marginalização social, à fragmentação de classe, à guerra civil legal, fazem parte da essência contraditória do capitalismo.

A leitura das contradições pode ser luz para que o trabalhador enxergue por que os seus corpos são pressionados e estão sempre cansados e estressados. Podem encontrar explicação no fato de seus filhos não terem assistência médica adequada; sua alimentação não ser suficiente; assim como seu lazer restrito.

Quando o trabalhador reconhece a sua identidade, ou seja, lê o seu lugar no mundo, vê o modo pelo qual o território é disputado, apropriado e repartido entre as classes, ao reconhecer a sua identidade e valer-se dela para reconhecer-se no mundo, é possível combater as ideologias que querem tomar conta de seu pensamento, de suas crenças, de seus gostos e de suas ações. O trabalhador passa, então, a ver que há um mundo concreto – o da sua vida – e do território, no qual a sua vida é exercida¹⁷.

Essa retomada de mundo, a partir da conquista de sua identidade, estimula-o a reconhecer que não há saúde do trabalhador sem

práxis. Reconhece que saúde e doença se imbricam de um tal modo que os termos se conjugam; e que sem a ação emancipatória do trabalhador, não haverá solução para sanear o que lhe adoce: a exploração.

Por conseguinte, a saúde do trabalhador, além de interdisciplinar – por isso, não é propriedade de nenhum campo científico, de nenhum tipo isolado de sindicato, ou de religião, ou mesmo de partido político –, como práxis, deixa de ser apenas um campo para ser uma questão social. Ou um desafio de todos os trabalhadores. Se toda espécie de luta demanda uma identidade ou uma identificação social, a sua consecução é territorialmente concretizada.

Quando o lema – ‘saúde, não se delega, se defende’ – se estende como um princípio, o que está colocado é o chamamento para o trabalhador ler a dimensão territorial do trabalho em toda a sua dimensão, seja no chão de fábrica, nas oficinas industriais, nas imensas lavouras pulverizadas por agrotóxicos, nos sinais e nos semáforos onde se vendem balinhas e frutas a céu aberto; nos balcões, nos plantões médicos, nas salas de aula, nos andaimes dos prédios, ou no atendimento de telefonemas, como no *telemarketing*, dirigindo um automóvel alugado na prestação de serviços para a Uber Technologies Inc (Uber).

O trabalhador, ao se dispor como sujeito operante da sua saúde, não de maneira individual, mas a partir da identidade de classe, requisita a sua organização. É nos fóruns organizativos, nas associações, nos sindicatos, nos movimentos sociais ou nos partidos políticos interessados na causa total do trabalhador que se reconhece a saúde como direito de trabalhador; e, em reconhecendo, percebe que a saúde é um direito humano.

Por isso é que o conhecimento científico fraturado, dicotomizado, fragmentado, elevado apenas às cifras narcísicas de números de publicações, pouco ajuda a compor a luta pela saúde. Mas quando se juntam os vários campos de saber, especificamente, o da saúde e o da geografia, para mencionar dois campos

apenas tratados neste texto, descobre-se que os saberes podem potencializar a leitura da vida.

O saber do trabalhador, assim como a sua vasta experiência no mundo do trabalho e o elo do trabalho com a família, com o lazer, com a escola, enfim, com o mundo concreto de sua vida, é uma demonstração de que saúde e território se abraçam nas lutas políticas. Essas lutas possuem como finalidade a luta pela vida.

Podemos considerar

Como se tem refletido desde algum tempo nos trabalhos efetivados a partir de ações de pesquisa, de organização de seminários temáticos, de participação em oficinas do DIHS/Fiocruz, saúde não é ausência de doença, pois a matéria do corpo tem longa história; e o corpo é uma memória da história do planeta, produto/produtor da cultura.

Assim, pode-se dizer que não há o sujeito totalmente sadio nem totalmente doente. Saúde e doença tornam-se saúde-doença. E, nessa esteira, convém explicitar a saúde do trabalhador. Esse é um campo de saber; de luta política; de intervenção; de participação social. Por isso, agrega sindicatos, movimentos sociais, universidades. E deve agregar o diálogo dos saberes.

Em função de sua amplitude, de sua decisiva posição e também de sua origem, a saúde do trabalhador não escolhe religião, partido político, idioma, cor, mas é uma questão ideológica. Por ler o trabalho numa esfera abrangente, a partir da classe social, agrega ação da subjetividade; ligação com os saberes, com a emoção, com o prazer; com o corpo; com a natureza; com a cultura; com as identidades; com o território; com o ambiente; com o tempo.

No caso específico das reflexões que foram desenvolvidas, a constatação do profundo adoecimento causado pelo modelo econômico vigente e pela exploração do trabalhador encontra eco, também, na organização da ciência. Percebeu-se que, de um lado, os denominados profissionais da saúde desconsideram a

leitura das contradições do território como determinantes, ou condicionamentos do adoecimento; por outro lado, as interpretações geográficas, espaciais, territoriais, feitas pela geografia, tendem a desconsiderar as tramas da saúde-doença.

A enfermidade da ciência é, portanto, resultado da fragmentação do saber, de sua atomização. Essa fragmentação, com suas enunciações sofisticadas e acadêmicas, muito mais que enfrentar os problemas concretos que atingem os trabalhadores, motiva um irrefreável conflito interno entre pares. O próprio fazer científico adocece. É um índice da patologização global¹⁸.

Por conseguinte, a dissolução da cooperação na elaboração dos saberes, na sua disseminação e na sua publicização, enfraquece a práxis, portanto, enfraquece a luta pela emancipação dos trabalhadores. Enfraquecidos, os golpes são mais fáceis de serem implementados.

No atual regime econômico, a ciência também é um território de disputa. Não à toa, países ricos desenvolvem pesquisas, tentam controlar a natureza, as patentes, os laboratórios e as fórmulas de medicamentos que prometem curar a angústia humana. Mas não atuam para eliminar a desigualdade social, a pobreza, a fome, o monopólio. Ao contrário, o adoecimento dos trabalhadores em grau de uma patologização global interessa à indústria farmacológica tanto quanto os minerais, a água e o solo para o processo produtivo. A desgraça humana do adoecimento é a fortuna dos laboratórios e das corporações. O triunfo do modelo hospitalocêntrico, a vitória geopolítica dos países dominantes.

A profunda mercantilização da natureza, a exploração do trabalho ou o crescimento da dependência de medicamentos são peças de uma engrenagem cujo resultado é a erosão genética, a predação ontológica e a intoxicação da vida. O planeta enfermo possui o beneplácito da ciência enferma. Mas a enfermidade é lucrativa, pois mobiliza forças que controlam a riqueza, as corporações e os monopólios.

A junção da rede hospitalocêntrica à rede de produção é, na escala geopolítica, uma

forma de domínio territorial. Trata-se de uma efetiva ação de poder. A questão que se coloca é como o trabalhador vai ler esse controle interpretando as suas contradições. Ou como enfrentará as ideologias que o deslocam do plano concreto – da relação entre a sua vida e as determinações territoriais. Ora, o processo emancipatório, posto assim, requisita recuperar o quanto possível a saúde da ciência e dos seus vários campos de saber. Como aludiu dos Santos³, em 1962, se não houver uma boa interpretação, não se saberá quem vai dar o golpe no Brasil.

Agradecimentos

O primeiro e o último autor agradecem ao Conselho Nacional de Desenvolvimento

Científico e Tecnológico pela Bolsa de Produtividade em Pesquisa (PQ-2).

Colaboradores

Chaveiro EF (0000-0001-8608-2278)* contribuiu para a concepção e o planejamento do trabalho; e colaborou com a escrita do texto através da apresentação dos resultados da pesquisa realizada. Vasconcellos LCF (0000-0002-7679-9870)* contribuiu para a concepção e o planejamento do texto; e colaborou com a escrita do texto e a revisão crítica do conteúdo. Gonçalves RJAF (0000-0002-8033-0426)* colaborou com a escrita do texto, interpretação dos dados e informações apresentados; e revisão crítica do conteúdo para aprovação final. ■

Referências

1. BBC News Brasil. Brasileiros estão entre os que menos dormem, revela estudo sobre padrões de sono no mundo [Internet]. BBC News. 2016 maio 7 [acesso em 2022 dez 22]. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/geral/2016/05/160506_padrao_sono_mundo_rb
2. Stacciarini JHS, Chaveiro EF, Borges RE. Trabalho, medicalização e pilhagem: o negócio da vida. *Rev Pegada*. 2020;21(1):1-15. DOI: <https://doi.org/10.12345/pegada.v21i1.2020>
3. Santos WG. Quem dará o golpe no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira; 1962 [acesso em 2022 dez 22]. (Coleção Cadernos do Povo Brasileiro). Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/tematica/livros/diversos/quem.pdf>
4. Santos WG. Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Campos; 1979.
5. Morin E, Moigne JL. A inteligência da complexidade. São Paulo: Ed. Peirópolis; 2000.
6. Confederação Nacional do Transporte [Internet]. Brasília, DF: CNT; ©2023 [acesso em 2022 dez 22]. Disponível em: <https://www.cnt.org.br/>
7. Centro Universitário de Barra Mansa. Segurança do trabalho: país registra mais de 700 mil casos de acidentes de trabalho por ano [Internet]. G1. 2020 mar 26 [acesso em 2022 dez 22]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/sul-do-rio-costa-verde/especial-publicitario/ubm/conhecimento-transforma/noticia/2020/03/26/seguranca-do-trabalho-pais-registra-mais-de-700-mil-casos-de-acidentes-de-trabalho-por-ano.ghtml>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Atlas da violência [Internet]. Brasília, DF: IPEA; 2023. Atlas 2022: Policy brief, mar 2023. [acesso em 2023 abr 23]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes/242/atlas-2022-policy-brief>
9. Marx K. O capital: crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2010.
10. Torres-Tovar M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde de debate*. 2017;41(esp):264-75. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S20>
11. Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários [Internet]. Alma-Ata: URSS; 1978 [acesso em 2022 dez 22]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
12. Gonçalves RJAF, Chaveiro E. As margens das margens das margens: saúde do trabalhador em tempos de Pandemia da Covid-19. *TI*. 2020;10(1):227-39. DOI: <https://doi.org/10.5216/teri.v10i1.66150>
13. Oliveira AU, Lira ER, Cabrera JP, et al. Território em conflito, terra e poder. Goiânia: Kelps; 2014.
14. Rolnik S. Esferas da Insurreição – notas para uma vida não cafetinada. São Paulo: N-1 edições; 2018.
15. Harvey D. O enigma do capital: e as crises do capitalismo. São Paulo: Boitempo; 2011.
16. Santos M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record; 2008.
17. Santos M. O dinheiro e o território. *GEOgraphia*. 1999;1(1):7-13. DOI: <https://doi.org/10.22409/GEOgraphia1999.v1i1.a13360>
18. Han BC. Sociedade do cansaço. Petrópolis: Vozes; 2015.

Recebido em 13/06/2023

Aprovado em 24/11/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Bolsa de Produtividade em Pesquisa (PQ-2)

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. Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis em http://www.icmje.org/urm_main.html. A ‘Saúde em Debate’ segue o ‘Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica’ do SciELO. Recomenda-se a leitura pelos autores.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

A publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsink, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver.

Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos devem deixar claro, no último parágrafo, na seção de ‘Material e métodos’, o cumprimento dos princípios éticos, número da aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e encaminhar cópia do parecer de aprovação no ato da submissão.

Política anti-plágio

A revista ‘Saúde em Debate’ adota as diretrizes, orientações e fluxos recomendados pelo Committee on Publication Ethics – COPE <http://publicationethics.org/>.

Ao serem recebidos os manuscritos passam por *softwares* detectores de plágio. É possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada a existência de semelhanças com outros textos já publicados o manuscrito será excluído do processo de avaliação.

Conflito de interesses

Os autores devem informar sobre relações que podem estabelecer conflito de interesses financeiro e/ou de filiação ao assinarem a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais.

Autoria e contribuição

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações de todos os autores devem ser incluídas no formulário de submissão em: ‘Inserir Metadados – Lista de Coautores – Incluir coautor’, contendo: nome completo, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e e-mail. As pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito e assumir responsabilidade pelo seu conteúdo.

Na submissão do manuscrito, todos os autores devem preencher e assinar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais colocando o nome por extenso e a sua contribuição detalhada conforme recomendado pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) para concepção ou desenho do trabalho;
- b) para coleta, análise e interpretação dos dados;
- c) para redação do artigo ou em sua revisão crítica;
- d) para aprovação final da versão a ser publicada.

As informações sobre a participação de cada autor, com respectivo Orcid, constarão no artigo, no item ‘Colaboradores’, localizado antes das referências.

Financiamento

Em trabalhos científicos financiados, os autores devem enviar a informação à revista sobre a fonte de financiamento, com registro do número do processo. A revista ‘Saúde em Debate’ atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação dos textos científicos submetidos à revista ‘Saúde em Debate’, em qualquer das modalidades previstas, é submetido a revisão por pares (*peer review*), sendo o mérito acadêmico o critério utilizado em todas as fases da avaliação. Procuramos promover a inclusão, diversidade e equidade. Nenhum artigo será liminarmente recusado com base em características dos autores como raça, religião, orientação sexual, crença política ou qualquer outro aspecto depreciativo.

Todo original recebido pela revista ‘Saúde em Debate’ é submetido à análise técnica prévia para identificar cumprimento das normas da revista. Os trabalhos não conformes às normas de

publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo editor-chefe e por editores associados, que avaliam a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos aprovados nesta etapa de pré-avaliação, são encaminhados ao editor associado que indicará dois pareceristas, levando em consideração o tema do trabalho e sua *expertise*, os quais poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, os editores podem, a seus critérios, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, aos autores para revisão final, que deverão devolver no prazo estipulado.

Ao final do artigo constará informações sobre: data de recebimento, data de aprovação, suporte financeiro e conflito de interesses.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo *site*: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A

integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras.

Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

Entrevista: texto produzido no mínimo por duas pessoas no qual o entrevistado é sempre o primeiro autor, com no máximo 7.000 palavras.

Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter

Na primeira página:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados

etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

No corpo do texto:

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos.

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados.

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada.

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o 'Manual de Normalização de Referências' elaborado pela editoria do Cebes.

Para contribuir com a qualificação e divulgação da revista recomendamos que sejam utilizados artigos publicados pela própria revista.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de

obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrecritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser de, no máximo, cinco por texto (com no máximo duas laudas cada). As figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em formato aberto/editável, não retirar de outros arquivos. No caso de figuras como por exemplo, fotografias, desenhos e mapas, enviar em alta resolução (no mínimo 300 DPIs), em preto e branco ou escala de cinza. Devem ser submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde serão inseridos.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

ERRATA:

Após a publicação do artigo, caso haja necessidade de retratações, erratas ou modificações o autor deve entrar em contato por meio do e-mail da revista (revista@saudeemdebate.org.br). A revista segue os procedimentos indicados no 'Guia para registro e publicação de errata' do SciELO.

RECLAMAÇÕES E RECURSOS:

Os autores têm direito de pedir explicações, se perceberem má conduta em quaisquer políticas que envolvam éticas de publicação da revista. A reclamação deve ser feita por meio de carta, enviada ao editor pelo e-mail revista@saudeemdebate.org.br. Recebida a reclamação, inicia-se processo de investigação, pela equipe executiva da revista, sob orientação do editor-chefe. Ao final da apuração, elaborará-se relatório e encaminha-se, por e-mail, a resposta ao interessado com a decisão tomada.

Acreditamos que as reclamações contribuem para a melhoria do processo de avaliação, tempo de processamento e publicação dos manuscritos submetidos à revista.

DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO

1. Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais

Todos os autores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, anexar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

3. Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta - SciELO

Os autores devem preencher o formulário: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-de-Conformidade-Ciencia-Aberta.docx>, e anexar ao sistema da revista como 'Componentes do artigo - Documento complementar'.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

A revista utiliza o *software* OJS (Open Journal Systems) para avaliação de seus manuscritos. Este sistema prevê o *backup* de todo conteúdo registrado. Além disso, a 'Saúde em Debate' encontra-se disponível nos acervos digitais da empresa Docpro desde seu primeiro número, lançado em 1976 <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil - CEP 21040-361

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

SAÚDE EM DEBATE

(HEALTH IN DEBATE)

Authors' Guidelines

Instructions for preparing and submitting articles

UPDATED MAY 2023

EDITORIAL POLICY

The 'Saúde em Debate' (Health in Debate) journal was created in 1976 and is a Brazilian Center for Health Studies (CEBES) publication. This Center aims to disseminate studies, research, and reflections that contribute to the debate in the field of collective health, especially those that address issues related to health policy, planning, management, work, and evaluation. We value studies based on different theoretical-methodological approaches and with contributions from different branches of science.

The journal is published quarterly, and, at the editors' discretion, special issues that follow the same submission and evaluation process as the regular issues are published. 'Saúde em Debate' accepts original and unpublished works that make relevant contributions to the scientific knowledge accumulated in the field.

The authors are entirely and exclusively responsible for the papers submitted to the Journal and may not submit their papers simultaneously to another journal in whole or in part. 'Saúde em Debate' has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy, reviewed periodically. Its members are part of the Editorial Committee and the base of reviewers in their specific areas.

The abbreviated title of the Journal is **Saúde debate**, which should be used in bibliographies, footnotes, references, and bibliographic captions.

INTELLECTUAL PROPERTY POLICY

Except where noted, all the Journal's content is licensed under a Creative Commons Attribution License CC-BY 4.0. This information is available on the site's homepage and the first page of all articles.

COPYRIGHT

In case of approval and publication of the article in the Journal, its copyright will become the property of the Journal. Authors must, upon submission, complete and sign a Declaration of Liability and Cessation of Copyright according to the following model: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/148>.

FEES

A publication fee of BRL 600.00 (**updated in June 2023**) is charged for articles approved in any section of the Journal. We do not charge submission fees. After approval of the articles, the authors will receive an e-mail with instructions on the procedures for paying the publication fee.

The authors with an article approved for publishing in any modality are responsible for language revision (mandatory) and translation into English (optional) based on a list of reviewers and translators indicated by the Journal.

OPEN ACCESS POLICY

The 'Saúde em Debate' journal offers free access to its content, following the principle that making scientific knowledge freely available to the public provides greater democratization of this knowledge, adopting the Creative Commons License type BY attribution (CC-BY 4.0).

All of the Journal's content is available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse, and distribute, with proper citation of the source and authorship. In these cases, no permission is required from the authors or publishers. The Journal's editors must previously authorize the total or partial reproduction by any means of dissemination.

OPEN SCIENCE INCENTIVE POLICY

Preprint

'Saúde em Debate' accepts articles in preprints from academically recognized national and international databases such as SciELO preprints. Submitting the article in preprint is not mandatory, and this does not prevent the simultaneous submission to the 'Saúde em Debate' journal. In the case of submission in preprint, the author must inform the Journal of the assigned DOI number and the server's name where it was deposited.

Data sharing

The 'Saúde em Debate' journal encourages data sharing. To deposit Research Data, authors must choose the Open Access repository they consider most suitable for sharing their data and make the deposit. Information on data sharing in public repositories can be found at: <https://data.scielo.org>.

Based on Open Science criteria, authors are asked to complete the Open Science Compliance Form – SciELO (model enclosed), which must be attached to the Journal's system upon submitting the manuscript as 'Article components – Supplementary document'.

RESEARCH ETHICS AND INTEGRITY POLICY

The Journal adopts the 'Standards for the presentation of articles proposed for publication in medical journals' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) and the Principles of Transparency and Best Practice in Scholarly Publishing recommended by the Committee on Publication Ethics (COPE) www.publicationethics.org. These integrity and ethical standards recommendations in conducting and reporting research are available at http://www.icmje.org/urm_main.html. 'Saúde em Debate' follows SciELO 'Guidelines on Best Practices for Strengthening Ethics in Scientific Publication'. We recommend the authors to read them.

Human research ethics

The publication of articles with human research results is subject to compliance with the ethical principles of the Declaration of Helsinki of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, and 2008 by the World Medical Association. It also complies with the specific legislation of the country where the research was conducted, wherever applicable.

In the last paragraph, human research articles must make clear compliance with the ethical principles in the 'Material and methods' section, mention the Research Ethics Committee (CEP) approval number, and forward a copy of the approval opinion upon submission.

Anti-plagiarism policy

The 'Saúde em Debate' journal adopts the guidelines, instructions, and flows recommended by the Committee on Publication Ethics - COPE <http://publicationethics.org/>.

Upon receipt, manuscripts are submitted to plagiarism detector software. The authors may be asked about information identified by the tool to ensure the originality of the manuscripts, referencing all the research sources used. Plagiarism is unacceptable editorial behavior. Thus, if any similarities with other published texts are proven, the manuscript will be excluded from the evaluation process.

Conflict of interests

When signing the Declaration of Liability and Cessation of Copyright, authors must report on relationships that may establish a financial or affiliation conflict of interest.

Authorship and contribution

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information on all authors must be included in the submission form at: 'Enter Metadata - List of Contributors - Add Contributor', containing full name, affiliation institutions with up to three hierarchies, Orcid code (Open Researcher and Contributor ID), and e-mail. Individuals designated as authors must have substantially participated

in the preparation of the manuscript and assume responsibility for its content.

Upon submission of the manuscript, all authors must complete and sign the Declaration of Liability and Cessation of Copyright - writing the full name and their detailed contribution as recommended by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) in the work conception or design;
- b) in the data collection, analysis, and interpretation;
- c) in the article's drafting or its critical review;
- d) in the final approval of the version to be published.

Information about the participation of each author, with the respective Orcid, will appear in the article in the item 'Collaborators' before the 'References'.

Funding

In financed scientific works, the authors must send the information to the Journal about the funding source, with the process registration number. 'Saúde em Debate' complies with Ordinance N° 206 of 2018 of the Ministry of Education/Foundation Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel/Office on mandatory citation of CAPES for works produced or published in any medium, resulting from activities totally or partially financed by CAPES.

EVALUATION PROCESS

The evaluation process of scientific texts submitted to the 'Saúde em Debate' journal, in any of the modalities provided, is submitted to peer review, and academic merit is the criterion adopted in all evaluative stages. We seek to promote inclusion, diversity, and equity. No article will be outright rejected based on characteristics of the authors, such as race, religion, sexual orientation, political belief, or any other derogatory aspect.

Every manuscript the 'Saúde em Debate' journal receives is submitted to prior technical analysis to identify compliance with the Journal's rules. Works that do not comply with the Journal's publication standards are returned to the authors for adaptation and new submission.

Once the Journal's norms are fully complied with, the editor-in-chief and associate editors appreciate the originals, who assess the originality, scope, timeliness, and compliance with the Journal's editorial policy. Papers approved in this pre-assessment stage are forwarded to the associate editor, who will appoint two reviewers, considering the paper's topic and expertise, who may approve, reject, or make recommendations for changes to the authors. Any opinion

divergence will require the work to be forwarded to a third reviewer. Editors may, at their discretion, issue a third opinion. The referees will recommend accepting, refusing, or reformulating the works submitted. In the case of reformulation, the authors must return the revised work within the stipulated period, after which the work will be excluded from the system.

The Editorial Committee has full authority to decide on the final acceptance of the work and the changes made.

Additions or modifications will not be accepted after the final approval of the work. Eventual suggestions for changes in structure or content by the Journal's editors will be previously agreed upon with the authors through e-mail communication. The formatted version (press proof) will be sent by e-mail to the authors for final review, and authors must return it within the stipulated period.

The end of the article will include information about the date of receipt, approval, financial support, and conflict of interest.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF WORKS

Papers must be submitted through the website: www.saudeemdebate.org.br. After registration, the author responsible for the submission will create a login and password to monitor the procedure.

Types of texts accepted for publication

Original article: The result of empirical research that can be generalized or replicated. The text must contain a maximum of 6,000 words.

Essay: A critical analysis of a specific topic of relevance and interest in the context of Brazilian or international health policies. The text must contain a maximum of 7,000 words.

Systematic or integrative review: Critical reviews of the literature on current health issues. A systematic review rigorously synthesizes research related to an issue. The integrative provides broader information on the subject. The text must contain a maximum of 8,000 words.

Opinion article: Exclusively for authors invited by the Editorial Committee, with a maximum length of 7,000 words.

Case study: Description of academic, care, or extension experiences, with up to 5,000 words that significantly contribute to the field.

Critical review: Reviews of books of interest to public health at the discretion of the Editorial Committee. The texts must present an overview of the work's content, its theoretical

assumptions, and the public to which it is addressed, with a length of up to 1,200 words. The high-resolution cover must be submitted through the Journal's system.

Interview: Text produced by at least two people in which the respondent is always the first author, with a maximum of 7,000 words.

Document and testimonial: Works referring to themes of historical or situational interest at the discretion of the Editorial Committee.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the article body and the references. It does not include title, abstract, keywords, tables, boxes, figures, and graphs.

Text preparation and submission

The text can be written in Portuguese, Spanish, or English. It must be typed in Microsoft® Word or compatible, saved in doc or docx format, to be attached to the submission form's corresponding field. It should not contain any information that identifies the authors or institutions to which they are affiliated.

Type on a standard A4 sheet (210X297mm), 2.5 cm margins on each of the four sides, Times New Roman font size 12, 1.5 line spacing.

The text should include

On the first page:

Title: that clearly and succinctly expresses the text content, containing a maximum of 15 words. The title must be in bold, with capital letters only for proper names. The text in Portuguese and Spanish must have a title in the original language and English. The text in English must have a title in English and Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, with a maximum of 200 words, in which the objectives, the method used, and the work's main conclusions are clear. Except for internationally recognized abbreviations, it must be unstructured, without using topics (introduction, methods, and results), citations, or acronyms.

Keywords: at the end of the abstract, include three to five keywords, separated by a period (only the first initial capitalized), using the terms listed in the structured vocabulary (DeCS), available at: www.decs.bvs.br.

Registration of clinical trials: 'Saúde em Debate' supports the policies for registering clinical trials of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing their importance for registration and international dissemination of clinical trial information. In this

sense, clinical trials must contain the identification number in one of the registers of clinical trials validated by the WHO and ICMJE, available at: <http://www.icmje.org>. In these cases, the identification number must appear at the end of the abstract.

In the text body:

The style and creativity of the authors are respected for text composition of the text. However, the text must include conventional elements, such as:

Introduction: with a clear definition of the investigated problem, justification, and objectives.

Material and methods: described objectively and clearly, allowing research reproducibility. The number of the Research Ethics Committee (CEP) approval opinion must be registered if it involves human beings.

Results and discussion: can be presented together or in separate items.

Conclusions or final considerations: which depend on the research type.

References: should contain only authors cited in the text and follow ICMJE's Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals used to prepare references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend accessing the Reference Standardization Manual prepared by CEBES editors.

We recommend using articles published by the Journal to contribute to the Journal's qualification and dissemination.

OBSERVATIONS

The Journal does not use underlines and bold for emphasis. Use single quotation marks to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages must be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for those absolutely necessary. Testimonials from subjects should be in italics and double quotation marks in the text body (if shorter than three lines). If they are longer than three lines, they must be written in italics, without quotation marks, highlighted from the text, with a 4 cm indent, single space, and 11 font.

Do not use footnotes in the text. Footnote markings, when absolutely essential, should be superscripted and sequential.

Avoid data or information repetition in the different parts of the text.

The maximum number of figures, graphs, boxes, or tables is five (with a maximum of two pages each). Figures, graphs, boxes, and tables must be in an open/editable format, not taken from other files. Figures such as photographs, drawings, and maps should be sent in high resolution (at least 300 DPIs), in black and white or grayscale. They must be submitted in separate files from the text, one by one, following their sequential order in the study (they must be numbered and contain title and source). Please identify the place where they should be inserted in the text.

In the case of photos, the subjects can only be identified if they so authorized in writing for scientific dissemination purposes.

ERRATA:

Any retraction, errata, or modifications after the article's publication must be informed by the author to the Journal by e-mail at revista@saudeemdebate.org.br. The Journal follows the procedures indicated in the SciELO 'Guide for registering and publishing errata'.

COMPLAINTS AND APPEALS:

Authors can ask for explanations if they identify misconduct in the Journal's publication ethics policies. Complaints must be made in writing, with a letter sent to the editor by e-mail at revista@saudeemdebate.org.br. Once the complaint is received, the investigation process begins by the Journal's Executive team under the guidance of the Editor-in-Chief. A report is prepared at the end of the investigation, and a response is sent by e-mail to the interested party with the decision taken.

Complaints improve the evaluation process, processing time, and publication of manuscripts submitted to the Journal.

DOCUMENTS LISTED BELOW MUST BE SCANNED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM UPON ARTICLE REGISTRATION

1. Declaration of Liability and Cessation of Copyright

All authors must complete and sign the declaration per the model available at: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/148>.

2. Research Ethics Committee (CEP) Approval Opinion

In the case of human research conducted in Brazil, attach the document of research approval by the Research Ethics Committee of the institution where the work was performed. If institutions do not have a CEP, the CEP document by which it was approved must be presented. Regarding research conducted in

other countries, attach a statement indicating full compliance with ethical principles and specific legislation.

3. Open Science Compliance Form – SciELO

Authors must complete the form: https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Open-Science-Compliance-Form_en.docx, and attach it to the Journal system as 'Article components – Supplementary document'.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE FORWARDED AFTER ARTICLE APPROVAL

1. Spelling and Grammar Review Declaration

Approved articles must undergo a spelling and grammatical review by a qualified professional based on the Journal's accredited reviewers. The reviewer's declaration must accompany the revised article.

2. Translation Declaration

Approved articles may be translated into English at the discretion of the authors. In this case, the translation will be performed by a qualified professional based on a list of translators accredited by the Journal. The translator's declaration must accompany the translated article.

PRIVACY POLICY

The names and addresses informed in this journal will be used exclusively for the services provided by this publication. They shall not be made available for other purposes or to third parties.

The journal employs the OJS (Open Journal Systems) software to evaluate its manuscripts. This system provides for the backup of all registered content. Furthermore, 'Saúde em Debate' has been available in the digital collections of the company Docpro since its first issue launched in 1976 (<http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>).

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brazil – CEP 21040-361

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

SAÚDE EM DEBATE

(SALUD EN DEBATE)

Directrices para los autores

Instrucciones para preparar y enviar artículos

ACTUALIZADO EN MAYO 2023

POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileño de Estudios de Salud (Cebes) que tiene como objetivo difundir estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan al debate en el campo de la salud colectiva, especialmente aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión, el trabajo y la evaluación en salud. Valoramos estudios basados en diferentes enfoques teórico-metodológicos y con aportes de diferentes ramas de la ciencia.

La periodicidad de la revista es trimestral y, a criterio de los editores, se publican números especiales que siguen el mismo proceso de envío y evaluación que los números regulares.

La 'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que hagan aportes relevantes al conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de plena y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser enviados simultáneamente a otra revista, total o parcialmente.

La revista 'Saúde em Debate' cuenta con un Consejo Editorial que contribuye para la definición de su política editorial, revisada periódicamente. Sus miembros forman parte del Comité Editorial y del banco de revisores en sus áreas específicas.

El título abreviado de la revista es Saúde debate, que debe ser utilizado en bibliografías, notas a pie, referencias y leyendas bibliográficas.

POLÍTICA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Todo el contenido de la revista, excepto donde se indique, tiene una licencia de Creative Commons Attribution License CC-BY 4.0. Esta información está disponible en la homepage del sitio web y en la primera página de todos los artículos.

DERECHOS DE AUTOR

En caso de aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referentes al mismo se convertirán en propiedad

de la revista. Los autores deben, en el momento del envío, completar y firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor según el modelo: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/149>.

COSTES

Se cobra una tasa de publicación de BRL 600,00 (**actualizada en junio de 2023**) para los artículos aprobados en cualquier sección de la revista. No cobramos tarifas de envío. Tras la aprobación de los artículos, los autores recibirán un correo electrónico instruyendo acerca de los procedimientos para el pago de la tasa de publicación.

Una vez aprobado para publicación, en cualquier modalidad, es de responsabilidad de los autores la revisión idiomática (obligatoria) y la traducción al inglés (opcional), según una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

POLÍTICA DE ACCESO ABIERTO

La revista 'Saúde em Debate' ofrece acceso libre a su contenido, sin coste, siguiendo el principio de que poner el conocimiento científico a disposición del público de manera gratuita proporciona una mayor democratización de ese conocimiento, adoptando la Licencia Creative Commons tipo CC-BY4.0.

Todo el contenido de la revista está disponible para que cualquiera lo lea, descargue, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida mención de la fuente y la autoría. En estos casos, no se requiere ningún tipo de permiso de los autores o editores. La reproducción total o parcial en cualquier medio de difusión, debe contar con la autorización previa de los editores de la revista.

POLÍTICA DE INCENTIVOS A LA CIENCIA ABIERTA

Preimpresión

La 'Saúde em Debate' acepta artículos en preprints de bases de datos nacionales e internacionales reconocidas académicamente como SciELO preprints. El envío del artículo en preprint no es obligatorio y esto no impide el envío simultáneo a la revista 'Saúde em Debate'. En el caso de envío en preprint, el autor deberá informar a la revista el número DOI asignado y el nombre del servidor donde fue depositado.

Intercambio de datos

La revista 'Saúde em Debate' fomenta el intercambio de datos. Para depositar Datos de Investigación, los autores deben elegir el repositorio de Acceso Abierto que consideren más adecuado para compartir sus datos y realizar el depósito. Se encuentra información acerca de cómo compartir datos en repositorios públicos en: <https://data.scielo.org/>.

Basado en los criterios de Ciencia Abierta, se solicita a los autores completar el Formulario sobre Conformidad con la Ciencia abierta - SciELO (modelo adjunto), que debe adjuntarse al sistema de la revista al momento de enviar el manuscrito como 'Componentes del artículo - Documento adicional'.

POLÍTICA DE ÉTICA E INTEGRIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La revista adopta los 'Estándares para la presentación de artículos propuestos para publicación en revistas médicas' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principios de Transparencia y Buenas Prácticas en Publicaciones Académicas' recomendados por el Committee on Publication Ethics (COPE): www.publicationethics.org. Tales recomendaciones, con respecto a la integridad y los estándares éticos en la realización y presentación de informes de investigación, están disponibles en la URL http://www.icmje.org/urm_main.html. La 'Saúde em Debate' sigue la 'Guía de Buenas Prácticas para el Fortalecimiento de la Ética en la Publicación Científica' de SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Buenas-Practicas-para-el-Fortalecimiento-de-la-Etica-en-la-Publicacion-Cientifica.pdf>. Lectura recomendada para los autores.

Ética en la investigación con seres humanos

La publicación de artículos con resultados de investigación que involucren a seres humanos está sujeta al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008, de la Asociación Médica Mundial; además de cumplir con la legislación específica del país en el que se realizó la investigación, si la hubiere.

Los artículos con investigaciones que involucren seres humanos deben aclarar, en el último párrafo, en la sección 'Material y métodos', el cumplimiento de los principios éticos, el número de aprobación por el Comité de Ética en Investigación (CEP) y enviar una copia del dictamen de aprobación en el envío.

Política antiplagio

La revista 'Saúde em Debate' adopta las directrices, orientaciones y flujos recomendados por el Committee on Publication Ethics - COPE <http://publicationethics.org/>.

Una vez recibidos, los manuscritos pasan por un *software* detector de plagio. Es posible que se pregunte a los autores sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos, referenciando todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable, por lo tanto, si se comprueba la existencia de similitudes con otros textos ya publicados, el manuscrito será excluido del proceso de evaluación.

Conflicto de intereses

Los autores deben informar sobre las relaciones que puedan establecer un conflicto de interés económico y/o de afiliación al firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor.

Autoría y contribución

La revista acepta un máximo de siete autores por artículo. Las informaciones sobre todos los autores deben incluirse en el formulario de envío en: 'Introducir los metadatos - Autoría y colaboradores/as - Añadir colaborador/a', conteniendo: nombre completo, instituciones de afiliación con hasta tres jerarquías, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico. Las personas designadas como autores deben haber participado sustancialmente en la elaboración del manuscrito y asumir la responsabilidad por su contenido.

Al enviar el manuscrito, todos los autores deben completar y firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor, incluyendo el nombre completo y la contribución detallada como lo recomienda la International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) para la concepción o diseño del trabajo;
- b) para la recopilación, análisis e interpretación de datos;
- c) para la redacción del artículo o en su revisión crítica;
- d) para la aprobación final de la versión a publicar.

La información sobre la participación de cada autor, con el respectivo Orcid, aparecerá en el artículo, en el ítem 'Colaboradores', ubicado antes de las referencias.

Financiación

En trabajos científicos financiados, los autores deberán enviar a la revista la información sobre la fuente de financiamiento, con registro del número de proceso. La revista 'Saúde em Debate' cumple con la Ordenanza nº 206 de 2018 del Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citación obligatoria de la Capes para obras producidas o publicadas, en cualquier medio, resultantes de actividades financiadas total o parcialmente por la Capes.

PROCESO DE EVALUACIÓN

El proceso de evaluación de textos científicos enviados a la revista 'Saúde em Debate', en cualquiera de las modalidades previstas, es sometido a la revisión por pares (peer review), siendo el mérito académico el criterio

utilizado en todas las etapas de la evaluación. Buscamos promover la inclusión, la diversidad y la equidad. Ningún artículo será rechazado en base a características de los autores tales como raza, religión, orientación sexual, ideología política o cualquier otro aspecto despectivo.

Todo manuscrito recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a análisis técnico previo para identificar el cumplimiento de los estándares de la revista. Los trabajos que no cumplan con las normas de publicación de la revista son devueltos a los autores para su adaptación y nuevo envío.

Una vez cumplidas las normas de la revista, los originales son apreciados por el editor jefe y los editores asociados, quienes evalúan la originalidad, alcance, actualidad y cumplimiento de la política editorial de la revista. Los trabajos aprobados en esta etapa de preevaluación son enviados al editor asociado quien designará dos revisores, teniendo en cuenta el tema del trabajo y su experiencia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o recomendar cambios a los autores. En caso de divergencia de opiniones, el trabajo será remitido a un tercer revisor. Asimismo, los editores podrán, a su discreción, emitir una tercera opinión. Corresponde a los revisores recomendar la aceptación, rechazo o reformulación de los trabajos. En caso de solicitud de reformulación, los autores deberán devolver el trabajo revisado dentro del plazo estipulado. Si no hay manifestación de los autores dentro del plazo definido, la obra será excluida del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir sobre la aceptación final del trabajo, así como sobre las modificaciones realizadas.

No se aceptarán adiciones o modificaciones después de la aprobación final del texto. Las eventuales sugerencias de cambios en la estructura o contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores a través de comunicación por correo electrónico.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada por correo electrónico a los autores para su revisión final, quienes deberán devolverla en el plazo estipulado.

Al final del artículo estarán las informaciones sobre: fecha de recepción, fecha de aprobación, apoyo financiero y conflicto de intereses.

DIRECTRICES PARA LA PREPARACIÓN Y SUMISIÓN DE OBRAS

Los trabajos deben ser enviados a través del sitio web: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable del envío creará su nombre de usuario y contraseña para monitorear el procedimiento.

Tipos de textos aceptados para publicación

Artículo original: resultado de investigación empírica que pueda generalizarse o replicarse. El texto debe contener un máximo de 6.000 palabras.

Ensayo: análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para el contexto de las políticas de salud brasileñas y/o internacionales. El texto debe contener un máximo de 7.000 palabras.

Revisión sistemática o integradora: revisiones críticas de la literatura sobre temas actuales de salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con un tema. La revisión integradora brinda informaciones más amplias sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

Artículo de opinión: exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con una extensión máxima de 7.000 palabras.

Informe de experiencia: descripción de experiencias académicas, asistenciales o de extensión, con hasta 5.000 palabras que tengan aportes significativos al área.

Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva, a criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar un panorama general del contenido de la obra, sus presupuestos teóricos y el público al que se dirige, con una extensión máxima de 1.200 palabras. La portada en alta resolución deberá ser enviada a través del sistema de la revista.

Entrevista: texto elaborado por al menos dos personas en el que el entrevistado es siempre el primer autor, con un máximo de 7.000 palabras.

Documento y testimonio: trabajos referentes a temas de interés histórico o coyuntural, a criterio del Comité Editorial.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y envío de textos

El texto puede estar escrito en portugués, español o inglés. Debe estar mecanografiado en Microsoft® Word o compatible, guardado en formato doc o docx, para ser adjuntado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o instituciones a las que están vinculados.

Escribir en hoja A4 (210X297 mm), márgenes de 2,5cm en cada uno de los cuatro lados, fuente Times New Roman tamaño 12, interlineado de 1,5.

El texto debe contener

En la primera página:

Título: expresar de manera clara y sucinta el contenido del texto, con un máximo de 15 palabras. El título debe escribirse en negrita, con mayúsculas sólo para los nombres propios. El texto en portugués y español debe tener un título en el idioma original y en inglés. El texto en inglés debe tener un título en inglés y portugués.

Resumen: en portugués e inglés o en español e inglés, con un máximo de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones del trabajo. Debe ser desestructurado, sin utilizar tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), mención o siglas, con excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras clave: al final del resumen, incluir de tres a cinco palabras clave, separadas por un punto (solo la primera letra en mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponible en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la 'Saúde em Debate' apoya las políticas de registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo así su importancia para el registro y difusión internacional de informaciones de ensayos clínicos. En este sentido, los ensayos clínicos deberán contener el número de identificación en uno de los registros de ensayos clínicos validados por la OMS y el ICMJE, cuyas direcciones se encuentran disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de identificación deberá figurar al final del resumen.

En el cuerpo del texto:

Se respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto, sin embargo, este debe incluir elementos convencionales, tales como:

Introducción: con definición clara del problema investigado, justificación y objetivos.

Material y métodos: descritos de manera objetiva y clara, permitiendo la reproducibilidad de la investigación. Si involucra a seres humanos, se debe registrar el número del dictamen de aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP).

Resultados y discusión: pueden presentarse juntos o en ítems separados

Conclusiones o consideraciones finales: depende del tipo de investigación realizada.

Referencias: deben contener sólo autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes para Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas, del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocido como 'Estilo Vancouver'). Para mayor aclaración, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencia elaborado por los editores del Cebes.

Para contribuir a la calificación y difusión de la revista, se recomienda utilizar artículos publicados por la propia revista.

COMENTARIOS

La revista no utiliza subrayados ni negritas como marcaciones. Utilice comillas simples para llamar la atención acerca de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Las palabras en otros idiomas deben escribirse en letra bastardilla, con excepción de los nombres propios.

Evitar el uso de mayúsculas en el texto, a excepción de las estrictamente necesarias.

Los testimonios de los sujetos deben presentarse en letra bastardilla y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si tienen menos de tres líneas). Si tienen más de tres líneas, deben escribirse en letra bastardilla, sin comillas, resaltados del texto, con sangría de 4cm, espacio simple y fuente 11.

No usar notas a pie de página en el texto. Las notas al pie de página, cuando sean absolutamente esenciales, deben estar en superíndice y en secuencia.

Evitar la repetición de datos o información en las diferentes partes del texto.

El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser como máximo de cinco por texto (con un máximo de dos páginas cada uno). Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en un formato abierto/editable, no tomados de otros archivos. En el caso de figuras como fotografías, dibujos y mapas, enviar en alta resolución (al menos 300 DPIs), en blanco y negro o en escala de grises. Deben presentarse en archivos separados del texto, uno por uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben estar numerados y contener título y fuente). En el texto, solo identificar el lugar donde deben insertarse.

En caso de utilizar fotografías, los sujetos no podrán ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, con fines de divulgación científica.

FE DE ERRATA:

Después de la publicación del artículo, si hay necesidad de retractaciones, erratas o modificaciones, el autor debe contactar a la revista por el correo electrónico (revista@saudeemdebate.org.br). La revista sigue los procedimientos indicados en la 'Guía para el registro y publicación de erratas' de SciELO.

QUEJAS Y RECURSOS:

Los autores tienen derecho a pedir explicaciones, si perciben una mala conducta en alguna política relacionada con la ética de publicación de la revista. Las denuncias deben hacerse por medio de una carta, enviada al editor por correo electrónico a revista@saudeemdebate.org.br. Una vez recibida, se inicia el proceso de investigación por parte del equipo ejecutivo de la revista, bajo la dirección del editor en jefe. Al final de la investigación, se elabora un informe y se envía una respuesta al interesado con la decisión tomada por correo electrónico.

Creemos que las quejas contribuyen a mejorar el proceso de evaluación, el tiempo de procesamiento y la publicación de los manuscritos enviados a la revista.

LOS DOCUMENTOS INDICADOS A CONTINUACIÓN DEBEN SER ESCANEADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA AL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores deben completar y firmar la declaración según el modelo disponible en: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/149>.

2. Dictamen Aprobatorio del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones con seres humanos, realizadas en Brasil, adjuntar documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde se realizó el trabajo. En el caso de instituciones que no cuenten con uno, se deberá presentar el documento mediante el cual fue aprobado. Encuestas realizadas en otros países, adjuntar declaración indicando el pleno cumplimiento de los principios éticos y la legislación específica.

3. Formulario sobre Conformidad con la Ciencia Abierta – SciELO

Los autores deben completar el formulario: https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-sobre-Conformidad-con-la-Ciencia-Abierta_es.docx, y adjuntarlo al sistema de la revista como 'Componentes del artículo - Documento complementario'.

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A ENVIAR DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión de ortografía y gramática

Los artículos aprobados deben pasar por una revisión ortográfica y gramatical por un profesional calificado, según la lista de revisores designados por la revista. El artículo revisado debe ir acompañado de una declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados pueden ser traducidos al inglés a criterio de los autores. En este caso, la traducción será realizada por un profesional calificado, según la una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe ir acompañado de una declaración del traductor.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Los nombres y direcciones informados en esta revista serán utilizados exclusivamente para los servicios ofrecidos por esta publicación, no estando disponibles para otros fines ni para terceros.

La revista utiliza el *software* OJS (Open Journal Systems) para evaluar sus manuscritos. Este sistema prevé la copia de seguridad de todo el contenido registrado. Además, 'Saúde em Debate' está disponible en las colecciones digitales de la empresa Docpro desde su primera edición, lanzada en 1976 <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

Avenida Brasil, 4036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 21040-361

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Pareceristas que atuaram na avaliação dos artigos deste número da Saúde em Debate

Alberto Jucelino Pereira Junior

Aldo Pacheco Ferreira

Aline Oliveira Silveira

Amanda Madureira

Amanda Silva Rodrigues

Ana Áurea Alcécio de Oliveira Rodrigues

Ana Lúcia Abrahão

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

Carla Pontes de Albuquerque

Carlos Eduardo Honorato

Celia Regina de Jesus Caetano Mathias

Daniel Savignon Marinho

Daisy Maria Xavier de Abreu

Daniely Sciarotta de Araujo

Fernando José Cielo

Franklin Delano Soares Forte

Gicelle Galvan Machineski

Gilney Costa Santos

Glaucia Helena Santiago

Heleno Rodrigues Correa Filho

Jaime Antonio Abrantes

Janaína Luiza dos Santos

Joelma Cristina Santos

Jose Marcos da Silva

Jussara Francisca de Assis dos Santos

Karla Coelho

Leonardo Esteves de Freitas

Lilian de Mello Lauria

Lucia Maria Dupret Vassallo do Amaral Baptista

Lucrecia Helena Loureiro

Marcos Denício

Maria Gabriela Curubeto Godoy

Missifany Silveira

Pedro Crepaldi Carlessi

Roseneide dos Santos Tavares

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Diadorim

Directory of Open Access Journals (Doaj)

Capas Periódicos

Google Acadêmico

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

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

Miguilin - Diretório das revistas científicas eletrônicas brasileiras

Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas em Ciências

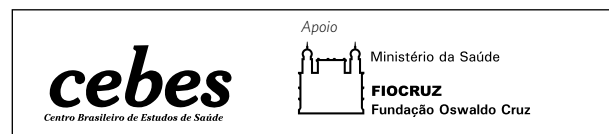
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)

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

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

Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

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
Livia Milena Barbosa de Deus e Mello
Jamilli Silva Santos
Matheus Zuliane Falcão
André Luiz da Silva Lima

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Claudia Maria de Rezende Travassos (Presidente)
Victória Souza Lima Araújo do Espírito Santo
Iris da Conceição

Suplentes | Substitutes

José Leonídio Madureira de Sousa Santos
Maura Vanessa Silva Sobreira
Maria Lúcia Freitas Santos

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Amanda Cavalcante Frota
Carla Daniele Straub
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Dimitri Taurino Guedes
Helena Rodrigues Corrêa Filho
Itamar Lages
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lizaldo Andrade Maia
Lucia Regina Florentino Souto
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Maria Edna Bezerra da Silva
Maria Eneida de Almeida
Ronaldo Teodoro dos Santos
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETÁRIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Giovanna Bueno Cinacchi

GESTORA FINANCEIRA | FINANCIAL MANAGER

Cristina Santos

EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | COMMUNICATION TEAM

Matheus Zuliane Falcão
Clara Fagundes
Francisco Barbosa
Fernanda Regina da Cunha

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

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. 143; 27,5 cm

ISSN 2358-2898

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br