



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 49, NÚMERO 144
RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2025
ISSN 2358-2898

SAÚDE EM DEBATE

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

EDITORIA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

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

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 Hernaez – 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> – ermenendez1@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 MédecineTropicale, Anvers, Belgique. <https://orcid.org/0000-0001-5152-6545> – contact@jeanpierreunger.com

José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1961-557X> – bragajcs@uol.com.br
Jose da Rocha 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> – ligiagiovanella@gmail.com
Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5746-5170> – luizfacchini@gmail.com
Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3335-0619> – odorico@saude.gov.br
Maria Salette Bessa 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, Bogotá, 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

EDITORIA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

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

EDITORIA ASSISTENTE | ASSISTANT EDITOR

Carina Munhoz. <https://orcid.org/0000-0002-1615-9177> – carina.revisao@cebes.org.br
Luiza Nunes. <https://orcid.org/0009-0004-3644-644X> – luizapnunes@gmail.com

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)
Jean Pierre Barakat (português, inglês e espanhol/portuguese, english and spanish)
Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês/portuguese and english)
Marília Daniele Soares Vieira (português e inglês/portuguese and english)
Paula Santos Diniz (português e inglês/portuguese and 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 49, NÚMERO 144

RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2025

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 2358-2898

EDITORIAL | EDITORIAL

A nova diretoria do Cebes: em frente pela democracia e pelo direito à saúde

The new board of directors of Cebes: Forward for democracy and the right to health

Carlos Fidelis da Ponte, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

Repercussões da pandemia de covid-19 na Mortalidade Materna no estado de Mato Grosso do Sul

Repercussions of the COVID-19 pandemic on Maternal Mortality in the state of Mato Grosso do Sul

Mayara Soares Cunha, Andréia Insabralde de Queiroz-Cardoso, Luciana Scarlazzari Costa, Jhoniffer Lucas das Neves Matricardi, Carolina Mariano Pompeo

Movimentos sociais e políticas públicas: avanços e reveses na construção de direitos em saúde

Social movements and public policies: advances and setbacks in the construction of health rights

Hevelyn Rosa, Cristiane da Silva Cabral

Sexualidade e direitos humanos: a SATZ-BR como estratégia interventiva em contexto escolar

Sexuality and human rights: SATZ-BR as an intervention strategy in a school context

Kátia Bones Rocha, Gustavo Affonso Gomes, Cristiano Hamann, Amanda Costa Schnor, Fernanda dos Santos Oliveira, Vinícius Perineto Pontel, Adolfo Pizzinato

Investigation of occupational stress and coping strategies among civil engineering professionals in the Brazilian Amazon

Investigação do estresse ocupacional e das estratégias de enfrentamento entre profissionais da engenharia civil na Amazônia

Lucas Mateus da Costa Nery, Luiz Maurício Furtado Maués, Felipe de Sá Moreira, Luiz Fernando Mählmann Heineck

Atenção nutricional no enfrentamento da obesidade na Atenção Primária à Saúde: proposta de modelo avaliativo

Nutritional care to address obesity in Primary Health Care: Proposal of an evaluative model

Rafaela Souza, Josimari Telino de Lacerda, Patrícia Maria de Oliveira Machado

Movimentos sociais, direitos humanos e a população privada de liberdade no contexto da covid-19: o legado da defesa do direito à saúde nas prisões

Social movements, human rights and the people deprived of liberty in the context of COVID-19: The legacy of defending the right to health in prisons

Luciana Simas Chaves de Moraes, Alexandra Sánchez, Geana Benfeita, Bernard Larouze, Miriam Ventura

Panorama da atenção nutricional domiciliar para crianças e adolescentes acompanhados pelo Programa Melhor em Casa

Overview of home nutritional care for children and adolescents followed by the Better at Home Program

Fernanda Correia Simões, Fernanda Valente Mendes Soares, Mariana Setúbal Nassar de Carvalho, Mirian Martins Gomes, Saint Clair Gomes Junior, Mariana Borges Dias

Apoio matricial e manutenção do vínculo com a atenção primária: um estudo longitudinal retrospectivo

Matrix support and maintenance of the link with primary care: A retrospective longitudinal study

Bruno Marinho da Silva, Rosana Teresa Onocko Campos, Carlos Alberto dos Santos Treichel

A recomposição do movimento sanitário na conjuntura 2013-2022: organicidade e ampliação dos sujeitos políticos coletivos

The recomposition of the health movement in the 2013-2022 context: Organicity and expansion of collective political subjects

Jamilli Silva Santos, Carmen Fontes Teixeira

‘Eu nem penso em saúde’: as implicações das construções de masculinidades na saúde dos homens em situação de rua de Florianópolis-SC

‘I don’t even think about health’: The implications of masculinity constructions on the health of homeless men in Florianópolis-SC

Dalvan Antonio de Campos, Rodrigo Otávio Moretti-Pires

Return-to-Work challenges from workers’ perspective after work-related sick leave

Desafios do Retorno ao Trabalho na perspectiva dos trabalhadores após afastamento por agravos do trabalho

Karen Grecco de Freitas, Patrícia Campos Pavan Baptista, João Alberto Camarotto, Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva, Fernanda Maria de Miranda, Vivian Aline Mininel

Análise da qualidade da base de dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC)

Analysis of the database quality of the National Controlled Products Management System (SNGPC)

Michele Costa Caetano, Mônica Rodrigues Campos, Isabel Cristina Martins Emmerick, Vera Lucia Luiza

Instrumento de Conhecimento, Atitudes e Práticas (CAP) para enfrentamento de epidemias e pandemias

Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) instrument for coping with epidemics and pandemics

Mauro Renato Pascotini, Michele Bueno de Melo, Beatriz Pierini Pepi, Leonardo Pestillo de Oliveira, Mirian Ueda Yamaguchi

Apoio Institucional como estratégia de aprimoramento da gestão em saúde: o caso dos apoiadores Cosems-Conasems

Institutional support as a strategy for improving health management: The case of COSEMS-CONASEMS supporters

Frederica Padilha, Tassia Toffoli Nunes, Melissa Sprösser Alonso, Guilherme Pupo, Marcelo Carvalho

Análise da implementação do incentivo federal à Atividade Física na atenção primária: a equidade em foco

Analysis of the implementation of the federal incentive for Physical Activity in primary care: Equity in focus

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho, Leonado Araújo Vieira, Thainá Alves Malhão, Mathias Roberto Loch

Discurso Coletivo de Afirmação sobre vivências da pandemia de covid-19 na favela São Remo

The Discourse of Collective Affirmation about COVID-19 pandemic life experiences in the São Remo favela

Oswaldo Santos Baquero, Júlia Amorim Faria, Sara Cristina Aparecida da Silva, Dora Mariela Salcedo Barrientos, Ana Claudia Camargo Gonçalves Germani, Gislene Aparecida dos Santos

Práticas educativas sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis à luz do pensamento complexo

Educational practices on Sexually Transmitted Infections in light of complex thinking

Fernanda Karla Metelski, Bruna Coelho, Betina Hörner Schlindwein Meirelles, Fernando Miguel de Sousa, Carine Vendruscolo, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Protocolo de encaminhamento de pacientes com câncer de colo de útero para o cuidado paliativo

Protocol for referring patients with cervical cancer to palliative care

Renata Freitas, Daniel de Souza Fernandes, Flávia Sant’Anna de Sá Carvalho Bolivar, Livia Costa de Oliveira, Gabriela Villaza Chaves

Análise da atuação do Conselho Nacional de Saúde na Política Nacional de Assistência Farmacêutica

Analysis of the performance of the National Health Council in the National Policy on Pharmaceutical Assistance

Gizelly Braga Pires, Tatiane de Oliveira Silva Alencar, Karolaine dos Santos Oliveira, Dailey Oliveira Carvalho

ENSAIO | ESSAY

Marcadores sociais da diferença, interseccionalidade e saúde coletiva: diálogos necessários para o ensino em saúde

Social markers of difference, intersectionality and collective health: Necessary dialogues for health teaching

Renata Mourão Macedo, Thamires Monteiro de Medeiros

A Saúde Única no enfrentamento da resistência bacteriana a antibióticos no âmbito da agropecuária

The One Health approach to face bacterial resistance to antibiotics in livestock production

Rafael Almeida da Silva, Vera Lucia Luiza, Jorge Antonio Zepeda Bermudez, Maria Cristina Schneider

REVISÃO | REVIEW

A cronicidade em saúde mental: um olhar sobre a produção científica brasileira

Chronicity in mental health: A look at Brazilian scientific production

Dafne Drumond Boni, Rogério Miranda Gomes, Renata Bellenzani

Métodos e instrumentos para avaliação de políticas, programas e serviços de atenção à violência sexual: revisão integrativa

Methods and instruments for evaluating policies, programs, and services for sexual violence care: An integrative review

Cristiane Magalhães de Melo, Marcela Quaresma Soares, Ana Clara Rocha Franco, Paula Dias Bevilacqua

Atuação de consórcios de saúde no sistema público de saúde brasileiro: arranjos, papéis e desafios

Performance of health consortia in the Brazilian public health system: Arrangements, roles and challenges

Brígida Gimenez Carvalho, João Felipe Marques da Silva, Sônia Cristina Stefano Nicoletto

O uso de agrotóxicos e o desenvolvimento do câncer em agricultores: uma revisão de escopo

The use of pesticides and the development of cancer in farmers: A scoping review

Fernanda Meire Cioato, Nilva Lúcia Rech Stedile, João Ignacio Pires Lucas

Medicamentos de Alto Custo: definições presentes na produção científica e acadêmica brasileira sobre judicialização em saúde

Definitions of high-cost medicines present in Brazilian scientific and academic literature on health judicialization

Rosângela Caetano, Ione Ayala Gualandi de Oliveira, Lívia Mattos, Patrícia Krauze, Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro

Práticas e crenças nas relações de cuidado da criança em territórios quilombolas: revisão integrativa

Practices and beliefs in childcare relationships in quilombola territories: An integrative review

Monika Wernet, Aline Oliveira Silveira, Júlia Rodrigues Barroso de Carvalho, Giuliane Pereira da Costa, Bruna Hinnah Borges Martins de Freitas, Raul Rodrigo da Silva Meneses, Bruna Coelho Magalhães

RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY

Enfrentamento da sífilis em Pessoas Vivendo em Situação de Rua: relato de experiência

Coping with syphilis in homeless people: experience report

Vinícius Rodrigues Fernandes da Fonte, Carina D'Onofrio Prince Pinheiro, Daniele do Nascimento Machado de Sousa, Emanuel Lucas de Lima Ramos, Fabiana Ferreira Koopmans, Eliane Oliveira de Andrade Paquiela

A nova diretoria do Cebes: em frente pela democracia e pelo direito à saúde

Carlos Fidelis da Ponte^{1,2}, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato^{1,3}

DOI: 10.1590/2358-28982025144ED-P

EM 2026, O CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES) COMPLETARÁ 50 ANOS de existência. Nascido na luta contra a ditadura militar que dominou o Brasil entre 1964 e 1985, o Cebes esteve nas origens do Movimento da Reforma Sanitária, participando ativamente da luta pela democracia e pelo direito à saúde¹.

O Cebes se mantém na defesa intransigente do direito à saúde estabelecido na Constituição de 1988, a maior conquista social da história democrática brasileira. A plena efetivação desse direito ainda requer muitos avanços – e cabe ao Cebes, como sempre coube, a crítica necessária aos impedimentos políticos, técnicos e sociais para a sua concretização. Para o Cebes, saúde é mais do que ausência de doença, é um conjunto de condições econômicas, políticas, sociais e culturais, o que requer uma atenção à saúde centrada no bem-estar social, físico e mental da população, em que todos possam viver com dignidade, sem exclusões, discriminações ou violência. Construir uma nação com saúde plena é também construir justiça, solidariedade, paz, democracia e soberania. Esses princípios se expressam na nossa insígnia ‘Saúde é democracia, democracia é saúde’, que se renova com a nova diretoria para a gestão 2025-2026.

Eleita durante o Simpósio bianual do Cebes, realizado em Fortaleza em novembro de 2024, a nova diretoria assume os desafios debatidos durante o Simpósio, com a presença de cebianos de todo o País².

Na concepção abraçada pela nossa entidade, a saúde concentra e evidencia boa parte dos gargalos que travam o nosso caminho na construção de uma nação de bem-estar sintonizada com os parâmetros da civilização e da dignidade humana. Nesse sentido, é necessário recolocar a saúde no centro do debate nacional a partir de sua relação com as necessidades sociais, econômicas e ambientais.

Um dos desafios é investir com vigor no conhecimento sobre as relações entre saúde e ecologia e clima, não só em termos locais, mas também em âmbitos regional e planetário, valorizando a contribuição dos povos originários na construção de formas harmônicas de convívio e reintegração da humanidade com a natureza. Defendemos o direito dos povos originários aos seus territórios e modos de vida ao mesmo tempo que denunciemos o modelo econômico insaciável de destruição dos recursos humanos e da natureza e defendemos um modelo de desenvolvimento centrado na vida e na sociobiodiversidade.

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

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



A saúde tem demonstrado sua importância na dinâmica econômica – não só pela capacidade de as políticas sociais alavancarem a atividade produtiva, estimulando o crescimento do mercado interno e do emprego, mas também por sua participação no desenvolvimento científico-tecnológico e industrial do País. Políticas nesse campo devem ser estimuladas, com critérios apurados sobre seus benefícios para o conjunto da população, de modo a evitar o financiamento a interesses exclusivamente privados ou contrários aos interesses nacionais de redução da dependência nacional e ampliação de nossa soberania. A saúde brasileira tem condições de participar como ator relevante da expansão das fronteiras do conhecimento e da produção nacional de medicamentos, vacinas, biofármacos, testes de diagnósticos, próteses, equipamentos e *softwares*.

No campo da assistência à saúde, o Cebes se manterá persistente no conhecimento e na crítica à dinâmica de apropriação do Sistema Único de Saúde (SUS) por interesses privados e particularistas. Por um lado, os neoliberais defendem a retirada do piso constitucional da saúde para atingir um pretensão equilíbrio fiscal. Por outro lado, defendem as isenções fiscais e a manutenção das maiores taxas reais de juros do mundo, subtraindo recursos fundamentais para o desenvolvimento harmônico de nossa sociedade. Arvoram-se sobre os recursos do SUS – seja pelo aumento expressivo das emendas parlamentares, cuja destinação responde mais a interesses políticos do que técnicos^{3,4}, seja pela expansão da venda de serviços por meio de institutos privados sem controle social, transparência e com duvidosos impactos sobre a qualidade e integralidade da atenção. Ademais, são conhecidos os malefícios da concentração do mercado privado de planos de saúde⁵, que seguem no afã de se autorregular, com ou sem a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), deixando ao léu pacientes e famílias. É preciso combater a austeridade que se apresenta somente para as necessidades da população, mas nunca para os interesses particularistas, os subsídios e as isenções ao setor privado ineficientes e desnecessários.

Iniciativas importantes têm sido tomadas pelo atual governo em defesa da qualidade da atenção e melhoria dos serviços do SUS. Esse esforço precisa ser continuado e aprofundado com garantia de recursos adequados e seguros, proteção e incentivo aos trabalhadores, serviços humanizados e integrados, investimentos em serviços e tecnologia baseados nas necessidades atuais e futuras. A estrutura institucional do SUS requer atenção constante, com ampliação do federalismo cooperativo e coordenado, da regionalização e com fortalecimento da participação social. Um SUS forte e público é a resposta e o caminho para defesa da saúde.

O combate ao estado de bem-estar social advogado pelo neoliberalismo já mostrou seu fracasso. Suas promessas nesses 50 anos não foram cumpridas. O mundo não aprimorou a alocação de recursos, a eficiência do mercado não gerou bem-estar ou melhoria da qualidade de vida das populações. Em sua nova versão, associada à extrema-direita, o neoliberalismo se ampara no enfraquecimento da democracia, sobrepujando as instituições soberanas dos estados, e em retrocessos conservadores de toda ordem. Avançar na exploração do trabalho, na degradação ambiental e na concentração de riquezas requer fragilizar os vínculos sociais e solidários por intermédio da exacerbação do individualismo – e controlar os corpos, desejos e afetos. Nossa concepção de saúde é uma ameaça a esses objetivos, por isso seguimos certos de nosso compromisso.

O Brasil e a saúde brasileira também têm papel crucial no cenário internacional, pela defesa dos valores humanitários e pela promoção de sistemas públicos e de acesso universal à saúde como um direito humano inalienável e condição de cidadania plena. O Cebes faz parte desse esforço de internacionalização do direito à saúde e realizará, em agosto de 2025, na cidade do Rio de Janeiro, o XVIII Congresso da Associação Latino-americana de Medicina Social (Alames) em comemoração aos seus 40 anos. Será um momento estratégico para avaliarmos os sistemas de saúde da América Latina e articularmos ações conjuntas que transcendam o continente para esforços globais por um desenvolvimento que priorize o bem-estar, o bem-viver, a justiça social e a sustentabilidade ambiental.

Os próximos dois anos serão de trabalho intenso. Daremos atenção especial à sustentabilidade financeira do Cebes, à ampliação do quadro de associados e à renovação geracional, incorporando novos temas ao debate político e acadêmico. Fortaleceremos nossas atividades como Centro de Estudos, aprimorando nosso papel de análise e formulação, ao mesmo tempo que manteremos e ampliaremos nossos laços com a sociedade civil e a população.

Seguimos juntas e juntos.

Viva o Cebes!

Colaboradores

Ponte CF (0000-0003-1976-6287)* e Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito.

Referências

1. Camargo ATSP, Costa AM, Lobato LVC, et al., organizadoras. Cebes 40 anos: memórias do futuro. Rio de Janeiro: Cebes; 2016. 404 p.
2. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Assembleia elege gestão 2025/2026 do Cebes. Cebes [Internet], Rio de Janeiro, 2024 nov 1 [acesso em 2025 fev 10]. Disponível em: <https://cebes.org.br/assembleia-ele-ge-gestao-2025-2026-do-cebes/35813/>
3. Medina SA, Ferreira MAM, Pinto TRGS, et al. Alocação das emendas parlamentares individuais: Correção de assimetria em saúde ou ganho político? READ Rev Eletrôn Adm (Porto Alegre). 2023;29(1):98-125. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-2311.374.124848>
4. Baião AL, Couto CG, Oliveira VED. Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em Saúde no Brasil. Rev Sociol Polit. 2019;27(71):e004. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-987319277104>
5. Kamia FD, Vargas MA. Capital estrangeiro e mudança estrutural no mercado privado de serviços de saúde brasileiro. Cad Saúde Pública. 2023;39(9):e00171222. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT171222>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

The new board of directors of Cebes: Forward for democracy and the right to health

Carlos Fidelis da Ponte^{1,2}, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato^{1,3}

DOI: 10.1590/2358-28982025144ED-I

IN 2026, THE BRAZILIAN CENTER FOR HEALTH STUDIES (CEBES) WILL COMPLETE 50 YEARS of existence. Born in the struggle against the military dictatorship that dominated Brazil between 1964 and 1985, Cebes was at the origins of the Health Reform Movement, actively participating in the fight for democracy and the right to health¹.

Cebes remains in the uncompromising defense of the right to health established in the 1988 Constitution, the most significant social achievement in Brazilian democratic history. The full realization of this right still requires many advances – and it is up to Cebes, as it has always been, to criticize the political, technical, and social impediments to its implementation. For Cebes, health is more than the absence of disease; it is a set of economic, political, social, and cultural conditions that require health care centered on the social, physical, and mental well-being of the population, in which everyone can live with dignity, without exclusion, discrimination or violence. Building a nation with full health also means building justice, solidarity, peace, democracy, and sovereignty. These principles are expressed in our motto, ‘Health is a democracy, democracy is health,’ which is renewed with the new board for the 2025-2026 term.

Elected during the biannual Cebes Symposium in Fortaleza in November 2024, the new board takes on the challenges discussed during the Symposium, with Cebianos from all over the Country².

In the conception embraced by our entity, health concentrates and evidences a good part of the bottlenecks that hinder our path in constructing a nation of well-being in tune with the parameters of civilization and human dignity. In this sense, it is necessary to put health back at the center of the national debate based on its relationship with social, economic, and environmental needs.

One of the challenges is to invest vigorously in knowledge about the relationships between health and ecology and climate, not only in local terms but also at regional and planetary levels, valuing the contribution of native peoples in constructing harmonious forms of coexistence and reintegration of humanity with nature. We defend the right of Indigenous peoples to their territories and ways of life while denouncing the insatiable economic model of the destruction of human resources and nature and defending a development model centered on life and socio-biodiversity.

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

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Health has demonstrated its importance in economic dynamics – not only because of the capacity of social policies to leverage productive activity, stimulating the growth of the domestic market and employment, but also because it participated in the Country's scientific, technological, and industrial development. Policies in this field must be encouraged, with refined criteria on their benefits for the population, to avoid financing exclusively private interests or those contrary to national interests of reducing national dependence and expanding our sovereignty. Brazilian health can participate as a relevant actor in expanding the frontiers of knowledge and the national production of medicines, vaccines, biopharmaceuticals, diagnostic tests, prostheses, equipment, and software.

In the field of health care, Cebes will remain steadfast in its knowledge and criticism of the dynamics of appropriation of the Unified Health System (SUS) by private and particularist interests. On the one hand, the neoliberals defend the removal of the constitutional health floor in order to achieve such a supposed fiscal balance and, on the other hand, support tax exemptions and the maintenance of the highest accurate interest rates in the world, undermining fundamental resources for the harmonious development of our society. They take over the resources of the SUS – either by the significant increase in parliamentary amendments, whose destination responds more to political than technical interests^{3,4}, or by the expansion of the sale of services through private institutes without social control, transparency and with doubtful impacts on the quality and comprehensiveness of care. In addition, the harm of the concentration of the private health insurance market⁵ is well known, which continues to be self-regulating, with or without the National Supplementary Health Agency (ANS), leaving patients and families in the lurch. It is necessary to fight austerity that presents itself only for the population's needs but never for particularist interests, inefficient and unnecessary subsidies, and exemptions to the private sector.

The current government has taken important initiatives to defend the quality of care and improve SUS services. This effort must be continued and deepened by guaranteeing adequate and safe resources, protection and encouragement for workers, humanized and integrated services, and investments in services and technology based on current and future needs. The institutional structure of the SUS requires constant attention, with the expansion of cooperative and coordinated federalism, regionalization, and the strengthening of social participation. A strong and public SUS is the answer and the way to defend health.

The fight against the welfare state advocated by neoliberalism has already shown its failure. His promises in these 50 years have not been fulfilled. The world has not improved the allocation of resources, and the efficiency of the market has not generated well-being or improved the quality of life of populations. In its new version, associated with the extreme right, neoliberalism is supported by the weakening of democracy, overcoming the sovereign institutions of states, and conservative setbacks of all kinds. Advancing in labor exploitation, environmental degradation, and the concentration of wealth requires weakening social and solidarity bonds by exacerbating individualism – and controlling bodies, desires, and affections. Our conception of health threatens these goals, so we remain confident of our commitment.

Brazil's and Brazilian health also play a crucial role in the international scenario, defending humanitarian values and promoting public systems and universal access to health as an inalienable human right and condition of full citizenship. Cebes is part of this effort to internationalize the right to health. It will hold, in August 2025, in the city of Rio de Janeiro, the XVIII Congress of the Latin American Association of Social Medicine (Alames) in celebration of its 40th anniversary. It will be a strategic moment for us to evaluate Latin America's health

systems and articulate joint actions that transcend the continent for global development efforts that prioritize well-being, well-being, social justice, and environmental sustainability.

The following two years will be of intense work. We will pay special attention to the financial sustainability of Cebes, membership expansion, and generational renewal, incorporating new themes into the political and academic debate. We will strengthen our activities as a Study Center, improving our analysis and formulation role while maintaining and expanding our ties with civil society and the population.

We continue together.

Long live Cebes!

Collaborators

Ponte CF (0000-0003-1976-6287)* and Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)* also contributed to the preparation of the manuscript.

References

1. Camargo ATSP, Costa AM, Lobato LVC, et al., organizadoras. Cebes 40 anos: memórias do futuro. Rio de Janeiro: Cebes; 2016. 404 p.
2. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Assembleia elege gestão 2025/2026 do Cebes. Cebes [Internet], Rio de Janeiro, 2024 nov 1 [acesso em 2025 fev 10]. Disponível em: <https://cebes.org.br/assembleia-ele-ge-gestao-2025-2026-do-cebes/35813/>
3. Medina SA, Ferreira MAM, Pinto TRGS, et al. Alocação das emendas parlamentares individuais: Correção de assimetria em saúde ou ganho político? READ Rev Eletrôn Adm (Porto Alegre). 2023;29(1):98-125. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-2311.374.124848>
4. Baião AL, Couto CG, Oliveira VED. Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em Saúde no Brasil. Rev Sociol Polit. 2019;27(71):e004. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-987319277104>
5. Kamia FD, Vargas MA. Capital estrangeiro e mudança estrutural no mercado privado de serviços de saúde brasileiro. Cad Saúde Pública. 2023;39(9):e00171222. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT171222>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Repercussões da pandemia de covid-19 na Mortalidade Materna no estado de Mato Grosso do Sul

Repercussions of the COVID-19 pandemic on Maternal Mortality in the state of Mato Grosso do Sul

Mayara Soares Cunha¹, Andréia Insabralde de Queiroz-Cardoso¹, Luciana Scarlazzari Costa¹, Jhoniffer Lucas das Neves Matricardi¹, Carolina Mariano Pompeo¹

DOI: 10.1590/2358-289820251448839P

RESUMO O período gestacional é caracterizado por alterações fisiológicas que acarretam desfechos que evoluem negativamente. A pandemia de covid-19 teve altas taxas de óbito em mulheres no mundo. Este estudo objetivou analisar as repercussões da pandemia de covid-19 no perfil epidemiológico da Mortalidade Materna. Trata-se de um estudo transversal comparativo entre os períodos anterior (2018-2019) e inicial da pandemia de covid-19 (2020-2021). Os dados foram coletados da base da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul e analisados no R-Studio. Foram analisadas 118 mortes maternas. 51 ocorreram entre 2018-2019 e 67 entre 2020-2021. A razão de Mortalidade Materna passou de 57,97 para 80,25. Anos Potenciais de Vida Perdidos aumentaram de 1774,41 para 2237,34. Puérperas tiveram elevadas taxas de mortalidade. A doença respiratória teve razão de prevalência de 2,18 (IC=1,34-3,52) para o período de 2020-2021, quando comparado com 2018-2019. Os resultados evidenciam a vulnerabilidade das mulheres no ciclo gravídico puerperal às doenças com alto contágio e com virulência elevada, como a covid-19. A ampliação de acesso ocasiona prevenção de óbitos evitáveis, que desencadeiam repercussões sociais e econômicas negativas para toda a população.

PALAVRAS-CHAVE Mortalidade Materna. Covid-19. Perfil de saúde.

ABSTRACT The gestational period is characterized by physiological changes that lead to outcomes that evolve negatively. The COVID-19 pandemic had high death rates in women worldwide. This study aimed to analyze the repercussions of the COVID-19 pandemic on the epidemiological profile of maternal mortality. This is a cross-sectional study comparing the previous (2018-2019) and initial periods of the COVID-19 pandemic (2020-2021). Data were collected from the base of the Mato Grosso do Sul State Health Secretariat and analyzed in R-Studio. 118 maternal deaths were analyzed. 51 occurred between 2018-2019 and 67 between 2020-2021. The Maternal Mortality ratio increased from 57.97 to 80.25. Potential Years of Life Lost increased from 1774.41 to 2237.34. Postpartum women had high mortality rates. Respiratory disease had a prevalence ratio of 2.18 (CI=1.34-3.52) for the 2020-2021 period, when compared to 2018-2019. The results show the vulnerability of women in the puerperal pregnancy cycle to diseases with high contagion and high virulence, such as COVID-19. The expansion of access leads to the prevention of avoidable deaths, which trigger negative social and economic repercussions for the entire population.

KEYWORDS Maternal Mortality. COVID-19. Health profile.

¹ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campo Grande (MS), Brasil.
mayarasoares.cxm@hotmail.com



Introdução

Mortalidade Materna (MM), segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é a morte de uma mulher durante a gestação ou no período de 42 dias após o seu término, que não depende da duração ou de localização, e pode estar relacionada à gestação ou não, excluídas as causas acidentais ou incidentais¹.

As causas de morte materna estão alocadas, segundo a 10^a revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)², em três classificações: morte por causa obstétrica direta, resultado de complicações da própria gravidez, parto ou puerpério; morte por causa obstétrica indireta, causada por condições pré-existentes; morte materna tardia, ocorrendo por causas diretas ou indiretas e com mais de 42 dias, mas menos de um ano após o parto^{3,4}.

Em todo o mundo, estima-se que 500.000 mulheres morram anualmente de complicações gestacionais e do parto. Das mulheres que sobrevivem, em média, 7.000 desenvolvem alguma sequela física ou mental. Destaca-se que a maioria das mortes maternas ocorra em países subdesenvolvidos, e a redução significativa desse número observada nos últimos anos pode estar associada às subnotificações de casos nesses locais⁵.

No Brasil, entre os anos de 1990 e 2010, a MM reduziu de 141 para 68 mortes por 100.000 Nascidos Vivos (NV), o que reflete uma diminuição de 52%. Apesar dessa redução, o País não atingiu as metas estabelecidas pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio nesse período, principalmente com relação às oscilações do índice de MM entre as regiões, com maior prevalência de casos em determinadas regiões, como o Centro-Oeste⁶.

A partir do final de 2019, a disseminação de um vírus de origem desconhecida causou impactos avassaladores no mundo, com sintomas iniciais identificados como pneumonia, com desfecho desfavorável e virulência elevada. Os primeiros infectados foram detectados na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China, em dezembro de 2019.

A síndrome respiratória aguda grave era causada pelo *Coronavirus Disease* (covid-19), do inglês *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (Sars-COV-2)^{7,8}.

Em pouco tempo, tomou escala global e se desenvolveu em nível pandêmico, com emergência em saúde pública mundial decretada pela OMS em 11 de março de 2020⁹.

No curso clínico-epidemiológico da doença, uma maior atenção foi direcionada à saúde de idosos, pessoas com comorbidades como diabetes e hipertensão, doenças cardiovasculares, obesos, portadores de pneumopatias e imunossuprimidos. Com o avanço da pandemia e aumento do número de casos da doença, foram observadas complicações e óbitos em gestantes e puérperas contaminadas pela covid-19. A OMS e outras instâncias governamentais e não governamentais visualizaram o risco aumentado nesse grupo e o incluíram na lista de pessoas em risco da forma grave da doença, com a necessidade de normativas para minimização dos danos^{10,11}.

As intercorrências, como maior gravidade da doença, aumento do número de internações, do uso de suporte ventilatório e desfecho de óbito materno, começaram a ser relatadas em diversos países, o que contribuiu para emissão de um alerta com orientações de medidas especiais a serem adotadas, a exemplo da melhoria do acesso ao pré-natal, detecção precoce de sinais de agravamento e diagnóstico clínico precoce da contaminação por covid-19¹².

No período gestacional, existe a probabilidade de desenvolvimento de pneumonia grave, ao serem consideradas as alterações anatômicas, fisiológicas e imunológicas do ciclo gravídico. Entre os principais fatores de risco associados, pode-se citar a elevação dos níveis de hormônios esteroides no primeiro trimestre da gestação, que tem como função o relaxamento dos ligamentos das costelas torácicas e influência na fisiologia uterina, que causa diminuição da capacidade residual funcional dos pulmões em cerca de 20 a 30%¹³.

Considerado o contexto, a pandemia de covid-19 levou a um aumento na taxa de

mortalidade em mulheres gestantes quando comparadas às não gestantes, com evidência de vulnerabilidade, morbidade, gravidades e desfecho fatal¹⁴. A escolha do estado de Mato Grosso do Sul se deve a: a) poucas pesquisas dessa natureza encontradas no estado, o que impacta a tomada de decisão para ações que pautem políticas públicas com maior eficácia e segurança; e b) ao destaque do estado na distribuição de vacinas da covid-19, fato que pode impactar a incidência e a transmissão da doença.

Ao considerar o acima exposto, emergiu o interesse de conhecer os aspectos relacionados à MM e possíveis alterações epidemiológicas decorrentes da covid-19 e do período de pandemia. Sendo assim, este estudo objetivou analisar as repercussões da pandemia de covid-19 no perfil epidemiológico da MM.

Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, com desenho transversal, documental e quantitativo, para analisar a MM durante dois anos antes e dois anos após o início da pandemia de covid-19 no estado do Mato Grosso do Sul.

Os dados foram coletados da base de dados da Coordenadoria de ações em saúde da mulher e da criança, da Secretaria de Estado de Saúde (SES) do Mato Grosso do Sul, Brasil.

A amostra foi composta por todos os dados contidos nas Declarações de Óbitos Maternos e nas Fichas de Investigação de Óbito Materno, Síntese, Conclusões e Recomendações – Ficha M5.

Foram incluídos os dados dos relatórios preenchidos completamente e excluídas variáveis sem preenchimento, tais como quantidade de filhos vivos, quantidade de filhos mortos, idade gestacional, partos, peso e causas decorrentes de incidentes e acidentes.

As variáveis analisadas foram: data do óbito, macrorregião, data de nascimento, idade, faixa etária, estado civil, escolaridade em anos, município de residência, local de ocorrência,

tipo de morte, óbito na gravidez, óbito no puerpério, assistência médica, necropsia, doenças respiratórias, causa básica do óbito, comorbidades, investigação do óbito. Foram consideradas informações adicionais como a utilização de números de CID específicos relacionados a doenças respiratórias, como a covid-19, infecção por coronavírus de localização não especificada, Síndrome Respiratória Aguda Grave (Sars) e não especificada.

No caso das doenças respiratórias, foram considerados os CID descritos nas declarações de óbitos relacionados a qualquer doença respiratória. Antes da pandemia, foram representados por pneumonia não especificada ou bacteriana (J189 e J159); com o surgimento da pandemia, foram encontrados os relacionados à covid-19: infecção por coronavírus de localização não especificada (B342), infecção pelo novo coronavírus (U071).

Foi calculada a Razão de Mortalidade Materna (RMM) definida como o número de óbitos maternos pelos NV do período por 100.000 NV. Esse indicador é usado para dimensionar a magnitude da mortalidade e a tendência espaço-temporal. Para base de cálculo, foram utilizados os dados obtidos pelo Sinasc-Tabnet e a análise das características das gestantes e causa do óbito, conforme identificados no CID-10 (capítulos XI e XV)¹⁵.

Também foram analisados os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), que permitem comparar a importância relativa das diferentes causas de morte em uma população em função da idade e medir a importância das mortes prematuras. O cálculo consiste na totalização do número de mortes, em cada idade, para uma causa ou grupo de causas, com multiplicação das mortes de cada idade pelos anos restantes de vida perdidos para mulheres no Brasil¹⁶.

Para cálculo dos APVP, foi feita a distribuição dos óbitos por agrupamento de idade e calculada a média de idade de cada grupo. Em seguida, a idade média de cada grupo de idade foi subtraída da idade limite em 80,77 de mulheres para Mato Grosso do Sul¹⁷. A

seguir, multiplicou-se o número de óbitos de cada grupo de idade pelo número de anos que faltavam para atingir a idade limite de 80,77. A soma desses produtos fornece o total de APVP, valor que representa o número estimado de perdas para os óbitos maternos¹⁸.

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel, conforme a planilha de coleta de dados de investigação de MM, e a análise dos dados foi realizada com auxílio do *software* estatístico R-Studio. Foi realizada análise estatística descritiva e inferencial para as variáveis da população em estudo. O teste do qui-quadrado foi aplicado para a análise das características socioeconômicas gerais, como comorbidades, óbito na gestação ou puerpério, local de ocorrência, necropsia, macrorregião e o período de ocorrência do óbito. Em seguida, foram calculadas as prevalências do período do óbito conforme as características das mulheres que foram a óbito. Foram, também, calculadas as razões de prevalência não ajustadas. O modelo de regressão de Poisson foi utilizado para calcular as prevalências ajustadas. Para todos os testes, foi considerado o nível de significância de 0,05%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal

de Mato Grosso do Sul (Parecer 5.453.034) (CAAE 58743222.0.0000.0021), conforme a Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024, que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos¹⁹.

Resultados

Foram analisados dados de 118 mortes maternas, tanto de mulheres gestantes quanto em período puerperal. Dessas, 51 ocorreram no período entre os anos 2018 e 2019, e 67 foram registradas nos anos de 2020 e 2021. A RMM calculada para o período de 2018 e 2019 foi de 57,97, e para o período de 2020 e 2021 foi de 80,25 por 100.000 NV.

A faixa etária predominante foi de 20 a 35 anos nos dois períodos estudados. Com 33 casos (64,70%) no período pré-pandemia e 42 casos (62,68%) após o início da pandemia no Brasil. Quando calculados os APVP, foi observado maior número para essa mesma faixa etária. Vale ressaltar que houve elevação dessa taxa de 1774,41 APVP, no período anterior à pandemia, para 2.237,34 APVP no período pandêmico, o que reflete o impacto da covid-19 na população, em especial, nos mais jovens (*tabela 1*).

Tabela 1. Anos potenciais de vida perdidos pelo óbito materno por faixa etária nos períodos de 2018-2019 e 2020-2021, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil

Período	2018 e 2019				2020 e 2021			
	Média idade	¹ Anos restantes	nº de óbitos	² APVP	Média idade	¹ Anos restantes	nº de óbitos	² APVP
Faixa Etária								
14-19	16,5	64,27	08	514,16	16,5	64,27	07	514,16
20-35	27,5	53,27	33	1.774,41	27,5	53,27	42	2.237,34
> 35	35	45,77	10	457,7	35	45,77	18	823,86
Total			51	2746,27			67	3575,36

Fonte: elaboração própria.

¹Anos de vida restantes com base na expectativa de vida da população brasileira; ²Anos potenciais de vida perdidos.

Mulheres pretas, pardas e indígenas representaram o maior número de óbitos nos dois períodos analisados, com 38 casos (76%) antes da

pandemia e 44 casos (65,68%) depois do início da pandemia. Com relação ao estado civil, mulheres não casadas representaram mais de 70% dos

casos nos dois períodos, com 37 (72,55%) antes e 48 (72,73%) casos durante a pandemia.

Mulheres sem o ensino médio representaram 50% dos óbitos antes da pandemia, com 25 casos (50%). Após o início da pandemia, o perfil de escolaridade foi caracterizado por mulheres com ensino médio em 51,52% dos casos (n=34). A macrorregião de Campo

Grande foi responsável por mais de 50% dos óbitos maternos nos dois momentos estudados, em comparação ao somatório das três outras regiões de saúde do estado (Corumbá, Dourados e Três Lagoas).

A *tabela 2* descreve as características socioeconômicas da amostra nos dois períodos estudados.

Tabela 2. Características socioeconômicas da mortalidade materna em Mato Grosso do Sul, no período de 2018 a 2021, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil

Variáveis	Período de ocorrência dos óbitos n (%)		p#
	2018 a 2019	2020 a 2021	
	n=51 (43,22)	n=67 (56,78)	
Faixa etária			
14 a 19	08 (15,68)	07 (10,45)	0,526
20 a 35	33 (64,70)	42 (62,68)	
Acima de 35	10 (19,60)	18 (26,87)	
Raça/cor			
Branca	12 (24,00)	23 (34,32)	0,316
Preta, Parda, Indígena	38 (76,00)	44 (65,68)	
Estado civil			
Casada	14 (27,45)	18 (27,27)	1,000
Não casadas	37 (72,55)	48 (72,73)	
Nível de escolaridade			
Sem ensino médio*	25 (50,00)	19 (28,78)	0,062
Ensino Médio	19(38)	34 (51,52)	
Ensino Superior C/I**	6(12)	12 (18,18)	
Macrorregião			
Campo Grande	29 (56,87)	39 (58,20)	1,000
Outras macrorregiões	22 (43,13)	28 (41,80)	

Fonte: elaboração própria.

* Sem escolaridade, Fundamental I, Fundamental II. ** Ensino Superior Completo ou incompleto.

Teste do qui-quadrado ou exato de Fisher.

Ao considerar o local de ocorrência da MM, houve representatividade no período pandêmico para o hospital, com 65 casos (97,02%; $p=0,038$). Além disso, foi encontrada significância estatística quando analisada a MM no

puerpério, com 26 casos (50,98%) antes e 48 casos (71,64%) durante a pandemia ($p=0,038$).

A necropsia nas gestantes e puérperas que morreram no período de estudo foi realizada em 38 casos (74,51%) antes e em 58 casos

(86,57%) após o início da pandemia ($p=0,029$).

Com relação à causa dos óbitos maternos, destacaram-se as doenças respiratórias, com aumento significativo dos casos após o início da pandemia (02 *versus* 30; $p<0,001$).

Embora não tenha apresentado relação estatisticamente significativa, a investigação

dos óbitos maternos antes da pandemia não ocorreu em 29 casos (56,86%) antes da pandemia e em 33 casos (49,25%) durante, e o aumento do preenchimento desse campo como ‘ignorado’ cresceu de sete (13,73%) para 15 casos (22,39%) nos mesmos períodos citados.

Tabela 3. Características referentes ao óbito nas gestantes do Mato Grosso do Sul, no período de 2018 a 2021, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil

Variáveis	Período de ocorrência dos óbitos n (%)		p#
	2018 a 2019	2020 a 2021	
	51 (43,22)	67 (56,78)	
Comorbidades			
Comorbidade especificada	20 (39,22)	25 (37,31)	0,984
Sem comorbidade especificada	31 (60,78)	42 (62,69)	
Local do óbito			
Hospital	44(86,28)	65(97,02)	0,038
Outro local*	7(13,72)	2(2,98)	
Óbito na gravidez			
Sim	23 (45,09)	19(28,36)	0,063
Não	26 (50,98)	48(71,64)	
Ignorado	2 (3,93)	0 (0,00)	
Óbito no puerpério			
Sim	26(50,98)	48(71,64)	0,038
Não	23(45,09)	19(28,36)	
Ignorado	2 (3,93)	0 (0,00)	
Assistência médica			
Sim	49(96,08)	65 (100,00)	0,191
Não	2(3,92)	0 (0,00)	
Necropsia			
Sim	9(17,65)	3(4,48)	0,029
Não	38(74,51)	58(86,57)	
Ignorado	5 (7,84)	6 (8,95)	
Doenças respiratórias			
Sim	2(3,92)	30(44,78)	<0,001
Não	49(96,08)	37(55,22)	
Investigação do óbito			
Sim	15(29,41)	19(28,36)	0,9715
Não	29(56,86)	33(49,25)	
Ignorado	7 (13,73)	15 (22,39)	

Fonte: elaboração própria.

* Domicílio, outros estabelecimentos, via pública.

Teste do qui-quadrado ou exato de Fisher.

A análise da prevalência das variáveis socioeconômicas e das características dos casos de óbito materno (*tabela 3 e tabela 4*) não demonstrou alterações significativas entre os períodos, com exceção das doenças respiratórias, que,

durante o período da pandemia, apresentaram prevalência significativamente maior de 93,8% (RP = 2,18; IC 1,34 – 3,52), quando comparada com a do período de 2018-2019.

Tabela 4. Prevalência conforme as variáveis socioeconômicas e as características dos óbitos nos casos de mortalidade materna no Mato Grosso do Sul, no período de 2018 a 2021, e Razão de Prevalência de 2020 a 2021, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil

Variáveis	Prevalência % [IC95% ^a]	Prevalência% [IC95% ^a]	RP ^c [IC95% ^a]
	2018 a 2019	2020 a 2021	2020 a 2021
Faixa etária			
14 a 19	53,3 [27,4 – 77,7]	46,7 [22,2 – 72,6]	1
20 a 35	44,0 [32,7 – 55,9]	56,0 [44,1 – 67,3]	1,19 [0,57 – 2,92]
Acima de 35	35,7 [19,3 – 55,9]	64,3 [44,1 – 80,7]	1,37 [0,60 – 3,54]
Raça/cor			
Branca	34,3 [19,7 – 52,3]	65,7 [47,7 – 80,3]	1
Preta, Parda, Indígena	46,3 [35,4 – 57,6]	53,6 [42,3 – 64,6]	0,81 [0,49 – 1,37]
Estado civil			
Casada	43,7 [26,8 – 62,1]	56,2 [37,9 – 73,1]	1
Não casada	43,5 [32,9 – 54,7]	56,5 [45,3 – 67,0]	1,00 [0,59 – 1,77]
Nível de escolaridade			
Sem ensino médio*	56,8 [41,1 – 71,3]	43,1 [28,7 – 58,9]	1
Ensino Médio	35,8 [23,4 – 50,3]	64,1 [49,7 – 76,5]	1,48 [0,86 – 2,65]
Ensino Superior C/I**	31,6 [13,6 – 56,5]	68,4 [43,5 – 86,4]	1,58 [0,76 – 3,18]
Macrorregião			
Campo Grande	42,6 [30,9 – 55,2]	57,4 [44,8 – 69,0]	1
Outras macrorregiões	44,0 [30,3 – 58,6]	56,0 [41,3 – 69,7]	0,97 [0,60 – 1,58]
Comorbidades			
Comorbidade especificada	44,4 [29,9 – 59,9]	55,6 [40,1 – 70,0]	0,96 [0,58 – 1,57]
Sem comorbidade especificada	42,4 [31,1 – 54,6]	57,5 [45,4 – 68,8]	1
Local do óbito			
Hospital	40,4 [31,2 – 50,2]	59,6 [49,8 – 68,8]	1
Outro local***	77,8 [40,2 – 96,0]	22,2 [3,9 – 59,8]	0,37 [6,1 – 1,19]
Óbito na gravidez			
Sim	54,8 [38,8 – 69,8]	45,2 [30,2 – 61,1]	0,69 [0,40 – 1,16]
Não	35,1 [24,6 – 47,2]	64,9 [52,8 – 75,4]	1
Óbito no puerpério			
Sim	34,2 [23,8 – 46,4]	65,8 [53,6 – 76,2]	1,48 [0,88 – 2,59]
Não	55,8 [40,0 – 70,6]	44,2 [29,4 – 60,0]	1
Assistência médica			
Sim	43,0 [33,9 – 52,6]	57,0 [47,4 – 66,1]	-
Não	100,0 [19,8-100,0]	-	-

Tabela 4. Prevalência conforme as variáveis socioeconômicas e as características dos óbitos nos casos de mortalidade materna no Mato Grosso do Sul, no período de 2018 a 2021, e Razão de Prevalência de 2020 a 2021, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil

Variáveis	Prevalência % [IC95% ^a]	Prevalência% [IC95% ^a]	RP ^ε [IC95% ^a]
	2018 a 2019	2020 a 2021	2020 a 2021
Necropsia			
Sim	75,0 [42,8 - 93,3]	25,0 [6,7 - 57,1]	0,41[0,10 - 1,11]
Não	39,6 [29,9 - 50,1]	60,4 [49,9 - 70,0]	1
Doenças respiratórias			
Sim	6,2 [1,1 - 22,2]	93,8 [77,8 - 98,9]	2,18 [1,34 - 3,52]
Não	57,0 [45,9 - 67,5]	43,0 [32,5 - 54,1]	1
Investigação do óbito			
1(Sim)	44,1 [27,6 - 61,9]	55,9 [38,1 - 72,4]	1,04 [0,58 - 1,83]
0 (Não)	46,8 [34,1 - 59,8]	53,2 [40,2 - 65,8]	1

Fonte: elaboração própria.

* Sem escolaridade, Fundamental I, Fundamental II. ** Ensino Superior Completo ou incompleto. *** Domicílio, outros estabelecimentos, via pública. ^aIntervalo de confiança. ^εRazão de prevalência não ajustada.

Discussão

Entre os 118 óbitos maternos observados no estado de Mato Grosso do Sul, 51 ocorreram entre os anos de 2018 e 2019 (antes da pandemia), com aumento para 67 casos entre 2020 e 2021 (após o início da pandemia). Mesmo sem impacto estatístico, é importante ressaltar que ocorreu incremento de 16 casos de perda de vidas de mulheres após o início da pandemia.

Um estudo brasileiro realizado entre os anos de 2020 e 2021 evidenciou um aumento importante na RMM com o impacto das doenças respiratórias da pandemia, tanto com relação aos óbitos causados de forma direta pela infecção por covid-19 quanto como desfecho de óbito materno. Em todas as regiões do País, houve aumento da RMM em 2020 (94,4) e em 2021 (85,8), com destaque para a região Centro-Oeste, com 137,1 casos por 100.000 NV²⁰.

A RMM de 2018 e 2019 foi de 57,97 por 100.000 NV, sendo que os anos de 2020 e 2021 alcançaram uma RMM de 80,25 por 100.000 NV.

O Desenvolvimento sustentável, por meio da agenda de 2030, proposto pela Organização das Nações Unidas, juntamente com 193 países membros, pactuou que o Brasil, até 2030, deve reduzir a taxa de MM global em 30 mortes por 100.000 NV. Já nas Nações Unidas, essa taxa deve chegar a 70 mortes por 100.000 NV²¹.

Entretanto, o Brasil, em comparação com outros países, manteve valores acima da meta pactuada. A RMM, em 2015, foi de 62 óbitos por 100.000 NV. Em 28 de maio de 2018, após uma reunião da Comissão Nacional de combate à MM, houve nova pactuação, em que o Ministério da Saúde se responsabilizou por reduzir para 51,7 a RMM até 2030²².

Portanto, entre os anos de 2018 e 2019, apesar da RMM no estado de Mato Grosso do Sul estar próxima à desejada pelo Ministério da Saúde, essa não atingiu o objetivo pactuado, quando analisados os dois anos, com a RMM calculada em 57,97 mortes por 100.000 NV.

No período de início da pandemia, foi observada elevação acentuada na RMM, com 80,25 por 100.000 NV. Aumento observado também em outros estudos devido a doenças

respiratórias, como um estudo realizado por Carvalho-Sauer et al.¹⁰, que identificou um aumento dos óbitos com o início da pandemia, com RMM em 2020 de 78,23 por 100.000 NV, o que representa um excesso dos casos esperados para aquele ano.

Outro estudo realizado no México sobre a MM demonstrou uma elevação dos óbitos em 2020, de forma que, em 2019, o esperado era de 29,8 mortes por 100.000 NV; e, em 2020, a RMM calculada apenas para os casos de covid-19 foi de 13,6 mortes por 100.000 NV²³.

O monitoramento dos casos de covid-19 em gestantes foi realizado por outros autores desde o início da pandemia, que, após uma análise comparativa entre os anos de 2020 e 2021, já evidenciavam um aumento para 33,8 óbitos por semana (575 mortes em 17 semanas de 2021), quando, no ano de 2020, a taxa de MM era de 10,1 óbitos por semana, o que refletia em uma elevação de 233,8% nos óbitos maternos após o início da pandemia e já sinalizava alerta para esse grupo, principalmente na população brasileira²⁴.

A elevação dos casos de óbito materno no período pandêmico também pode estar relacionada com a necessidade de mudanças nas políticas de acesso à atenção primária para a população, que, após o decreto de emergência de saúde pública, acarretou a suspensão temporária de alguns atendimentos/serviços nas Unidades Básicas de Saúde, para proporcionar a priorização dos usuários sintomáticos respiratórios. Uma das alternativas desenvolvidas para a assistência no ciclo grávido puerperal foi o direcionamento das gestantes para as maternidades, entretanto, questões ligadas ao distanciamento social, precaução respiratória e propagação do isolamento social podem ter ocasionado a retração na procura de assistência de saúde por parte desse grupo²⁵.

Outro indicador importante foi o APVP, em que se observa um número elevado para a faixa predominante em mulheres de idade fértil, com elevação da taxa de 1774,41 APVP no período anterior à pandemia para 2.237,34 APVP no período pandêmico, o que reflete o

impacto da covid-19 na população, em especial, nos mais jovens.

Um estudo no Espírito Santo no ano de 2021 identificou que a covid-19 revelou uma diminuição da expectativa de vida e a perda da população economicamente ativa, que, por consequência, leva ao aumento dos APVP. Tal condição pode culminar em uma crise econômica após a pandemia, que pode não ser imediata¹⁸.

O predomínio de óbitos na faixa etária de 20 a 35 anos tanto antes como durante a pandemia foi evidenciado em estudo realizado por Asalkar et al.²⁶, que observaram uma maior incidência de óbito na faixa etária de 25 e 35 anos, apesar de essa ser a idade reprodutiva feminina.

Um estudo realizado no estado do Mato Grosso identificou casos de MM entre 15 e 35 anos²⁷ e se mostrou contrário à evidência de que o risco de formas mais graves da doença e de morte é elevado acima dos 35 anos²⁸. Demais estudos evidenciaram uma taxa de óbito elevada em média de idade de 30 a 32 anos, e outros acima de 35 anos devido ao risco de complicações e óbitos por predispor a comorbidades²⁹⁻³¹.

As mulheres pretas, pardas e indígenas tiveram predomínio nos dois períodos analisados para desfecho de MM. Em um estudo realizado sobre vigilância à saúde do Reino Unido, a maioria das mulheres internadas por covid-19 era preta e de outras minorias étnicas (56%). Nessa associação, a chance de contaminação por covid-19 foi oito vezes maior entre pretas, ao serem comparadas com as brancas. Os achados podem estar relacionados ao maior risco de infecção e/ou de evolução para formas graves da doença³². Outro estudo analisou gestantes e puérperas com Síndrome Aguda Grave (SRAG) entre os anos 2019 e 2021, e evidenciou um risco de óbito em puérperas pretas 1,96 vez maior quando comparado ao de mulheres brancas, o que reforça a necessidade de uma maior atenção a esse grupo étnico-racial³³.

No estado de Mato Grosso do Sul, foi observado o grupo étnico indígena em uma

proporção elevada em decorrência da distribuição de várias etnias em todo o estado, sendo esse grupo apontado como vulnerável em algumas pesquisas. Um estudo realizado antes da pandemia no Mato Grosso do Sul já apontava para chances 5,17 vezes maiores de óbito de mulheres indígenas quando comparadas com mulheres brancas³⁴.

A implementação de políticas públicas, como a Rede Cegonha, representa um avanço na assistência à saúde da mulher. Todavia, a implementação e a monitorização não contribuem suficientemente para prestação de assistência equitativa, o que é um obstáculo para suprimir o racismo excludente³⁵. Modificações para melhoria da distribuição de atendimento conforme as necessidades de cada região e com respeito às crenças e costumes podem ser resolutivas para a alta taxa de MM entre mulheres pretas, pardas e indígenas.

Com relação ao estado civil, foi predominante tanto antes como no período da pandemia a ocorrência da MM em não casadas. Essa condição é avaliada com dificuldade devido à influência de outras variáveis, como as questões conjugais.

O nível de escolaridade teve discreto domínio antes da pandemia, com MM de mulheres sem o ensino médio, mas ocorreu uma alteração nesse perfil, caracterizado, então, por mulheres com ensino médio no período pandêmico. Uma pesquisa epidemiológica que analisou óbitos maternos entre os anos de 2015 e 2019 demonstrou que mulheres com tempo de escolaridade de 8 a 11 anos, equivalente ao ensino médio, obtiveram desfecho de óbito, seguido por mulheres com ensino fundamental, o que reforça que há influência da escolaridade no óbito materno²².

Menores níveis de escolaridade, em mulheres ou em suas famílias, podem favorecer um conhecimento reduzido sobre a necessidade de procurar assistência à saúde, o que limita a possibilidade de reversão de diversos quadros clínicos. A promoção da educação em saúde nos estabelecimentos de saúde e nos diversos ambientes sociais, para melhora da tomada de

decisão da mulher e da família para procura oportuna dos serviços de saúde, pode ser benéfica³⁶.

Com relação à macrorregião de saúde do estado do Mato Grosso do Sul, não ocorreu elevação dos óbitos ao serem comparados os dois períodos analisados neste estudo, mas a macrorregião de Campo Grande apresentou o mesmo quantitativo de casos quando comparada com as outras macrorregiões do estado.

A evidência encontrada com relação a não elevação dos casos em outras macrorregiões do estado de Mato Grosso do Sul pode estar ligada a subnotificação ou à ausência de correção do tipo de óbito. Neste último caso, apenas após a investigação de óbito encontra-se a correlação com a definição de morte materna. Essa problemática é encontrada no País, já que formas equivocadas e errôneas de determinar o tipo de óbito comprometem a eficácia de análise dos dados das mulheres que vão a óbito no período gravídico puerperal, o que prejudica o entendimento e a priorização dos casos na efetividade das ações³⁷.

Já no que diz respeito aos casos na macrorregião Campo Grande, evidências indicam que locais com alta densidade populacional possuem maiores taxas de transmissão e menor isolamento social. Uma pesquisa realizada no estado de Santa Catarina, no período de 2020 a 2021, que estudou o excesso de óbitos na população, teve como resultado elevadas taxas em macrorregiões com densidade demográfica maior, o que corrobora o resultado encontrado no presente estudo³⁸.

A rede hospitalar é o principal local de ocorrência dos óbitos maternos neste estudo. Em uma pesquisa realizada no Piauí, os autores apontaram que mais de um terço dos indivíduos hospitalizados foi a óbito, com alta taxa de letalidade em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), com 59% no Brasil e 70% no Nordeste brasileiro, o que destaca a vulnerabilidade dos pacientes internados³⁹.

Uma pesquisa realizada na região de Carajás no período de 2008 a 2018, com dados do

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), demonstrou que o hospital foi o principal local de ocorrência (77,8%) de óbitos. Para alcançar uma redução dessa mortalidade, é necessária qualificação dos serviços de saúde, com avaliação das condições de assistência às gestantes, entre as quais, diagnóstico precoce e precariedade das estruturas hospitalares⁴⁰.

A não realização de necropsia, principalmente no período da pandemia, deve-se às recomendações para o manejo de corpos durante esse período. No período de transmissibilidade, recomenda-se a não realização de necropsia convencional ou aberta em salas de necropsia, e a determinação da causa da morte se dará por meio dos dados da anamnese e exame ectoscópico⁴¹.

O óbito no puerpério representou 50,98% entre os anos 2018 e 2019, com aumento para 71,64% após o início pandemia, entre os anos 2020 e 2021, dado que corrobora outro estudo brasileiro que evidenciou risco de óbito 2,5 vezes maior em puérperas quando comparado ao risco em gestantes. Essa elevação do número de óbitos pode estar ligada a diversos fatores, tais como deficiências estruturais nas maternidades, questões relacionadas ao custeio dos serviços de emergência e leitos de UTI e alterações nos hábitos no período pandêmico no País, com redução de assiduidade nas consultas de pré-natal e aumento da vulnerabilidade⁴².

Outras pesquisas evidenciaram o aumento das taxas de óbito materno após o início da pandemia. Gestantes e puérperas diagnosticadas com covid-19 foram analisadas no ano de 2020, com identificação de taxa de mortalidade de 12,7% na população obstétrica, sendo o período pós-parto evidenciado nesse estudo⁴³.

A realização da investigação do óbito também se destaca no referido estudo, pois, na amostra coletada, foi identificado que, apesar da sua importância, a investigação não foi realizada antes do período da pandemia em 56,86% dos casos de óbito, e, após o início da pandemia, em 49,25%. Apesar dessa diminuição, temos

uma elevação nos dados que assinalavam esse fator como ignorado, com porcentagem de 22,39% entre os anos de 2020 e 2021.

A vigilância em óbito materno é uma ação que engloba vários setores e visa a melhorar os indicadores de saúde da mulher e da criança. As ações de vigilância são de responsabilidade dos profissionais de saúde designados e das autoridades locais de vigilância. Os principais dados são: planejamento da gestação, informações de pré-natal, comorbidades, infecções, obesidade, fatores de risco, como doença hipertensiva, multiparidade e outras informações relevantes para identificação desse desfecho⁴⁴.

Conforme a Portaria GM/MS nº 1.119¹, de 5 de junho de 2008, as investigações de óbito devem ser realizadas em casos de morte materna em mulheres de idade fértil, independentemente de sua causa, de forma obrigatória, para identificar os fatores e suas possíveis causas.

Como reflexo da pandemia, e em resposta à hipótese deste estudo, vale destacar que a doença respiratória foi considerada prevalente entre os óbitos maternos durante a pandemia de covid-19 com razão de prevalência de 2,18 (IC=1,34 – 3,52), quando comparada com anos de 2018 a 2019.

A taxa de mortalidade se elevou em outro estudo brasileiro no ano de 2020. Após análise de 144 mortes maternas, 13,19% foram relacionadas à covid-19, com o preenchimento das declarações de óbitos contendo a citação da CID-10 U071 (covid-19 vírus detectado), o que evidencia o uso de diagnóstico laboratorial da presença do vírus nas gestantes e puérperas relacionadas¹⁰.

Com relação às ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para contenção da covid-19, destaca-se a introdução da vacina contra a doença pelo Programa Nacional de Imunização, que, no Brasil, foi iniciada em janeiro de 2021 nos grupos prioritários (profissionais de saúde, indígenas, idosos e portadores de comorbidades). As gestantes e puérperas com comorbidades só foram inseridas em

março de 2021, entretanto, em abril, houve a suspensão da vacinação por investigação de eventos adversos, retornando apenas em julho de 2021. Em uma análise relativa à cobertura vacinal nos anos de 2021-2022, o estado de Mato Grosso do Sul apresentou baixa cobertura (26%) no grupo de gestantes e puérperas, evidência que pode relacionar a contaminação por covid-19 e os óbitos maternos⁴⁵.

A limitação deste estudo se baseia na incompletude das informações inseridas na base de dados por ausência de algumas variáveis propostas na coleta de dados, que não estavam registradas. Alguns dados que seriam relevantes para a pesquisa, tais como idade gestacional e número de partos das mulheres que foram a óbito, encontravam-se em branco. Também houve a possibilidade de subnotificações em algumas regiões do estado, o que prejudica a qualidade de registro de óbitos. Entretanto, a ausência dessas informações não impossibilitou a resposta ao objetivo da pesquisa.

Considerações finais

Os óbitos maternos tiveram impacto com o surgimento da pandemia de covid-19, elevando as taxas de RMM, que estavam em declínio nos anos anteriores. O desfecho de óbito materno desencadeou o aumento dos APVP na

população em idade economicamente ativa. As características socioeconômicas das mulheres que foram a óbito se mantiveram homogêneas nos períodos antes e após a pandemia, e, também, os grupos de vulnerabilidade, compostos por pretas, pardas e indígenas e com nível de escolaridade de ensino médio, evidenciando a necessidade de atenção a esses grupos. Gestantes e puérperas devem ser priorizadas, com ações de saúde para ampliar a assistência e a prevenção de agravos a essa população, e inseridas de forma precoce nas ações de manejo das doenças, principalmente no que tange ao surgimento de doenças de alta transmissibilidade.

Colaboradores

Cunha MS (0000-0001-7201-408X)* e Queiroz-Cardoso AI (0000-0002-9431-7484)* contribuíram igualmente para a concepção e o desenho do estudo, aquisição de dados, análise e interpretação de dados, elaboração do manuscrito, revisão e aprovação da versão final. Costa LS (0000-0001-5928-1378)*, Matricardi JLN (0000-0001-5559-4780)* e Pompeo CM (0000-0003-4454-0140)* contribuíram igualmente para análise e interpretação de dados, elaboração do manuscrito, revisão e aprovação da versão final. ■

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.119, de 5 de Junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2008 jun 5; Seção I:48.
2. Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Edusp; 2008.
3. Fernandes ALB, Trivelli GB, Monteiro JA, et al. Mortalidade materna: principais causas e fatores relacionados. Revista Educação em Saúde [Internet]. 2019

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- [acesso em 2024 dez 3];7(supl1):317-326. Disponível em: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/3795/2639>
4. Boafor TK, Ntummy MY, Asah-Opoku K, et al. Maternal mortality at the Korle Bu Teaching Hospital, Accra, Ghana: A five-year review. *Afr J Reprod Health*. 2021;25(1):56-66. DOI: <https://dx.doi.org/10.29063/ajrh2021/v25i1.7>
 5. Silva HKSO, Pereira ACA, Andrade SSC. Mortalidade materna por causas obstétricas no estado da Paraíba. *Revista Nova Esperança*. 2021;17(2):26-33. DOI: <https://doi.org/10.17695/revnevol17n2p26-33>
 6. Picole RPP, Cazola HO, Lemos EF. Mortalidade Materna segundo raça/cor de pele em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010 a 2015. *Rev. Bras. Saude Mater Infant*. 2017;17(4):739-747. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400007>
 7. Campos ACV, Leitão LPC. Letalidade da COVID-19 entre profissionais de saúde no Pará, Brasil. *Journal Health NPEPS*. 2021;6(1):22-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.30681/252610105190>
 8. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. *Mil Med Res*. 2020;7(1):11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0>
 9. World Health Organization [Internet]. Health emergency panel. [acesso em 2024 dez 3]. Disponível em: <https://covid19.who.int/region/amro/country/br>
 10. Carvalho-Sauer RCO, Costa MCN, Teixeira MG, et al. Impact of COVID-19 pandemic on time series of maternal mortality ratio in Bahia, Brazil: analysis of period 2011–2020. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):423. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03899-y>
 11. Triggler CR, Bansal D, Farag EABA, et al. Learning from Lessons to Guide Treatment and Prevention Interventions. *Mosphere*. 2020;5(3):13. DOI: <https://doi.org/doi/10.1128/mSphere.00317-20>
 12. Adhikari SP, Meng S, Wu Y, et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infect Dis Poverty*. 2020;9(1):29. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00646-x>
 13. Kumar R, Yeni CM, Utami NA, et al. SARS-CoV-2 infection during pregnancy and pregnancy-related conditions: Concerns, challenges, management and mitigation strategies—a narrative review. *J Infect Public Health*. 2021;14(7):863-875. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2021.04.005>
 14. Souza GFA, Amorim MMR. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2021;2(1):257-261. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100014>
 15. Szwarcwald CL, Escalante JJC, Rabello NDL, et al. Estimativa da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(supl1):71-83. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125313>
 16. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Estatísticas de mortalidade e seus usos. *Rev Eletron Comun Inov Saúde*. 2013;7(2):17. DOI: <https://doi.org/10.3395/reciis.v7i2.500>
 17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Projeção da População. [acesso em 2024 dez 3]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/pesquisa/53/49645?indicador=49652&ano=2023>
 18. Mascarello KC, Vieira ACBC, Freitas PSS, et al. Potential years of life lost by COVID-19 in the state of Espírito Santo and proportional mortality by age. *J Bras Pneumol*. 2022;48(1):e20210489. DOI: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20210489>
 19. Presidência da República (BR). Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2024 maio 25 [acesso em 2024 dez 3]; Seção I:3. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/114874.htm

20. Michels BD, Marin DFD, Iser BPM. Aumento da taxa de mortalidade materna entre as admissões para parto em gestantes de baixo risco gestacional no Brasil: Efeito da pandemia do COVID-19?. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2022;44(8):740-745. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1751059>
21. Organização das Nações Unidas (ONU) [Internet]. Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nova York: ONU; 2015 [acesso em 2024 dez 16]. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>
22. Barreto BL. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. *Rev Enferm Contemp.* 2021;10(1):127-133. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i1.3709>
23. Mendez-domínguez N, Santos-Zaldívar K, Gomez-Carro S, et al. Maternal mortality during the COVID-19 pandemic in Mexico: a preliminary analysis during the first year. *BMC Public Health.* 2021;21(1):1297. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11325-3>
24. Francisco RPV, Lacerda L, Rodrigues AS. Obstetric Observatory BRAZIL-COVID-19: 1031 maternal deaths because of COVID-19 and the unequal access to health care services. *Clinics.* 2021;76:e3120. DOI: <https://doi.org/10.6061/clinics/2021/e3120>
25. Almeida RAAS, Carvalho RHSBF, Lamy ZC, et al. Do pré-natal ao puerpério: Mudança nos serviços de saúde obstétricos durante a pandemia da Covid-19. *Texto Contexto Enferm.* 2022;31(12):e20220206. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0206pt>
26. Asalkar M, Thakkarwad S, Rumani I, et al. Prevalence of Maternal Mortality and Clinical Course of Maternal Deaths in COVID-19 Pneumonia-A Cross-Sectional Study. *J Obstet Gynaecol India.* 2021;72(3):208-217. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13224-021-01545-3>
27. Ferraz AEI, Ramos AF, Arantes RBS, et al. Maternal death by COVID-19 in a reference hospital in Mato Grosso: a descriptive study. *Research, Society and Development.* 2022;11(10):e169111032563. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32563>
28. Menezes MO, Takemoto MLS, Pereira MN, et al. Risk factors for adverse outcomes among pregnant and postpartum women with acute respiratory distress syndrome due to COVID-19 in Brazil. *Int J Gynecol Obstet.* 2020;151(3):415-423. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13407>
29. Moghadam SA, Dini P, Nassiri S, et al. Clinical features of pregnant women in Iran who died due to COVID-19. *Int J Gynecol Obstet.* 2021;152(2):215-219. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13461>
30. Belokrinitskaya TE, Artymuk NV, Filippov OS, et al. Maternal mortality and critical conditions (Near miss) in covid-19 in pregnant women of Siberia and the far east. *Russian Journal of Human Reproduction.* 2021;27(5):114-120. DOI: <https://doi.org/10.17116/repro202127051114>
31. Hantoushzadeh S, Shamshirsaz AA, Aleyasin A, et al. Maternal death due to COVID-19. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223(1):e16. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.030>
32. Knight M, Bunch K, Vousden N, et al. Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study. *BMJ.* 2020;369:m2107. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m2107>
33. Almeida JP, Santana VS, Santos KM, et al. Internações por SRAG e óbitos por COVID 19 em gestantes brasileiras: uma análise da triste realidade. *Brazilian Journal of Health Review.* 2021;4(3):13446-13460. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-292>
34. Teixeira NZF, Pereira WR, Barbosa DA, et al. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2012;12(1):27-35. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292012000100003>

35. Neiva ABC, Santos JLPP, Macêdo LMD, et al. Mortalidade materna na Bahia: uma análise sociodemográfica. *Revista Bahiana de Saúde Pública*. 2021;45(4):a3476. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n4.a3476>
36. Santos PSP, Belém JM, Cruz RSBL, et al. Aplicabilidade do Three Delays Model no contexto da mortalidade materna: revisão integrativa. *Saúde debate*. 2022;46(135):1187-201. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213517>
37. Gama SGN, Bittencourt SA, Filha MMT, et al. Mortalidade materna: protocolo de um estudo integrado à pesquisa Nascer no Brasil II. *Cad Saúde Pública*. 2024;40(4):e00107723. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT107723>
38. Holzbach RH, Silva GRG, Bianchi JC. Excess deaths among adults in the state of Santa Catarina: an ecological study during the COVID-19 pandemic, Brazil, 2020-2021. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2023;32(2):e2022360. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-962220230002000>
39. Sousa EL, Gaído SB, Sousa RA, et al. Perfil de internações e óbitos hospitalares por síndrome respiratória aguda grave causada por COVID-19 no Piauí: estudo descritivo, 2020-2021. *Epidemiol Serv Saúde*. 2022;31(1):e2021836. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742022000100009>
40. Santos TA, Franco IC, Leite LW, et al. Perfil epidemiológico da mortalidade materna na Região de Carajás entre 2008 e 2018. *Femina*. 2022;50(1):27-34.
41. Ministério da Saúde (BR). Manejo de corpos no contexto da covid-19: definição dos procedimentos para retorno na realização de necropsia convencional [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2023 jul 28]. p. 10-15. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_corpos_covid19_definicao_necropsia.pdf
42. Bonatti AT, Miller N, Carvalhaes MABL, et al. Factors associated with death among postpartum women with COVID-19: a Brazilian population-based study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2021;29:e3507. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.5446.3507>
43. Takemoto MLS, Menezes MO, Andreucci CB, et al. Maternal mortality and COVID-19. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020;35(12):2355-2361. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/14767058.2020.1786056>
44. Araújo CRC, Sales LMGC, Dias MAS, et al. Evitabilidade do óbito materno, fetal e infantil: a experiência do comitê de mortalidade em Sobral-CE. *Sanare*. 2022;21(2):110-116. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v21i2.1670>
45. Souza VTFS, Ribeiro JM. Análise das implicações da pandemia covid-19 na mortalidade materna no Brasil em 2020-2021. *Ciênc saúde coletiva [Internet]*. 2024 [acesso em 2024 dez 16];0086/2024. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/analise-das-implicacoes-da-pandemia-covid19-na-mortalidade-materna-no-brasil-em-20202021/19134?id=19134>

Recebido em 08/09/2023

Aprovado em 26/09/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ana Maria Costa

Movimentos sociais e políticas públicas: avanços e reveses na construção de direitos em saúde

Social movements and public policies: advances and setbacks in the construction of health rights

Hevelyn Rosa¹, Cristiane da Silva Cabral¹

DOI: 10.1590/2358-289820251448992P

RESUMO Este artigo analisa os modos como distintas configurações da relação entre Estado e movimentos sociais produziram diferentes políticas públicas de saúde da mulher desde a virada do século XXI. Nas últimas quatro décadas, diversos setores da sociedade têm trabalhado na elaboração e ampliação de direitos de cidadania. Entre esses coletivos, destacam-se os movimentos feministas, que aliaram as lutas pelo direito à saúde e pela democracia, construindo práticas que afirmam a articulação com o Estado, a fim de incidir na formulação de políticas públicas baseadas em direitos humanos. Partindo de pesquisa documental de perspectiva antropológica, analisam-se os documentos e os contextos de promulgação das principais políticas públicas nacionais de saúde da mulher desde 2000. Argumenta-se que uma interlocução sistemática entre movimentos sociais e representantes do governo, por meio da participação popular na formulação de políticas públicas, pode resultar em propostas mais alinhadas às demandas coletivas no campo da saúde da mulher, ainda que tais conquistas mostrem-se sujeitas ao jogo partidário e ao conservadorismo. Essa abordagem visibiliza um processo de construção mútua entre o gênero e o Estado, que possibilita, simultaneamente, incidir no cenário político-institucional, redefinir agendas político-sociais e operar uma vigilância crítica das práticas governamentais.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Saúde da mulher. Ativismo social. Identidade de gênero. Direitos sexuais e reprodutivos.

ABSTRACT This article analyzes how different configurations of the relationship between the state and social movements have produced different public policies on women's health since the turn of the 21st century. Over the last four decades, various sectors of society have worked to develop and expand citizenship rights. Among these groups are the feminist movements, which have combined the struggles for the right to health and for democracy, building practices that affirm articulation with the state to influence the formulation of public policies grounded on human rights. Based on documentary research from an anthropological perspective, the documents and contexts in which the main national public policies on women's health have been enacted since 2000 are analyzed. It argues that a systematic dialogue between social movements and government representatives, through popular participation in the formulation of public policies, can result in proposals that are more in line with collective demands in the field of women's health, even if these achievements are subject to partisan influence and conservatism. This approach makes visible a process of mutual construction between gender and the state, which simultaneously makes it possible to influence the political-institutional scenario, redefine political-social agendas and operate a critical watch on government practices.

KEYWORDS Health policy. Women's health. Political activism. Gender identity. Reproductive rights.

¹ Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
hevelynconceicao@gmail.com

Introdução

Este artigo discute sobre diferentes configurações da relação entre Estado e movimentos sociais e seus efeitos na produção de políticas na área de saúde da mulher a partir dos anos 2000, no Brasil. Nosso argumento é de que uma interlocução sistemática entre movimentos sociais e representantes do governo, por meio de participação popular, na elaboração de políticas públicas pode produzir propostas mais alinhadas às demandas coletivas na área da saúde da mulher, ainda que tais conquistas se mostrem vulneráveis ao jogo partidário e ao conservadorismo. Essa perspectiva ressalta as articulações entre movimentos sociais e Estado, processo que permite, a um só tempo, certa incidência sobre o cenário político-institucional, reposicionamentos de pautas político-sociais e capacidade de vigilância e crítica das práticas governamentais.

Incidir no Estado refere-se a um processo de *advocacy* baseado em direitos, no qual a sociedade civil interage com o Estado para reivindicar cidadania e direitos humanos^{1,2}. No campo dos direitos das mulheres, trata-se de uma estratégia de enfrentamento de relações de opressão e subalternização que se realizam entre a convergência e a divergência de posições, estratégias e valores^{3,4}.

A saúde da mulher como uma questão de direitos humanos teve como marco internacional as Conferências da Organização das Nações Unidas (ONU) de Cairo e de Beijing, nos anos de 1990⁵. No Brasil, ainda na década de 1980, antes da proposição de um sistema de saúde público e universal, surgem experiências nacionais e regionais de políticas públicas de saúde da mulher ancoradas no conceito de integralidade, cujo objetivo era contemplar necessidades de saúde das mulheres para além da gestação, enfrentando o caráter predominantemente materno-infantilista da saúde pública brasileira^{6,7}.

Construída na interface entre a saúde pública e o ativismo social, a integralidade na atenção à saúde da mulher traz a marca de

movimentos sociais feministas que buscaram incidir no Estado, com interesse na ampliação de direitos^{8,9}. É essa perspectiva que orienta o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)⁶, de 1983, e, posteriormente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)¹⁰, de 2004. Formulada em parceria do governo federal com a sociedade civil, a PNAISM é lançada na primeira gestão de um governo de esquerda desde a redemocratização do país. Anos depois, o advento de uma política direcionada à assistência à gestação e ao parto, a Rede Cegonha (RC)¹¹, mostraria que se mantém viva a disputa entre integralidade e materno-infantilismo na arena da saúde da mulher. Promulgada em 2011, sob outra gestão de esquerda, a RC demonstra que as relações da gestão federal com o ativismo social de mulheres e de feministas se deram de maneira distinta em comparação àquelas que foram vistas na PNAISM.

Ainda que as políticas mencionadas contenham diferentes estatutos jurídicos, elas constituem as principais iniciativas federais com relação à saúde da mulher desde 2000^{12,13}. Ao conjugarem em seus processos de elaboração diferentes modalidades de articulação entre agentes de governo, movimentos sociais e interesses partidários, a PNAISM e a RC evidenciam como as propostas de ações em saúde da mulher se alteraram no Brasil em período recente.

A análise de tal dinâmica pode ser especialmente frutífera para compreender a relação entre ativismo social e Estado no âmbito da saúde da mulher, sob governos considerados aliados dos movimentos sociais no Brasil. O debate sobre ganhos e perdas na interação com o Estado tem sido levantado por diversos segmentos dos movimentos sociais no Brasil, com destaque para os movimentos negros, feministas e de dissidências sexuais^{4,14,15}. Nesse cenário, as diferentes formas de conceber a relação entre os partidos políticos e o Estado aparecem como dilemas históricos. Considerar ativistas e o Estado – incluindo os governos – como agentes interessados em negociar o

reconhecimento de sujeitos de direitos pode contribuir para compreender impasses e limitações no ciclo das políticas públicas.

Frequentemente compreendidas como respostas do Estado a pleitos da sociedade civil, as políticas públicas podem assumir caráter instrumental e tecnicista, colocando em prejuízo uma abordagem histórica que contemplaria os elementos políticos e sociais que as compõem¹⁴. Em tal enquadramento, as políticas são vistas como atos administrativos que apenas representam os elementos dos quais falam¹⁶.

Em uma perspectiva antropológica, as políticas públicas atuam como pedras angulares no processo contínuo de fazer-se do Estado, no qual a arte de governar e as atividades administrativas não se opõem¹⁶. Inseridas no feixe de relações que compõe o Estado, as políticas envolvem múltiplos agentes, agências e práticas, extrapolando o território estrito do organismo estatal. Ao forjar sujeitos e formas de assujeitamento, as políticas também participam da produção de saberes, subjetividades e relações¹⁷.

O fazer-se do Estado implica sustentar práticas necessariamente hierarquizantes e segregadoras, ainda que distribuídas de modo irregular pelo tecido social¹⁶. Entre as diversas formas de segmentação, está a produção contínua da diferença sexual. De acordo com Paul Preciado¹⁸, o sexo e o gênero são vistos como tecnologias complexas por meio das quais o corpo é tomado enquanto um artefato, tendo seus órgãos, funções e relações artificialmente estabelecidos como dados de natureza. Funcionando como um regime político através da inscrição e reinscrição de códigos binários, a diferença sexual é também formulada e recitada nas ferramentas governamentais, inclusive por meio de documentos.

Os processos de enquadramento que qualificam e definem os sujeitos e a população também se projetam sobre o Estado, numa construção mútua, contínua e processual¹⁹. Ao considerar a capacidade de fabricar sujeitos e subjetividades que gênero e Estado exercitam

em associação, vê-se que as políticas públicas de saúde da mulher inserem-se nesse campo de modo especial por conjugarem formalmente os dois termos.

Se, atualmente, gênero, sexo e sexualidade não se situam às margens das disputas de poder, mas, sim, no seu próprio núcleo²⁰, investigar políticas públicas voltadas para mulheres pode permitir compreender um dos processos por meio dos quais no Estado se produz e delimita quem são as mulheres que podem ser contempladas pela cidadania.

Dessa forma, o objetivo do artigo é analisar de forma comparativa a relação entre movimentos sociais e o Estado no processo de elaboração das duas principais políticas públicas nacionais de saúde da mulher desde o início dos anos 2000 no Brasil – PNAISM e RC^{10,11,21,22}. A partir de uma perspectiva antropológica sobre documentos, estudaram-se o corpus material e o contexto de cada normativa para, em seguida, discutir os resultados à luz de marcos teóricos do feminismo e da antropologia do Estado.

Material e métodos

Para a pesquisa da qual deriva este artigo, um conjunto extenso de documentos oficiais do governo foi examinado (n=64), bem como documentos de movimentos sociais e a produção acadêmica de pessoas diretamente envolvidas com as normativas estudadas. Para cumprir os objetivos deste artigo, privilegiou-se a análise etnográfica dos documentos inaugurais da PNAISM¹⁰ e da RC¹¹. A seguir, somaram-se outros documentos oficiais do governo vinculados às políticas, para iluminar aspectos relativos ao seu processo de elaboração e promulgação²¹⁻²³. Todos os documentos encontram-se disponíveis em plataformas oficiais do Ministério da Saúde (MS), de acesso público e universal.

O trabalho de viés antropológico com e a partir de documentos implica atentar para o conteúdo e a forma, bem como para o contexto

no qual se inserem e para o conjunto de elementos que agenciam e relacionam²⁴. Com efeito, a sua característica de ser algo que deve permanecer e durar atravessa todo o seu processo de elaboração. Campo também de disputas intensas, cujos efeitos ultrapassam os órgãos estatais, os documentos inscrevem-se no circuito político internacional e no regime de gestão dos corpos e da vida²⁵.

O estudo comparativo das políticas organizou-se em dois eixos complementares entre si: o estudo do documento e o estudo da conjuntura. No primeiro eixo, foram analisados o conteúdo e o formato dos documentos oficiais de promulgação das políticas, cujo objetivo consistiu em apreender como a política produz seu discurso, quais prioridades estabelece e que articulações promove. No estudo da conjuntura, investigaram-se as condições sociais, históricas e políticas em torno das políticas.

O documento inaugural da PNAISM¹⁰ é composto por 82 páginas e assinado pela equipe da Área Técnica de Saúde da Mulher e do MS. Seu conteúdo expõe: conceitos e princípios adotados pela PNAISM; síntese histórica das políticas nacionais de saúde da mulher; análise sociodemográfica e diagnóstico situacional de saúde. Entre os objetivos, destaca-se a melhoria das condições de vida das mulheres por meio de ações voltadas para: atenção clínico-ginecológica; redução da mortalidade por câncer; atenção às mulheres em situação de violência; fortalecimento da participação popular; e atenção à saúde mental.

Estabelecida por meio de uma portaria que contém 9 páginas, a RC leva a assinatura do ministro da saúde, sem incluir outros atores como corresponsáveis, conferindo-lhe um aspecto mais centralizado. A portaria apresenta princípios, diretrizes e objetivos da política, priorizando a promoção da atenção a parto e nascimento e a meta de redução de mortalidade materna e infantil, sobretudo neonatal.

Mais do que dois territórios de contornos bem delimitados, falamos de planos que se co-engendram e derivam entre si, possibilitando uma mirada acerca dos fluxos de circulação de

forças nas disputas abertas e ininterruptas em torno do sexo e do gênero no âmbito do Estado.

Resultados

Análise de documentos sobre políticas e respectivos processos

O processo de elaboração de políticas voltadas às mulheres na área da saúde no Brasil tem se dado em intersecção com diversos atores não governamentais, entre os quais, os movimentos sociais de mulheres e de feministas. Entretanto, a articulação dos movimentos sociais com o Estado mostrou-se irregular e instável, com períodos de maior proximidade e outros de distanciamento e centralização das decisões no governo^{26,27}. A seguir, apresentam-se elementos singulares do percurso de formulação de cada uma das normativas que indicam como se desenvolveu a incidência no Estado e quais efeitos foram produzidos com relação às proposições políticas.

PNAISM e participação social ampliada

A PNAISM instituiu-se, em 2004, como a primeira normativa de saúde nacional voltada para mulheres, denominada ‘política’, e não ‘programa’. Ela incorpora questões sobre desigualdade de gênero e racismo, e abrange especificidades no sujeito alvo de suas ações ao incluir subgrupos de mulheres (negras, indígenas, idosas, rurais etc.). O documento inaugural¹⁰ anuncia a perspectiva de gênero, a integralidade e a saúde como direito de cidadania, incluindo a participação de movimentos sociais em sua elaboração como uma expressão de seu caráter democrático. A afirmação da cidadania plena da mulher, para além da função como genitora ou mãe, soma-se à abordagem da relação entre adoecimento e desigualdades sociais, visando a garantir direitos humanos às mulheres.

A elaboração da PNAISM deu-se por encontros regulares entre representantes do MS, de órgãos mistos, como Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres (CNDM) e Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (Cismu), e de movimentos sociais de mulheres e feministas. A normativa¹⁰ menciona os seguintes coletivos da sociedade civil organizada entre os parceiros: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Articulação de Mulheres Brasileiras; Articulação Nacional das Mulheres Trabalhadoras Rurais; e Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento.

Com relação à equipe do MS, um grupo considerável de ativistas feministas esteve presente na equipe de Luís Inácio Lula da Silva desde a corrida presidencial, em 2002, assessorando na elaboração de propostas e material de campanha²⁶. Na formação dos quadros ministeriais, incluindo os da saúde, muitas ativistas de movimentos feministas e de mulheres foram incorporadas, principalmente, nos chamados segundos e terceiros escalões do governo do Partido dos Trabalhadores (PT) no poder executivo. Esse período é reconhecido como um marco de fortalecimento dos espaços participativos do governo federal, sendo considerada uma fase profícua para a articulação entre Estado e movimentos sociais, inclusive no âmbito das políticas para mulheres²⁸.

Sobre impactos da desigualdade social na condição de saúde dos grupos de mulheres, o documento cita referências ligadas a movimentos sociais e a encontros da sociedade civil, visibilizando a articulação com atores para além da circunscrição do poder executivo. As intensas redes de discurso e influência apontam que os movimentos sociais faziam mais do que informar o governo, pois forneciam, também, legitimidade e oportunidade para a implementação de ações²⁶.

Esse processo demonstra a existência de uma tripla entrada da sociedade civil organizada referente à administração pública e à formulação da PNAISM, pois houve composição entre: a frente de tensionamento do governo

em prol das pautas defendidas (*advocacy*), a participação popular institucionalizada e a ocupação direta de cargos na estrutura do Estado por pessoas ligadas às pautas ativistas. Essa dinâmica transformou as relações historicamente forjadas entre os distintos espaços de poder no âmbito da política institucional. Um de seus efeitos foi a diversificação dos atores formalmente envolvidos na construção de políticas públicas, com a emergência de diferentes grupos sociais como sujeitos de direito⁸.

Ao reunir-se com integrantes dos movimentos negro, indígena, de trabalhadores sem-teto, de lésbicas, entre outros, a equipe do MS expande seu campo de visão para além do movimento sanitário e feminista que já o habitava – dada a trajetória das mulheres que compunham a equipe. A participação de setores fora do eixo classe média-branca-urbanizada nos espaços deliberativos de políticas da saúde forçou a entrada na agenda de outras formas de opressão e discriminação, provocando a revisão de conceitos e prioridades, tanto nos grupos ativistas quanto nos setores governamentais¹².

O caráter participativo da PNAISM é evidenciado não só nos textos oficiais do governo, mas, também, em documentos oriundos de organizações da sociedade civil e ativistas. Neles, a PNAISM é descrita como uma política ampliada de saúde da mulher, produto da interação entre representantes do governo e movimentos sociais diversos^{29,30}.

Rede Cegonha e a focalização nas ações

Os reveses nas pautas e nos documentos relacionados à saúde da mulher se fizeram sentir em menos de uma década. Em 2011, é promulgada a RC, cuja proposta consiste em implementar uma rede de cuidados voltada à mulher e à criança, a fim de promover mudanças no modelo de assistência ofertado às mulheres durante gestação e parto, sob a ótica da atenção humanizada^{11,22}.

Entre os marcos reconhecidos pela portaria¹¹, constam os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), nomeadamente, os referentes à redução da mortalidade materna e neonatal. Entre os princípios da política, são citados o enfoque de gênero e a diversidade étnica e racial, porém, tais perspectivas não são desenvolvidas ou relacionadas com as ações propostas. Não há menção à PNAISM ou à integralidade na atenção à saúde da mulher. A participação popular no processo de formulação da RC está ausente do documento, que, tampouco, elenca alguma diretriz reservando assento para os movimentos sociais em espaços deliberativos da política.

Em publicação posterior à portaria²², a RC situa a participação da população no conjunto de parcerias com as quais o MS conta para apoiá-lo em sua implementação, ou seja, em apenas uma das dimensões do ciclo das políticas públicas, descartando a entrada da sociedade civil nas etapas de formulação e avaliação. Entre os parceiros, são elencados, no âmbito da sociedade civil, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna) e os movimentos de mulheres.

A Rehuna é a única organização da sociedade civil citada no conjunto de documentos que integra a RC^{11,22}. O alinhamento entre a agenda da Rehuna e a RC não é mera casualidade, afinal, a formulação da política contou com envolvimento direto de integrantes da organização que já ocupavam cargos dentro do MS, incluindo a própria coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher e da RC³¹. A presença de ativistas em órgãos de governo compunha uma das principais estratégias de ação da Rehuna, a fim de conquistar aliados na gestão pública federal e obter sucesso no avanço de suas pautas²⁸.

Em 2011, na composição da equipe da primeira gestão de Dilma Rousseff (sucessora de Lula e também membro do PT), ativistas sociais assumiram postos nos ministérios, com destaque para aquelas associadas ao movimento pela humanização do parto no MS. O foco no parto e na saúde da criança foi

definido ainda durante a corrida eleitoral²³. A polêmica gerada em torno do aborto e da união homoafetiva levou o PT a firmar alianças conservadoras, a fim de angariar apoio para a eleição. Dessa forma, a defesa de pautas mais reconhecidamente feministas foi preterida, e, junto com isso, também se observou um afastamento dos movimentos sociais feministas na construção da campanha e do programa de governo³².

Com relação à distribuição de recursos orçamentários, a sobreposição das políticas torna-se ainda mais evidente, uma vez que as verbas destinadas à PNAISM foram drasticamente reduzidas após a promulgação da RC^{12,13}. A persistência de altas taxas de mortalidade materna, mesmo após as duas gestões de Lula, pode ter contribuído para justificar o foco na atenção à gravidez e ao parto³³. Ao mesmo tempo, também ofereceu uma maneira de evitar a polêmica em torno do aborto, permitindo sustentar as alianças partidárias.

Ao analisar os temas priorizados em normativas de saúde da mulher pelo MS em 2011^{11,22}, vemos que uma das bandeiras de luta – humanização do parto e do nascimento – ganhou mais força do que outras – integralidade e equidade de gênero, por exemplo. Com isso, uma significativa bagagem conceitual e instrumental na área da saúde da mulher foi negligenciada, obscurecendo a dimensão dos direitos sexuais e reprodutivos.

Para além da ocupação direta de cargos, não houve investimento governamental para a participação popular na formulação da RC. Tampouco instâncias oficiais, como o CNDM, foram envolvidas, o que desencadeou questionamentos de ativistas feministas, incluindo aquelas que se viam como apoiadoras da presidenta Dilma^{30,34}. As críticas argumentavam que a ausência de interlocução com a sociedade civil produziu um encurtamento de visão na portaria, desprezando pautas cruciais para a saúde das mulheres brasileiras, como o racismo e a desigualdade de gênero³⁵. Nessas falas, o ministro da saúde e sua equipe foram acusados de estarem se colocando na

posição de porta-vozes da sociedade de modo ilegítimo³².

Ao expor as flagrantes lacunas na RC, o debate gerado no circuito feminista fez mais do que somente enunciar os temas negligenciados: ele denunciou o caráter centralizador e excludente adotado pelo MS no processo de elaboração da RC. Vista como responsável por conferir à política um aspecto verticalizado, a coordenação da política esteve alheia à diversidade de movimentos sociais de mulheres, conferindo-lhe um caráter empobrecido de potência democrática. Além disso, abdica flagrantemente da concepção de integralidade em saúde e reifica a mulher a partir da dimensão biológica da reprodução.

Discussão

Coprodução das políticas públicas e do Estado

Ao discutir o efeito estrutural do Estado, Silvia Aguião¹⁴ ressalta a importância de estudar as práticas que sistematicamente fazem com que o Estado, como uma estrutura, pareça existir. Considerando que as políticas públicas ocupam lugar central entre as práticas que forjam o Estado, ao mesmo tempo que também contribuem para a formação da própria população, interessa pensá-las como um ponto de convergência no qual mulher, Estado, saúde e movimento social se coproduzem. Assim, é necessário compreender essas categorias não como pontos isolados, mas como linhas que se entrecruzam, fazendo com que uma seja imanente à outra.

O envolvimento de grupos da sociedade civil na elaboração de políticas públicas de saúde não se inaugurou nos anos 2000 na área de saúde da mulher. A intensificação da participação popular em governos na América Latina ocorreu a partir dos anos de 1980, em um momento no qual muitos países reescreveriam suas constituições e passariam a incorporar

temas relacionados às mulheres nos planos de governo^{27,36,37}. No caso do Brasil, esse período coincide com a transição do regime autoritário da ditadura civil-militar para o regime democrático de presidencialismo, sendo marcado por intensa mobilização da sociedade em prol de maior participação popular nas diferentes esferas do governo, e com vigorosa presença do ativismo feminista^{3,38}.

Na década de 1990, diversos países latino-americanos, ainda que sob governos das mais variadas matizes do espectro político, não só estavam promovendo participação social como também criando órgãos estatais destinados às questões relacionadas às mulheres e incluindo alguns termos feministas em sua agenda^{36,39}. A trajetória brasileira ganha relevo nesse panorama devido às experiências vividas ainda antes dos anos de 1990, com a formulação e implementação do PAISM, em 1984, e a criação do CNDM, em 1985. O PAISM foi pioneiro no cenário global ao desenhar um programa de saúde para mulheres sob a diretriz da integralidade⁷. O CNDM, por sua vez, inaugurou a entrada oficial de ativistas feministas na esfera federal do governo, cuja função híbrida articulava simultaneamente movimentos sociais e representantes do governo⁴⁰.

Após a redemocratização, as feministas acumularam reflexões, experiências e críticas sobre a 'maquinaria estatal' relacionada às mulheres⁴⁰. Uma das constatações dizia respeito ao frágil poder deliberativo, executivo e orçamentário de órgãos governamentais destinados a tratar de questões das mulheres. Outra apontava para o papel chave que a posição ocupada por esses órgãos no organograma governamental imprimia na relevância e na sobrevida das ações promovidas⁴⁰.

Além da presença marcante de ativistas nas gestões federais estudadas, observou-se a diferença de visões e objetivos entre os grupos de ativistas que ocuparam cargos no governo. Considerando as pautas que atingiram alguma hegemonia no MS, é possível identificar divergência entre as prioridades elencadas e o método utilizado para elaborar propostas

entre a equipe que compôs a primeira gestão de Lula, à época da PNAISM, e aquela que integrou a primeira gestão de Dilma, à época da RC. A participação popular, incluindo o assento em processos deliberativos, sobressai como um elemento dissonante.

Tais divergências indicam que não há consenso tanto entre ativistas que se ocupam do Estado quanto na dimensão dos temas vinculados às mulheres e aos feminismos dentro dos partidos políticos. Mais do que um campo bem estabelecido dentro dos partidos, o feminismo no Estado aparece como um efeito de alianças políticas construídas ao longo das campanhas eleitorais e dos governos³. Mesmo em governos considerados parceiros, as feministas “precisam trabalhar na contra-corrente das práticas e das falas do Estado em que participam”⁴⁰⁽¹⁰⁸⁾.

Avanços e recuos da agenda feminista no Estado

O direcionamento de esforços a fim de tecer articulações com o Estado tornou-se alvo de polêmicas dentro dos movimentos sociais desde os anos de 1980^{3,4,27,40}. O “longo e turbulento percurso”³⁽⁷¹⁾ de institucionalização da agenda feminista causava preocupação nas ativistas, uma vez que poderia acarretar descaracterização das pautas, por meio de sua tradução e incorporação seletiva. Por um lado, o aumento da capacidade de influenciar o cenário político-institucional era comemorado, pois acenava com a possibilidade de ampliar a permeabilidade do Estado à pauta feminista. Já, por outro lado, havia receio de que os movimentos fossem contaminados por uma atuação tecnocrática, gerando distanciamento das bases populares e dificuldade em exercer uma oposição mais frontal e radical ao governo, ao Estado e ao capitalismo⁴.

Levar para o campo dos direitos e das políticas públicas questões referentes às condições de vida das mulheres tem a intenção de favorecer a transformação desse cenário^{4,38}, principalmente em um contexto no qual a pobreza e a violência ameaçam

sistematicamente a própria vida, como é o caso do Brasil. Assim, a procura da proteção estatal atenderia à própria possibilidade de se manter viva, fazendo com que a parceria com o Estado em nome da ampliação de direitos e da cidadania transforme-se em algo “que não podemos não desejar”⁴¹⁽²⁷⁹⁾.

Aproximar-se do Estado requer dos movimentos sociais aprender a gramática estatal em um esforço de traduzir as questões sensíveis de sua agenda para a linguagem de documentos e leis¹⁴. A produção de conhecimento acadêmico e científico, assim como a circulação de docentes e pesquisadoras por espaços ligados a movimentos sociais e ao governo, compõe o processo de incidir no Estado na experiência brasileira em direitos reprodutivos e sexuais⁴².

O relevante fluxo de movimentos sociais buscando interagir com o Estado desde o final da década de 1980 foi, em parte, incentivado pela incorporação seletiva de termos do vocabulário feminista por agências internacionais como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional, a Fundação Rockefeller e a ONU⁴⁰. Esses organismos adotaram um discurso no qual a igualdade de gênero tinha centralidade na sua plataforma de ação junto aos países, sobretudo os considerados periféricos³⁹.

A adoção da ‘agenda da igualdade de gênero’ ou da ‘perspectiva de gênero’ pelas agências internacionais, que impactaria movimentos sociais e governos, efetivou-se, sobretudo, a partir da definição de metas voltadas para as mulheres⁴³. Diante disso, pode-se identificar o reforço de paradigmas nos quais o corpo passível de medicalização, regulação e controle é o feminino⁴⁴. O fato de que a perspectiva de gênero informe e subsidie políticas comprometidas com o que faz um corpo ser designado como feminino – nomeadamente, a capacidade reprodutiva –, em vez de políticas voltadas para habitação, imigração, empregos, agricultura, mobilidade, meio ambiente, é algo a ser urgentemente ponderado. A que complexo conjunto de

problemas a evocação de gênero no âmbito do Estado responde?

No período que compreende a PNAISM, de 2003 a 2005, vê-se que o esforço para a transversalização de gênero entre as pastas ministeriais foi mais bem sucedido nas áreas de saúde e educação, do que em outras como economia, segurança pública, relações exteriores e casa civil. Indo além, ao considerar a transversalização de gênero no governo federal brasileiro, a partir dos anos 2000, pode-se pensar em duas camadas de composição: na primeira, a saúde se sobressai como o campo que se mostrou mais permeável às demandas feministas; e, na segunda, dentro das políticas públicas de saúde, algumas das pautas dos movimentos sociais mais palatáveis aos projetos de governo foram mais bem sucedidas na conquista de espaço³⁷. O engajamento de movimentos feministas com o Estado conseguiu, na saúde, uma articulação singular com as tecnologias de governo de modo a inscrever, mesmo que de modo instável, suas marcas na política pública.

Na RC, a priorização da assistência a gestação e parto, em consonância com os ODM, valeu-se do arcabouço de movimentos sociais, como a Rehuna⁴⁴. O uso da linguagem dos direitos a fim de promover o materno-infantilismo e sufocar temas como sexualidade e aborto mostrou-se um recurso importante para firmar apoios partidários³¹. Tais alianças conservadoras forçaram um recuo na diretriz da integralidade e na agenda feminista para a saúde da mulher, demonstrando a frágil institucionalidade de políticas como a PNAISM e também as disputas em torno do papel da mulher na sociedade.

Os reveses pela ampliação de políticas públicas baseadas em direitos humanos apenas aumentaram nos anos recentes⁴⁵. A perda de direitos para as mulheres no Brasil é alarmante e, considerando que estamos no início de uma nova gestão federal, interessa observar por onde transitarão o debate e as propostas para a saúde da mulher e qual articulação se costurará com os movimentos sociais feministas.

Considerações finais

A análise mostrou que o Estado é habitado por forças não conciliadas entre si que sofrem inflexões ao longo do tempo, de acordo com as distintas conjunturas. Entre os aspectos mais relevantes das políticas analisadas, destacou-se a relação entre Estado e movimentos sociais de mulheres e feministas. A forma final dos documentos de cada normativa revela a influência da incidência do ativismo social na formulação de políticas, tanto no que se refere à concepção de sujeito quanto à de política pública de assistência à saúde. Na PNAISM, política alinhada à perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, a diversidade de movimentos sociais imprimiu marcas referentes à ampliação dos direitos das mulheres na saúde e à democratização do processo de elaboração de políticas públicas. Na RC, a parceria limitada a um único representante do movimento social gerou empobrecimento do escopo de ações e também do sujeito alvo.

A visibilização de tensões internas aos diferentes movimentos feministas e de mulheres problematiza a universalização da mulher e, conseqüentemente, de suas condições de vida e necessidades de saúde. O fortalecimento de uma diversificação da agenda à época da PNAISM expandiu a figura de sujeito político ao visibilizar mulheres negras, indígenas, lésbicas, do campo, com deficiência e em situação de privação de liberdade. Nota-se a contribuição fundamental do movimento de mulheres negras para que os feminismos se tornassem mais sensíveis às diferenças e levassem tais demandas aos espaços participativos⁴⁶.

A ocupação de cargos nos ministérios por ativistas pelos direitos das mulheres trouxe implicações tanto para os movimentos sociais quanto para o próprio Estado. Para as ativistas, significou estar em negociação permanente da agenda, buscando parcerias entre os gestores, ao passo que para o Estado resultou em assumir um conjunto de proposições, conceitos e prerrogativas no seu quadro de referências.

Identificou-se que a parceria com o Estado praticada pelos movimentos sociais de mulheres e feministas sofreu impactos relevantes dos processos eleitorais (2010 e 2014) para a presidência da República e também em face dos distintos acordos partidários^{27,31}. Ao submergir uma política (PNAISM) e seu respectivo conjunto de paradigmas, em benefício de promover uma outra (RC), o jogo de interesses político-partidário serviu-se de elementos do vocabulário dos movimentos sociais na luta por direitos a fim de concretizar alianças conservadoras. Esse aspecto torna-se especialmente relevante diante do cenário de profundo recrudescimento nos direitos das mulheres experimentado no Brasil nos últimos anos.

Por fim, a análise das políticas aponta para a sucessiva constituição do gênero e do Estado, inclusive no que se refere às disputas por sentido e por poder no domínio público. Nesse cenário, a diferença sexual opera no centro do processo de produção de segregação, ordenamento e hierarquização de corpos, práticas e modos de vida. Portanto, trata-se de

considerar o papel estratégico que o sexo e o gênero desempenham na conformação de tecnologias de governo e das dinâmicas estatais.

Agradecimentos

Nossos mais sinceros agradecimentos a Ana Maria Costa e a Elisabeth Meloni Vieira, pela leitura atenta e cuidadosa deste manuscrito e pelos comentários generosos.

Colaboradoras

Rosa H (0000-0002-2778-1690)* contribuiu para concepção e desenho da obra, aquisição, elaboração e levantamento dos dados, análise e interpretação de dados, produção do texto e revisão final. Cabral CS (0000-0003-3025-2404)* contribuiu para concepção e desenho da obra, revisão crítica de conteúdo intelectual relevante e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Franke K. Dating the State: the moral hazards of winning gay rights. *Colum Hum Rts L Rev* [Internet]. 2012 [acesso em 2024 set 29];44:1-46. Disponível em: https://scholarship.law.columbia.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3110&context=faculty_scholarship
2. Pitanguy J. Advocacy e direitos humanos. In: Barssted LL, Pitanguy J, organizadoras. *O Progresso das Mulheres no Brasil 2003-2010*. Rio de Janeiro: CEPPIA; 2011. p. 20-57.
3. Ávila MB, Corrêa S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: Galvão L, Díaz J, organizadores. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 70-103.
4. Schumacher S. Os movimentos feministas ontem e hoje no Brasil: desafios da sua institucionalização. In: Matos M, Alvarez S, organizadoras. *Quem são as mulheres das políticas para as mulheres no Brasil: o feminismo estatal participativo*. Porto Alegre: Zouk; 2018. p. 21-56.
5. Bandeira L, Almeida T. A transversalidade de gênero nas políticas públicas. *Rev CEAM* [Internet]. 2013

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- [acesso em 2024 set 25];2(1):35-46. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadoceam/article/view/10075>
6. Ministério da Saúde (BR). Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília, DF; 1984.
 7. Costa AM, Bahia L, Conte D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Saúde debate* [Internet]. 2007 [acesso em 2024 set 29];31(75-77):13-24. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345310003.pdf>
 8. Araújo M, Simonetti M. Saúde das Mulheres: questões que o debate sobre políticas públicas ainda tem que enfrentar. *Rev Observatório Brasil Igualdade de Gênero*. 2014;4(5):118-29.
 9. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Cebes; Ó2024. Costa AM. Saúde integral da mulher: quo vadis 30 anos depois?; 2013 março 7 [acesso em 2024 jan 25]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2013/03/saude-integral-da-mulher-quo-vadis-30-anos-depois/>
 10. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: MS; 2004.
 11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 25 jun 2011; Seção 1.
 12. Carvalho LDP. Da esterilização ao Zika: interseccionalidade e transnacionalismo nas políticas de saúde para as mulheres [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017. 212 p.
 13. Centro Feminista de Estudos e Assessoria (Cfemea). Atenção Integral à Saúde da Mulher ficou fragilizada. *Jornal Fêmea* [Internet]. 2011 [acesso em 2024 set 20]. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/images/stories/colecaofemea/jornalfemea172.pdf>.
 14. Aguião S. Fazer-se no “Estado”: uma etnografia sobre o processo de constituição dos “LGBT” como sujeitos de direitos no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Eduerj; 2018.
 15. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde soc*. 2016;25(3):535-49. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>
 16. Souza Lima AC, Castro JPM. Notas para uma abordagem antropológica da(s) política(s) pública(s). *Antropológicas* [Internet]. 2015 [acesso em 2024 set 2];26(2):17-54. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaanthropologicas/article/view/23968>
 17. Foucault M. Segurança, território e população. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
 18. Preciado P. *Testo Junkie*. São Paulo: n-1; 2018.
 19. Vianna A, Lowenkron L. O duplo fazer do gênero e do Estado: interconexões, materialidades e linguagens. *Cad Pagu*. 2017;51:1-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/18094449201700510001>
 20. Corrêa S, Parker R. Prologue. In: Corrêa S, Parker R, organizadores. *SexPolitics: Trends and Tensions in the 21st Century – Critical Issues*. Rio de Janeiro: ABIA; 2018. p. 4-7.
 21. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007. Brasília, DF: MS; 2004.
 22. Ministério da Saúde (BR). Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília, DF: MS; 2011.
 23. Ministério da Saúde (BR). Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança/Rede Cegonha. Brasília, DF: MS; 2015.
 24. Vianna A. Etnografando documentos: uma antropologia em meio a processos judiciais. In: Castilho SRR, Souza Lima AC, Teixeira CC, organizadores. *Antropologia das práticas de poder: reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações*. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2014. p. 43-70.

25. Lowenkron L, Ferreira L. Anthropological perspectives on documents. *Ethnographic dialogues on the trail of police papers*. Vibrant. 2014;11(2):76-112. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1809-43412014000200003>
26. Cruz E. As estratégias de mobilização do movimento feminista para a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004 [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2015. 178 p.
27. Gonzalez D. Quando feminismos e Estado se encontram(?): Brasil e Chile no “ciclo progressista” [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2019. 191 p.
28. Abers R, Tatagiba L. Institutional activism: mobilizing for women’s health from inside the brazilian bureaucracy. In: Rossi F, Bülow M, organizadores. *Social movement dynamics*. Nova Iorque: Routledge; 2015. p. 73-101.
29. Centro Feminista de Estudos e Assessoria (Cfemea). Planejamento com perspectiva de gênero. *Jornal Fêmea* [Internet]. 2004 jan [acesso em 2023 jul 10]. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/images/stories/colecaofemea/jornalfemea132.pdf>
30. Oliveira F. Ministério da Saúde adoça a boca do Vaticano. *Viomundo* [Internet]. 2011 abr 15 [acesso em 2023 jul 10]. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/entrevistas/fatima-oliveira-ms-adoa-a-boca-do-vaticano-ao-retomar-conceito-de-saude-materno-infantil.html>
31. Castro MS. A integralidade como aposta: etnografia de uma política pública no Ministério da Saúde [tese]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2012. 343 p.
32. Werneck J. O governo Dilma está chocando o ovo da serpente. *Viomundo* [Internet]. 2012 fev 9 [acesso em 2023 jul 10]. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/denuncias/jurema-werneck-o-governo-dilma-esta-chocando-o-ovo-da-serpente.html>
33. Vilela E. Coordenadora do Ministério da Saúde fala sobre o Rede Cegonha [DVD]. Brasília, DF: TV Brasil; 2011.
34. Castilhos C. Senhora presidenta, ouça as mulheres. *Viomundo* [Internet]. 2011 abr 2 [acesso em 2024 jul 25]. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/politica/clair-castilhos-senhora-presidenta-ouca-as-mulheres.html>
35. Negrão T. Compromissos assumidos pelo Ministério da Saúde com a Rede Feminista de Saúde não são cumpridos. *Viomundo* [Internet]. 2011 jul 7 [acesso em 2024 jul 25]. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/entrevistas/telia-negrao-portaria-da-rede-cegonha-deixa-a-desejar.html>
36. Curiel O. *La Nación Heterosexual*. Bogotá, DC.: Brecha Lésbica; 2013.
37. Diniz CSG, Cabral CS. Reproductive health and rights, and public policies in Brazil: revisiting challenges during covid-19 pandemics. *Glob Public Health*. 2022;17(11):3175-88. DOI: <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1995463>
38. Silveira PS, Paim JS, Adrião KG. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. *Saúde debate*. 2019;43(esp8):276-291. DOI: <https://www.doi.org/10.1590/0103-11042019S820>
39. Galindo M. No se pude descolonizar sin despatriarcalizar. *La Paz: Mujeres Creando*; 2013.
40. Alvarez S. Falas do Estado ou o estado das falas sobre as mulheres nas administrações democrático-populares. In: Godinho T, Silveira M, organizadores. *Políticas públicas e igualdade de gênero*. São Paulo: CEM; 2004. p. 103-12.
41. Spivak G. *Outside in the teaching machine*. Nova Iorque: Routledge; 1993.
42. Rosa H. *Políticas do feminino: saúde, sexo, gênero*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2023.
43. Farah M. Políticas públicas e gênero. In: Godinho T, Silveira M, organizadores. *Políticas públicas e igualdade de gênero*. São Paulo: PMSP; 2004. p. 127-42.

44. Rosa H, Cabral CS. Uma cidadania da fertilidade – as políticas de saúde da mulher como tecnologias de produção do sexo e do gênero. *Saúde Soc.* 2023;32(2):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220534pt>
45. Brandão E, Cabral CS. Sexual and reproductive rights under attack: the advance of political and moral conservatism in Brazil. *Sex Reprod Health Matters.* 2019;27(2):76-86. DOI: <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1669338>
46. Carneiro S. Mulheres em movimento. *Estud Av.* 2003;17(49):117-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142003000300008>

Recebido em 31/10/2023

Aprovado em 27/09/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de financiamento 001; Processo nº 2023/13347-0, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp); Processo nº 308568/2022-2, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Editora responsável: Ana Maria Costa

Sexualidade e direitos humanos: a SATZ-BR como estratégia interventiva em contexto escolar

Sexuality and human rights: SATZ-BR as an intervention strategy in a school context

Kátia Bones Rocha¹, Gustavo Affonso Gomes¹, Cristiano Hamann¹, Amanda Costa Schnor¹,
Fernanda dos Santos Oliveira¹, Vinícius Perineto Pontel¹, Adolfo Pizzinato²

DOI: 10.1590/2358-289820251449063P

RESUMO Estudos contemporâneos explicitam como a sexualidade é uma dimensão contextual e relacional da vida humana. Essa leitura de sexualidade tem colocado, paulatinamente, novos desafios às noções relativas à saúde, mas também, por extensão, tensionado o campo da garantia de direitos humanos fundamentais. Não por acaso, entidades internacionais e nacionais têm apontado a necessidade de intervenções psicossociais em contexto educativo, como espaço estratégico de garantia de direitos na interface com a sexualidade. Diante da necessidade, verificada na literatura internacional, de intervenções longitudinais, contextuais e não restritivas a uma leitura fisicalista de sexualidade, o presente estudo se propõe a apresentar a adaptação para o Brasil do protocolo de intervenção South Africa and Tanzania (SATZ). Tendo em vista adequações realizadas na presente adaptação, contemplando uma maior abertura para dissidências de gênero e sexualidade, maior ênfase em aspectos dialógicos e participação da comunidade escolar, a SATZ-BR se mostra em consonância com os direitos humanos, com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e com as diretrizes do plano nacional curricular brasileiro.

PALAVRAS-CHAVE Sexualidade. Direitos humanos. Saúde sexual. Educação sexual. Intervenção psicossocial.

ABSTRACT Contemporary studies explain how sexuality is a contextual and relational dimension of human life. This reading of sexuality has gradually posed new challenges to notions relating to health but has also, by extension, put tension in the field of the guarantee of fundamental human rights. It is no coincidence that international and national entities have highlighted the need for psychosocial interventions in an educational context, as a strategic space for guaranteeing rights at the interface with sexuality. Given the need, verified in international literature, for longitudinal, contextual interventions that are not restrictive to a physicalist reading of sexuality, the present study aims to present the adaptation of the intervention protocol South Africa and Tanzania (SATZ) for Brazil. In view of the adjustments made in this adaptation, including greater openness to gender and sexuality dissent, greater emphasis on dialogic aspects, and participation of the school community, SATZ-BR is in line with human rights, with the 2030 Agenda for Development Sustainable and with the guidelines of the Brazilian national curricular plan.

KEYWORDS Sexuality. Human rights. Sexual health. Sex education. Psychosocial intervention.

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) – Porto Alegre (RS), Brasil.
katiabonesrocha@gmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil.



Introdução

A sexualidade é compreendida, em muitos campos de estudo, como uma dimensão visceral da experiência humana. Enquanto construto histórico, explicita que os erotismos, desejos, afetos e usos do corpo são intercâmbios sempre contextuais e relacionados ao plano social. Essa leitura de sexualidade, derivada especialmente de estudos como os de vertente crítica, construcionista, foucaultiana e/ou feministas, tem colocado paulatinamente novos desafios às noções relativas à saúde, à reprodução, ao uso de tecnologias e suas relações com os exercícios do poder na sociedade^{1,2}, mas também, por extensão, tensionando o campo da garantia de direitos humanos fundamentais. Não por acaso, vivenciamos em muitos contextos geopolíticos a contraposição entre leituras da sexualidade como aspecto multidimensional – física, psicológica, espiritual, econômica, política, sócio-cultural^{3,4}, mas também movimentos reacionários que leem desejos, emoções, experiências e condutas consideradas dissidentes pela via da proibição e da imposição⁴.

Considerando essa tensão, e em prol de uma leitura emancipada de sexualidade, que a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco)⁵ estabelece como campo estratégico de intervenção o contexto escolar, especialmente pensando em medidas de educação sexual. De acordo com a Unesco⁵, a educação sexual é um processo de ensino e aprendizagem que tem por objetivo construir conhecimentos, habilidades, atitudes e valores para crianças e jovens de forma a produzir autonomia, bem-estar e dignidade; desenvolver relacionamentos sexuais de respeito; desenvolver implicações éticas consigo e com as outras pessoas; e afirmar a proteção de seus direitos ao longo da vida⁵.

Compartilha, portanto, da perspectiva da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável⁶, que objetiva enfrentar diferentes contextos de desigualdades tendo como marco os direitos humanos e a busca por relações

mais equânimes. Neste aspecto, a Agenda estabelece entre seus objetivos acabar com as epidemias de HIV/aids e outras infecções transmissíveis e

assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais⁶.

Aliás, a Agenda 2030 – plano de desenvolvimento para o combate às iniquidades e desenvolvimento sustentável das nações unidas – além de destacar a necessidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde sexual, também enfatiza a necessidade de alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas, eliminando a violência, a discriminação, o tráfico humano, a exploração sexual, casamentos prematuros e ou forçados e a falta de autonomia para as decisões sobre a saúde sexual e reprodutiva⁶.

Na esteira destes marcos documentais internacionais se desenvolveram algumas medidas basilares ao contexto brasileiro. Na interface com a educação, por exemplo, vemos, em 1996, a terceira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que originou os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) e que compreendem pontos nodais para a presente discussão. Os PCN constituem um referencial para qualificar a educação no País e garantir coerência dos investimentos no sistema educacional e, entre os dez volumes dos PCN, há um dedicado para abordar a sexualidade no ambiente escolar⁷. Segundo este volume, o objetivo é contribuir para que a escola se torne ambiência para que jovens sejam capazes de, por exemplo: respeitar a diversidade de valores, crenças e comportamentos relativos à sexualidade; compreender a busca de prazer como saudável; conhecer seu corpo, valorizar e cuidar de sua saúde como condição para usufruir de prazer sexual; reconhecer criticamente características socialmente atribuídas ao masculino e ao feminino, posicionando-se

contra discriminações; identificar e expressar seus sentimentos e desejos, respeitando os dos outros; proteger-se de relacionamentos sexuais coercitivos ou exploradores; agir de modo solidário em relação às pessoas com HIV e de modo propositivo na implementação de políticas públicas voltadas para doenças sexualmente transmissíveis/aids; conhecer e adotar práticas de sexo protegido; e desenvolver consciência crítica e tomar decisões responsáveis a respeito de sua sexualidade⁷.

Estas diretrizes apontam para o fato de que, ainda que jovens aprendam sobre sexualidade e saúde sexual de muitas fontes, as escolas desempenham um papel central. Nesse sentido e, ainda, em sintonia com as diretrizes internacionais sobre direitos humanos, o papel da educação – e, especialmente de suas instituições formais – é chave para a virada rumo a uma maior garantia de direitos sexuais e de direitos reprodutivos.

Os direitos sexuais são uma expressão que busca articular múltiplas demandas relativas à sexualidade e à identidade de gênero, abarcando-as sob a gramática e o regime jurídico geral dos direitos fundamentais e humanos. Objetiva a proteção e legitimidade de identidades, práticas e comportamentos que não estão necessariamente ligados nem à saúde, nem à reprodução, alcançando indivíduos e grupos tradicionalmente desconsiderados como sujeitos de direitos⁸. Apesar dos esforços para a construção e consolidação de um campo autônomo, os direitos sexuais são, com frequência, mobilizados a partir do tratamento conjunto de ‘direitos sexuais e reprodutivos’, uma abordagem indiferenciada que impactou negativamente o avanço de pautas relativas à sexualidade, marginalizando práticas, identidades e agendas não hegemônicas⁸.

Buscando o avanço das pautas de garantia de direitos sexuais, em que pesem as dificuldades dos processos de ideologização moralizante vividos no País nos últimos anos⁵, as instituições educacionais e, particularmente, a escola, apresentam possibilidades mais efetivas de operar objetivamente contra a redução da

sexualidade ao campo fisiológico, falaciosamente relacionada apenas a relações sexuais, doenças e reprodução. A educação sexual que segue as prerrogativas de direitos humanos e de uma escola emancipatória, portanto, deve explorar o campo da sexualidade de forma abrangente, considerando a articulação entre dimensões do sujeito, como autoestima, não dissociados de questões socioculturais, como relações de gênero e preconceito^{9,10}.

Diferentes revisões sistemáticas sobre intervenções psicossociais dirigidas à educação sexual apontam que existem evidências científicas suficientes mostrando que estas ações contribuem para promover práticas sexuais mais seguras¹¹⁻¹³. Furlanetto e colaboradores¹⁴, a partir da revisão sistemática desenvolvida sobre educação sexual no contexto escolar, identificaram estudos que apontam: uma maioria de intervenções pontuais, não longitudinais; realizadas por profissionais que não pertencem ao quadro escolar; somente um estudo, de 24 intervenções, incluía adolescentes, familiares e professores; com predomínio de temas que respondiam à abordagem médico-informativa, relacionada estritamente à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e gestação. Outros estudos abordaram temas diversos, envolvendo discussões sobre normas de gênero e identidade, preconceito, diversidade e aspectos culturais e familiares – mas representavam a minoria das intervenções mapeadas.

Estes aspectos indicam que existe a necessidade da realização de intervenções de maior duração, de forma estruturada, que englobe diferentes sujeitos do contexto escolar e que elenque as prerrogativas éticas e políticas para uma leitura emancipatória de sexualidade – especialmente em populações como a brasileira, marcadas por grupos que têm alta prevalência do vírus HIV e que apresentam dados de início precoce da vida sexual¹⁵. Partindo de tais pressupostos, o presente estudo procura descrever o processo de adaptação transcultural da intervenção South Africa and Tanzania (SATZ) que é descrita como uma intervenção eficaz^{12,16-18} e

é apontada no relatório da Unesco 'Review of the Evidence on Sexuality Education Report – International Technical Guidance on Sexuality Education' como uma das mais completas, assim como discutir os aspectos estratégicos desta intervenção diante de uma educação sexual alinhada com os direitos humanos.

Material e métodos

A adaptação se desenvolve de forma sistemática mediante dois objetivos: a preservação dos componentes centrais da intervenção original e a sensibilidade cultural na qual a intervenção será desenvolvida, de modo a respeitar a identidade, valores e necessidades de determinada população¹⁹. Estes aspectos fazem apontar para o fato de que, no processo de adaptação de intervenções, existe um significativo dilema entre manter a fidelidade à intervenção original e adaptá-la aos aspectos da população-alvo. A qualidade das adaptações vai estar fortemente associada à influência de fatores contextuais, tais como as características da comunidade, a qualidade dos treinamentos oferecidos para realização da intervenção, a supervisão e a capacidade organizacional para implementação¹⁹. Assim, a adaptação deve ser feita com consideração cuidadosa e com algum entendimento dos componentes centrais do programa ou currículo, conforme descrito pelos desenvolvedores do programa ou em pesquisas subsequentes¹².

Neste propósito, foi seguido o Adapt-IT, instrumento criado para a adaptação de intervenções preventivas ao HIV que é dividido em fases²⁰, como base para a adaptação da SATZ. O presente estudo se centrou na realização das seguintes etapas: 1) Seleção da intervenção; 2) Tradução da intervenção; 3) Adaptação dos módulos ao contexto brasileiro; 4) Capacitação da equipe; 5) Apresentação da intervenção para profissionais da educação; 6) Estudo-piloto. O estudo piloto, em específico, foi realizado em duas escolas públicas da cidade de Porto Alegre e região metropolitana. Os participantes

foram 30 adolescentes com uma média de idade de 15,2 anos estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental e primeiro ano do Ensino Médio. Para o acompanhamento qualitativo do estudo piloto foram confeccionados diários de campo após cada encontro da intervenção, visando descrever as experiências empíricas dos pesquisadores e comentários sobre os encontros. Posteriormente realizou-se uma análise temática, que consistiu em analisar e categorizar os temas emergidos, possibilitando identificar eixos analíticos²¹.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, registrado pelo Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 55413622.2.0000.5336, sob parecer nº 5.750.981, assim como pela Secretaria de Educação do Estado do Rio Grande do Sul, por meio da Coordenação de Políticas Específicas para a Educação/Assessoria dos Direitos Humanos e da Coordenação do Programa Saúde Escolar, em consonância com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidas pelas Resoluções nº 466/2012²² e nº 510/2016²³ do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Por se tratar de estudo que envolveu a participação de menores de idade, o assentimento informado e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram realizados por parte dos responsáveis.

Resultados

A seguir serão descritos os processos referentes às etapas utilizadas do Adapt-IT. Posteriormente, será apresentada uma discussão analítica acerca dos dados.

Seleção da intervenção

O relatório da Unesco escrito por Montgomery e Knerr¹² analisou 22 revisões sistemáticas, 70 estudos randomizados controlados e 65

publicações e recursos on-line de avaliações de intervenções de educação sexual dirigidas a crianças e jovens entre 5 e 18 anos. Depois das análises, três protocolos foram descritos como mais eficazes. Entre eles está o protocolo, desenvolvido por pesquisadores da Europa e da África^{17,18}. Trata-se de uma intervenção para jovens de 12 a 14 anos, originalmente focada na prevenção à infecção por HIV e em medir o impacto no uso de preservativos. A intervenção é baseada em um modelo chamado Attitude-Social Influence-Efficacy (ASE), a partir do qual compreende-se que os comportamentos acontecem com base nas atitudes/crenças pessoais, nas normas sociais e na autoeficácia.

A SATZ foi elaborada nos municípios de Mankweng e Cidade do Cabo (África do Sul) e Dar es Salaam (Tanzânia), nos quais foram realizados ensaios clínicos randomizados, sendo selecionadas trinta escolas de ensino médio na África do Sul e vinte e quatro escolas primárias na Tanzânia. As escolas foram alocadas em grupo experimental ou grupo controle, de forma aleatória, e o processo de escolha das escolas também passou por aleatorização¹⁷. Nestas organizações escolares a SATZ foi aplicada por professores, que receberam um treinamento prévio de 4 a 5 dias, incluindo pelo menos um encontro de reforço por escola, e os momentos interventivos tiveram duração de 11 a 17 horas. Como material de apoio, contava com o manual do/a interventor/a (pessoa responsável por conduzir a intervenção) e com um manual de estudante, cada um adaptado culturalmente à realidade de cada cidade da

intervenção – contendo os mesmos tópicos basilares.

As temáticas foram divididas em 16 experiências de aprendizado¹⁷, sendo elas: autoimagem e valores; desenvolvimento pessoal, social e físico; sexualidade e reprodução; HIV, aids, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e uso de substâncias; uso de preservativo; papéis de gênero; habilidades para proteção e segurança; violência por parceiro íntimo; contracepção; tomada de decisão sexual e comportamento sexual de risco; avaliação de risco sexual; mitos e concepções erradas; vida saudável; e direitos reprodutivos. Os métodos utilizados para atingir seus objetivos foram: apresentações; treinamento de habilidades; discussões em grandes e pequenos grupos; *role-plays*; atividades diversas em pequenos grupos; questionários para os estudantes entrevistarem seus familiares; lições de casa e tarefas para envolverem os responsáveis nessas lições.

Observou-se que o modo como a intervenção foi conduzida, de forma dialógica, foi motivo para que apresentasse elevados níveis de efetividade. Já que foi organizada de maneira experiencial e participativa, buscando melhorar a capacidade de comunicação assertiva e de autocuidado, assim como o fato de abordar informações que não se restringiam ao campo fisicalista da sexualidade (abordando-a de forma mais integral), a intervenção possibilitou engajamento e produção de sentido diante das atividades. O *quadro 1* sistematiza os principais elementos da intervenção original.

Quadro 1. Intervenção original SATZ

		Cidade do Cabo	Mankweng	Dar es Salaam
Duração planejada	Março a agosto de 2004. Encontro de reforço em fevereiro de 2005	17 horas	11 horas	17 horas
Materiais (http://prepare.b.uib.no/project-summary-satz/)	Manual para professores com planejamento de aula	Inglês	Inglês	Inglês e Suaíli
	Apostila dos estudantes	Inglês, Africâner, Xhosa	Inglês	Suaíli
	Apostila para lições de casa	Sim	Sim	Sim

Quadro 1. Intervenção original SATZ

		Cidade do Cabo	Mankweng	Dar es Salaam
Tópicos de aprendizagem	Cartazes, preservativos e consolo	Sim	Sim	Não
	Cartilha sobre uso de substâncias	Sim	Não	Não
	Bloco de cavalete e cartões em papel pardo	Sim	Não	Sim
	Autoimagem e esclarecimento de valores	Sim	Não	Sim
	Desenvolvimento pessoal, social e físico, sexualidade e reprodução	Sim	Sim	Sim
	HIV, aids, IST e uso de substâncias	Sim	Sim	Sim
	Uso de preservativo	Sim	Sim	Sim
	Papéis de gênero	Sim	Não	Não
	Habilidades para proteção e segurança	Sim	Não	Sim
	Violência por parceiro íntimo	Sim	Não	Não
	Contracepção	Sim	Sim	Não
	Tomada de decisão sexual e comportamentos sexuais de risco	Sim	Não	Não
	Avaliação de risco sexual	Sim	Não	Não
	Mitos e concepções erradas	Não	Sim	Não
	Estilo de vida saudável	Não	Sim	Não
Métodos educacionais	Direitos de saúde reprodutiva	Sim	Sim	Sim
	Breves apresentações conduzidas pelo professor, treinamento de habilidades através de modelagem, discussão em grandes e pequenos grupos (sexos misturados e mesmo sexo), role-plays, atividades em pequenos grupos, questionários para estudantes entrevistarem seus pais, lição de casa e tarefas para envolver os pais na lição de casa	Sim	Sim	Sim
	Demonstrações de como utilizar preservativos	Sim	Não	Não
	Composição de músicas e quiz	Não	Sim	Não
	Teatro	Não	Não	Sim
Treinamento para professores	No mínimo, dois professores de Orientação para Vida (Cape Town, Mankweng) ou Ciências (Dar es Salaam) treinados por escola	Dois ou mais professores de Orientação para Vida por escola	Dois ou mais professores de Orientação para Vida por escola	Dois ou mais professores de Ciências por escola
	Duração do treinamento	4 dias	4 dias	5 dias
	Instrutor	Consultor privado	Consultor privado	Instituto de Educação de Tanzânia
	Um ou mais encontros de reforço para treinamento	Sim	Sim	Sim

Fonte: Mathews et al.¹⁸.

Tradução da intervenção

A etapa de tradução da intervenção ocorreu em quatro fases e foi realizada por pesquisadores com domínio da língua inglesa e portuguesa. Toda a tradução foi revisada por uma equipe de pesquisadores composta por dois

professores doutores, um aluno de doutorado, dois mestrandos e um bolsista de iniciação científica da graduação. Cada membro realizou individualmente uma tradução literal das experiências de aprendizado (fase 1). As traduções foram compartilhadas e analisadas, identificando oportunidades para aprimorar

e unificar a terminologia utilizada (fase 2). Foram realizadas substituições em materiais de apoio conforme necessário, como vinhetas que poderiam ser substituídas por um material mais atual com o mesmo conteúdo ou ajustes para melhor compreensão dos textos de orientação das atividades propostas (fase 3). Por fim, os cadernos utilizados pelo interventor e pelos estudantes foram unificados (fase 4).

Adaptação do protocolo para o contexto brasileiro

Ocorreram modificações nas seguintes dimensões: duração planejada (número de encontros, tempo de cada encontro e tempo total da intervenção); materiais (manual para professores, caderno de atividades para jovens, planilha para tarefas em casa); tópicos de aprendizagem (desenvolvimento pessoal, social e físico; mitos e equívocos; estilo de vida saudável); métodos educacionais (questionário para estudantes entrevistarem seus pais, *role-play* e confecção de cartaz); e treinamento para professores (pelo menos dois orientadores ou professores de ciências treinados por escola).

Originalmente, as 16 experiências de aprendizagem foram organizadas em encontros semanais de 2 horas e um período aproximado de 5 meses de intervenção. No entanto, considerando as demandas das escolas, tanto em termos curriculares quanto em suas especificidades, optou-se por modificar a intervenção para 11 experiências, com tempo aproximado de 1h30min (16h30min ao todo) e uma média de 3 meses de processo. Essa redução foi importante para não convergir com o período de avaliações das escolas e se concretizar de maneira contínua, sem interrupções. Tais alterações foram realizadas com base no contato com a Secretaria Municipal de Educação de Porto Alegre e nas entrevistas com as equipes diretivas das escolas participantes.

No que concerne às temáticas, estas foram adaptadas unificando algumas experiências de aprendizado. A intervenção original contava com 47 atividades no total, sendo que 21

(44,7%) seguiram sem alteração no piloto. Entretanto, devido às necessidades do contexto escolar e questões culturais, 11 (23,4%) atividades foram retiradas, 10 (21,3%) adaptadas e 01 (2%) substituída. Estas adaptações foram feitas para a adequação ao tempo da intervenção, como retirar as atividades de procurar significados de conceitos no dicionário, partindo, ao invés disso, de crenças e valores dos estudantes. As atividades de busca de reportagens na internet sobre situações coercitivas e de *role-play* foram reduzidas, porém suas reflexões foram mantidas.

Para além, a intervenção original apresentava vinhetas apenas com casais cisgêneros e heterossexuais. Contrapondo esta perspectiva, foram incluídas atividades ao longo do protocolo que considerassem a diversidade sexual e de gênero, o que se mostrou pertinente também por parte de escolas que pediram encontros adicionais sobre questões de dissidência de gênero e sexualidade. Um dos principais recursos adicionados foi o Unicórnio de Gênero, que aborda identidade de gênero, orientação sexual, expressão/apresentação de gênero, sexo designado ao nascer e atração sexual/emocional²⁴.

Outra alteração importante no processo de adaptação para o contexto brasileiro foi a menor ênfase na abstinência sexual (que fazia mais sentido na intervenção original devido a demandas culturais do contexto de origem), e maior ênfase na tomada de decisões responsáveis, na comunicação assertiva e na identificação de situações de violência. A abstinência sexual tem sido identificada em diversas pesquisas como uma estratégia limitada para a saúde sexual de adolescentes²⁵.

Em busca de tornar a aprendizagem mais inclusiva, e de investir em aspectos mais informativos de acordo com a necessidade da população, a intervenção piloto adicionou o exemplo do preservativo interno durante a demonstração e prática de como utilizar corretamente. Outros métodos de prevenção também foram abordados, como PrEP, PEP e vacinas para HPV.

O *quadro 2* sistematiza os encontros propostos para o piloto da intervenção adaptada, considerando suas temáticas, atividades

desenvolvidas, bem como os conhecimentos, habilidades e atitudes propostos para serem trabalhados:

Quadro 2. Adaptação da SATZ-BR

Temática do encontro	Atividades desenvolvidas	Conhecimentos, habilidades e atitudes a serem trabalhados
Normas, valores e contrato	1. <i>Rapport</i> . 2. Contrato de trabalho. 3. Listagem de coisas que os pais, familiares, amigos e outros dizem sobre sexualidade. 4. <i>Role-play</i> .	Conhecimentos trabalhados: normas e valores relacionados à sexualidade, religião, família, amigos e comunidade. Habilidades trabalhadas: explorar os próprios valores e normas. Identificar a origem dos valores e normas dos pais, dos amigos e da religião. Resistir à pressão dos pares e habilidades de comunicação para compartilhar com os demais os seus valores pessoais sobre a sexualidade. Valores/Atitudes centrais: valores, normas e as suas influências na sexualidade.
Autoestima	1. Definição de autoestima. 2. Listagem de talentos e forças. 3. Apresentação de si - 'Propaganda pessoal'.	Conhecimentos trabalhados: conceito de autoestima e sua relação com a sexualidade; Habilidades trabalhadas: identificar qualidades positivas de si, tomada de decisão sobre sexualidade e comunicar qualidades positivas; Valores/Atitudes centrais: autoavaliação, autorrespeito e confiança em si mesmo ao tomar decisões acerca da sexualidade.
Corpo Humano e órgãos sexuais	1. Apresentação dos sistemas genitais e aplicação de questionário sobre o tema. 2. Discussão sobre todo o processo reprodutivo, desde a concepção até o nascimento. 3. Pôster sobre a concepção até o nascimento.	Conhecimentos trabalhados: nomes e funções dos órgãos sexuais; Ejaculação, menstruação e concepção. Habilidades trabalhadas: Identificar e descrever os órgãos sexuais. Valores/Atitudes centrais: respeito pelo seu corpo, dos outros e seu funcionamento; Dessensibilização em relação à anatomia sexual; Possibilidade de conversar sobre a biologia sexual.
Sexo, sexualidade e gênero	1. Diferenças entre os significados de sexo e sexualidade. 2. <i>Role-play</i> - interpretar relação entre namorados e namoradas. 3. Unicórnio de gênero.	Conhecimentos trabalhados: diferença entre sexo, sexualidade e gênero; como as pessoas podem se comportar em relações sexuais tendo em vista estes conceitos; diferentes normas sobre sexualidade impostas a meninos e meninas. Habilidades trabalhadas: descrever dimensões da sexualidade (orientação sexual, identidade de gênero, sexo designado, expressão de gênero, erotismo, prazer, intimidade) e como o intercurso sexual as afetam; articular conceitos de gênero e questionar vieses. Valores/Atitudes centrais: aceitação e respeito por todas as dimensões da sexualidade; abertura para explorar conceitos de gênero, vieses de gênero e a crítica em relação a normas de gênero.
Direitos sexuais, reprodutivos e formas de violência	1. O que te atrai no outro? – Tabela de ações consideradas atraentes 2. Criação de pôster sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos com suas responsabilidades incluídas 3. Discussão sobre como situações violentas e/ou sexualmente exploradoras poderiam ser evitadas ou enfrentadas	Conhecimentos trabalhados: direitos Sexuais e Reprodutivos (DS&R); viés de gênero nos DS&R; limites do corpo do outro; comportamentos, sugestões e situações que podem ameaçar esses limites; as várias formas de violência e coerção em relacionamentos; uso generalizado da violência para obter sexo; DS&R de pessoas jovens Habilidades trabalhadas: explicar o viés de gênero em questões de DS&R; definir os próprios limites do seu corpo e do outro; reconhecer comportamentos, sugestões e situações que podem ameaçar esses limites; reconhecer situações potencialmente violentas/sexualmente abusivas; Valores/Atitudes centrais: valorização da própria segurança e saúde sexual, bem como dos outros; senso de autopreservação bem desenvolvido; respeito pelo próprio corpo e dos outros; crítica em relação às diferentes formas de violência nos relacionamentos.

Quadro 2. Adaptação da SATZ-BR

Temática do encontro	Atividades desenvolvidas	Conhecimentos, habilidades e atitudes a serem trabalhados
Assertividade, passividade, agressividade, manipulação e situações de risco sexual.	1. <i>Role-play</i> – tipos de comportamento. 2. <i>Role-play</i> – recusa de relações sexuais. 3. Discussão sobre violência sexual e questionário sobre a temática.	Conhecimentos trabalhados: significado e diferenças entre assertividade, passividade, agressividade e manipulação; consequências emocionais desses estilos de comunicação; influência da assertividade na tomada de decisão nas relações sexuais; obstáculos para a assertividade; risco da relação sexual em contextos de violência, festas, uso de substâncias e sozinho com o parceiro; como evitar cada situação ou enfrentar cada situação. Habilidades trabalhadas: distinguir as diferenças entre assertividade, passividade, agressividade e manipulação; dizer ‘não’ quando necessário; justificar as próprias escolhas; ser assertivo; explorar e articular obstáculos pessoais para a assertividade; reconhecer situações de risco; evitar situações de riscos; discutir valores, normas e atitudes que podem encorajar ou colocar alguém em situações de risco. Valores/attitudes centrais: respeito por si e pelos outros; valores que respeitam a decisão de cada um em evitar situações de risco; normas e valores que são negativos em relação a violência e uso de substâncias; normas e valores que determinam os riscos de estar sozinho com o parceiro.
Abstinência e decisões responsáveis para uma vida sexual segura.	1. Perguntas sobre razões pelas quais as pessoas escolhem fazer ou não fazer sexo. 2. Discussão e perguntas sobre aspectos das relações sexuais e as consequências, negativas e positivas, da abstinência sexual e da relação sexual (com e sem proteção). 3. Linha da vida - Definição metas e planejando estratégias para uma visão pessoal de futuro.	Conhecimentos trabalhados: significado de abstinência, condições nas quais abstinência pode falhar ou servir como método de autocuidado; como o comportamento sexual influencia planejamentos futuros; como a autoestima contribui ao futuro; como definir metas e ter um planejamento de vida. Habilidades a serem trabalhadas: explicar seus valores em relação a abstinência; praticar ou não a abstinência; escolher quando iniciar a vida sexual; reconhecer uma situação que possa dificultar suas decisões; entender de como o comportamento sexual impacta no futuro; traçando metas; planejar o futuro. Valores/attitudes centrais: crítica-reflexiva em relação à abstinência; valores próprios em relação a abstinência, autoconfiança e autoeficácia sobre decidir ou não iniciar a vida sexual; motivação de planejar e alcançar o futuro desejado; responsabilidade por si e pelo seu futuro.
Métodos de prevenção.	1. <i>Role-play</i> - comprando preservativos. 2. <i>Role-play</i> - discutindo o uso do preservativo com um parceiro. 3. Passo a passo do uso do preservativo – atividade com preservativos em prótese peniana ou banana.	Conhecimentos trabalhados: onde obter preservativos, PrEP, PEP, vacinas ou outros métodos para prevenir gravidez, IST e HIV; eficácia dos preservativos, PrEP, PEP, vacinas e outros métodos; negociação do uso do preservativo. Habilidades trabalhadas: obter um preservativo; conversar sobre o uso de preservativos; negociar uso do preservativo; colocar e remover um preservativo; armazenar e descartar um preservativo corretamente. Valores/Attitudes centrais: aceitação de métodos contraceptivos como uma opção; sentimentos de autoeficácia frente a discussão sobre preservativos; sentimentos de autoeficácia frente ao uso do preservativo.
Consequências negativas da relação sexual: IST e HIV.	1. <i>Role-play</i>: visita ao médico. 2. Apresentação sobre o que são as IST, quais são as mais comuns e quais os riscos à saúde. 3. Conversa sobre HIV/aids. 4. Discussão sobre discriminação.	Conhecimentos trabalhados: IST em geral; riscos à saúde relacionados à IST; Relação e distinção entre HIV e aids; modos de transmissão do HIV; cuidados na infecção por HIV ou acometimento da aids; como o HIV se desenvolve para aids. Habilidades trabalhadas: explicar o que é uma IST; listar as IST mais comuns; explicar os riscos à saúde relacionado à IST; explicar relação entre HIV e IST; explicar a distinção entre HIV e aids; listar modos de transmissão do HIV; lidar positivamente com quem está vivendo com HIV/aids; perceber aspectos positivos na vida quando a presença da soropositividade. Enfrentar e rejeitar a discriminação. Valores/Attitudes centrais: atitudes negativas que colocam alguém em risco; abertura ao conhecimento sobre HIV/aids; vulnerabilidade pessoal ao HIV/aids; atitude positiva em relação à vida com HIV positivo; aceitação daqueles com HIV/aids; disposição para ajudar aqueles que vivem com IST.

Quadro 2. Adaptação da SATZ-BR

Temática do encontro	Atividades desenvolvidas	Conhecimentos, habilidades e atitudes a serem trabalhados
Uso de substâncias e tomada de decisão sexual.	1. Quadro sobre os diferentes usos de substâncias, os efeitos fisiológicos e psicológicos e os riscos à saúde sexual que estão envolvidos. 2. <i>Role-play</i> .	Conhecimentos trabalhados: substâncias mais comuns; implicações biopsicossociais no uso de substâncias. Habilidades trabalhadas: recusar o uso de substância; justificar a recusa em participar do uso de substâncias; discutir e reconhecer vulnerabilidades ao usar substâncias. Valores/Atitudes centrais: substâncias podem acarretar malefícios à saúde; uso de substâncias alteram a capacidade de tomar decisões sexuais; uso de substâncias pode expor a pessoa a problemas de saúde sexual; crítica sobre as implicações do uso de substâncias.
Autoestima e fechamento das atividades.	1. Reconhecimento de qualidades positivas. 2. Relacionando a autoestima com relações sexuais e tomada de decisão sexual. 3. Reconhecimento das qualidades positivas dos outros.	Conhecimentos trabalhados: o que autoestima significa; a ligação entre autoestima e sexualidade. Habilidades trabalhadas: apoiar os outros; comunicar qualidades positivas de si mesmo. Valores/Atitudes centrais: autovalorização; autorrespeito; crença em si mesmo com relação à tomada de decisão sexual.

Fonte: elaborado pelos autores com base em Mathews et al.¹⁸.

Capacitação da equipe

A equipe que realizou o piloto recebeu formação e, semanalmente, integrantes se reuniram durante duas horas para revisar como havia sido o encontro anterior em termos de dificuldades, desafios ou tensões. Ademais, esse momento semanal foi destinado à preparação de materiais para os encontros subsequentes, a partir do estudo conjunto do manual de aplicação adaptado. Para além, também foram instruídos quanto à realização de diários de campo, o que contribuiu para a avaliação do percurso da intervenção e resultados, além de aumentar a qualificação do protocolo. Nas duas escolas, onde os pilotos da intervenção foram realizados, pelo menos um membro do grupo interventor esteve envolvido em todas as etapas de tradução e adaptação do protocolo original.

Apresentação da intervenção para profissionais da educação

Previamente à realização do piloto foram realizadas reuniões com a Secretaria Municipal de Educação de Porto Alegre e com todas as equipes diretivas das escolas participantes,

apresentando o projeto e abrindo espaço para dúvidas e sugestões. Após a apresentação, foi solicitado que o tema da diversidade sexual e de gênero fosse abordado em maior profundidade, comparativamente com a intervenção original. Além disso, foi identificada a dificuldade de enquadrar a intervenção com o calendário escolar, o que culminou na redução do processo interventivo original para a versão de 3 meses.

Estudo-piloto

Aspectos relacionados ao desenvolvimento do Estudo Piloto serão mais bem explicitados na Discussão do presente artigo, entretanto, alguns pontos basilares são importantes de serem mencionados anteriormente. Os relatos da equipe nos diários demonstraram que os estudantes apresentaram mais dificuldade em atividades autorreflexivas e de autoestima, como a tarefa de listar características positivas sobre si mesmos; maior engajamento em atividades práticas e dinâmicas entre pequenos ou grandes grupos, como os *role-plays*, confecção de cartaz e demonstração de como utilizar preservativo externo e interno; necessidade

de flexibilizar as tarefas de casa, já que elas tiveram pouca adesão e engajamento dos estudantes; importância da descontração e vínculo para a abertura à experiência; importância de abordar dissidências cisheteronormativas.

Discussão

Verificamos que a SATZ-BR é uma intervenção que avança em vários aspectos em relação a outras intervenções no campo, uma vez que não se centra somente em temas relacionados às IST e gravidez não desejada, indo além de conteúdos mais biológicos e por vezes ancorados em uma mensagem proibicionista e negativa da sexualidade. Nesse sentido, podemos considerar que os principais elementos de avanço estão no campo dos conteúdos abordados e das metodologias utilizadas. No que concerne a conteúdos, a intervenção tem vários módulos voltados ao autoconhecimento, autoestima, atribuições de gênero, direitos sexuais, violência e comunicação assertiva, entre outras temáticas que são cruciais para pensar em uma educação sexual conectada com a perspectiva de direitos. Quanto a metodologias, vemos a importância da diversidade de técnicas e o formato da intervenção, que é participativa, ainda que se trate de uma estratégia protocolizada.

Eixos interventivos e o contexto brasileiro

Apesar dos estudantes avaliarem positivamente os 11 módulos, percebeu-se uma menor participação nos temas com atividades pouco práticas ou que envolvessem exercícios individuais autorreflexivos e/ou sobre autoestima. Além disso, os encontros sobre 'Uso de substâncias e tomadas de decisão sexual' e 'Abstinência e decisões responsáveis para uma vida sexual segura' tiveram pouco engajamento. Cabe destacar que na versão adaptada ao contexto brasileiro o espaço que ocupava o tema da abstinência foi diminuído significativamente

e abordado conjuntamente com a tomada de decisão responsável em relação à saúde sexual.

Nos encontros em que os estudantes realizaram tarefas práticas ou em grupo, as atividades pareciam fluir mais. Atualmente, diversos estudos defendem o uso de metodologias ativas para estimular a participação dos estudantes no processo de aprendizagem. Isso significa incentivar uma postura mais investigativa e atuante dos envolvidos, tensionando o lugar das atividades expositivas²⁶. O uso de grupos também pode facilitar na produção de diferentes significações a partir de experiências vividas entre seus membros, desacomodando modos de pensar já cristalizados sobre determinados temas.

Cabe ressaltar a relevância das atividades individuais realizadas nos módulos, junto com outras em grupos, mesmo que apresentem um menor engajamento. Ao falarem sobre gênero e sexualidade nem sempre os integrantes se sentirão confortáveis para compartilhar suas experiências ou opiniões. A interlocução entre atividades individuais e em grupos contribui para processos autorreflexivos e, por mais que não apresentem um benefício imediato, geram um espaço de oferta para isso. A partir daí, pode-se também incentivar um olhar à autoestima. Nas atividades relacionadas a ela, os alunos muitas vezes apresentaram dificuldades ao descrever características positivas de si mesmos e, apesar da dificuldade da atividade, de forma geral o grupo de estudantes contribuiu para que todos os alunos conseguissem identificar potencialidades em si. Isso foi reforçado na fala dos estudantes durante os últimos encontros, que informaram vivenciar poucos momentos de trocas como aqueles em suas atividades escolares, apesar de desejarem. Para tanto, o vínculo e as afecções vividas em cada encontro são cruciais, ao produzirem reflexões, reverberações e ações entre seus participantes²⁷.

No que diz respeito ao uso de substâncias, estudantes apresentaram maior dificuldade em compartilhar reflexões sobre o assunto, mesmo diante de situações de ausência de professores

de referência em momentos da intervenção ou diante do fato desta etapa da intervenção já contar com maior vínculo com a equipe interventora (aconteceu durante os encontros finais). Pode-se supor que esta dificuldade se dê em função do estigma relacionado às substâncias ilícitas, ainda que o seu uso seja presente. A prevalência do paradigma proibicionista pode moldar crenças, valores e leis, bem como propicia ações excludentes frente ao tema²⁸. Campanhas antidrogas proibicionistas, por exemplo, corroboram com discursos de exclusão social e de estigma, articulando-se com questões como a falta de diálogo no contexto familiar e fomentando barreiras de acesso para cuidados em saúde. Deste modo, mesmo com menor participação dos jovens no módulo, ele segue se mostrando relevante como eixo de discussão quando articulado com a saúde sexual, visto que o abuso de substâncias é considerado um dos fatores de risco à exposição de IST/aids. Para além, formular estratégias que incentivam uma postura crítica, autônoma e de prevenção entre os estudantes demonstra ser mais efetivo que uma conduta acrítica²⁹.

Quanto ao eixo 'Abstinência e decisões responsáveis para uma vida sexual segura', percebeu-se uma menor conexão dos estudantes com as atividades realizadas, aspecto esperado pela equipe de pesquisa, mas colocado em pauta para análise e adaptação da intervenção no Brasil. A expressiva maioria teve pouca interação no encontro, o que indica que o foco na abstinência não apresenta bons resultados como estratégia de cuidado, reiterando o que a literatura de contexto brasileiro já indica, ou seja, de que a abstinência como recurso central não se sustenta²⁵. Neste sentido, a escolha por ter ou não relações sexuais perpassa necessariamente uma abertura ao diálogo sobre as práticas sexuais enquanto uma possibilidade. Desse modo, a reflexão de quando se opta por ter relações sexuais pode estar inserida dentro de vários eixos, considerando que ela também fala sobre consentimento, comunicação assertiva, tomada de decisão, autoestima, valores, crenças, prevenção, direitos sexuais e

reprodutivos etc. Na esteira destes aspectos, entende-se que a abstinência enquanto um tema-destaque destoava do contexto brasileiro e das evidências mapeadas até o momento.

Gênero, sexualidade e direitos humanos: transversalizando novos temas

A intervenção original não contemplava questões relacionadas à dissidência sexual e de gênero, compondo orientações e exemplos sob um prisma cisheteronormativo, compondo uma falta para a diversidade que fragilizava a intervenção e seu potencial de promoção de direitos humanos. Assim, realizou-se uma adaptação detalhada em todo o protocolo, inserindo temas nas atividades, de modo transversal, mas especialmente no que concerne a questões de corpo e identidade de gênero.

No módulo 'Corpo Humano e Órgãos Sexuais', especificamente no *Rapport* das atividades para os estudantes, foi discutido que ter um corpo caracterizado por determinados órgãos sexuais não delimita a identidade de gênero dos sujeitos, havendo a existência de pessoas cis e trans dentro de um amplo espectro de representações de si. Cabe ressaltar a importância dessa compreensão quando sabido que o ambiente escolar pode contribuir para discriminações contra a identidade de gênero, na medida que possui diversos dispositivos mediados pelo paradigma biologicista³⁰. No entanto, apesar da abertura ao diálogo sobre corpo, o tema ainda precisa avançar na intervenção, abarcando aspectos como a intersexualidade que, por exemplo, não foi discutida neste módulo.

No eixo 'Sexo, Sexualidade e Gênero' também ocorreram reformulações, especialmente no contexto, supracitado, de dissidências cisheteronormativas. Optou-se por este destaque devido a invisibilidade clássica desses tópicos no contexto escolar, utilizando de vinhetas mais diversas, não apenas com casais heterossexuais. Cabe atentar que, neste módulo, estudantes se engajaram muito em

discussões sobre situações coercitivas e outras de violência entre homens e mulheres. Devido ao interesse, optou-se por dar uma especial atenção à violência por parceiro íntimo, promovendo reflexões acerca do consentimento e de estratégias de enfrentamento. A intervenção original já contemplava esse eixo, porém adaptá-lo ao contexto brasileiro contribuiu para ações mais efetivas, podendo discutir políticas públicas e legislações próprias do País, como a Lei Maria da Penha³¹.

A crítica feita à SATZ sobre diversidade sexual e identidade de gênero também pode ser sustentada diante dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Os ODS focam nas desigualdades entre homens e mulheres, porém não abordam abertamente a diversidade sexual e identidade de gênero como um desafio que deve ser enfrentado para a construção de uma sociedade mais igualitária. Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)³², os temas relacionados a estes coletivos estariam contemplados no ODS 10 (Redução das Desigualdades), no entanto, mesmo diante de dados epidemiológicos, não aparecem explicitamente, já que suas metas afirmam ações “independentemente da idade, gênero, deficiência, raça, etnia, origem, religião, condição econômica ou outra”⁶.

Participação da comunidade escolar e direitos humanos

As escolas participantes se mostraram interessadas no protocolo de intervenção e a equipe encontrou poucas barreiras para abordar os eixos de discussão. No entanto, surgiram questões referentes à organização das atividades. Como a intervenção ocorreu em horário de aula, as atividades precisavam versar com os períodos em que estudantes estavam em sala, ao mesmo tempo que não poderiam tomar o tempo de determinadas atividades das disciplinas. Em períodos de provas, de eventos e de feriados escolares, por exemplo, a intervenção era remarcada.

Além da necessária organização ao tempo das escolas, como supracitado, um dos maiores

desafios da equipe com as instituições foi a aproximação de seus profissionais com o processo. Os gestores e professores dos locais verbalizaram que gostariam de compreender melhor as etapas do piloto e as atividades que estavam sendo realizadas, de modo a poder discutir os temas. Como estratégia para esse acompanhamento, uma das escolas solicitou que a professora responsável pela turma acompanhasse o processo da SATZ-BR. Entretanto, nos encontros em que ela estava presente a turma apresentava uma conduta menos aberta ao diálogo, aspecto relacionado ao fato da profissional expressar sua insatisfação com alguns estudantes durante a intervenção, bem como minimizar alguns tópicos discutidos. Neste aspecto, a SATZ prevê um treinamento para educadores, sensibilizando-os à aplicação de suas atividades¹⁷. Esta pode ser uma estratégia ao manejo de situações como esta, capacitando os profissionais e gerando autonomia para que eles possam aplicar as atividades sem a presença dos pesquisadores. Além disso, pode promover o desenvolvimento de competências que ajudam a lidar com demandas acerca da sexualidade que geram ansiedade aos profissionais.

Algumas atividades propostas na intervenção para familiares e para serem realizadas em casa não tiveram boa adesão. Os jovens, na maioria das vezes, relataram não se sentirem à vontade para conversar com familiares sobre o tema. Além disso, pelo fato de se tratar de uma pesquisa, apenas podiam participar da intervenção famílias que assinaram o TCLE. Uma das diretoras das escolas participantes destacou que, com esta estratégia, talvez os adolescentes que mais necessitavam participar foram excluídos. Frente a isto é importante destacar que a educação sexual está presente no PCN e em consonância com os módulos apresentados pela SATZ-BR (versão adaptada ao Brasil). A SATZ-BR está formulada para que possa ser realizada pelos professores, trabalhando as temáticas dentro das disciplinas e de forma transversal em sala de aula e não como uma atividade de pesquisa pontual, o

que poderia encorajar os professores a abordar a temática. De qualquer forma, a realização de atividades dessa ordem possui potencial institucional, reverberando na comunidade como um todo e abarcando aspectos psicossociais já demonstrados na literatura como estratégicos para intervenções que envolvem educação e saúde³³.

Considerações finais

O protocolo SATZ-BR abrange uma série de eixos relevantes para o campo da sexualidade e parece estar em concordância com as orientações encontradas nos PCN e nos ODS. É uma intervenção que oferece reflexões e estratégias de enfrentamento que vão para além do paradigma biomédico, promovendo um olhar voltado para a integralidade do cuidado, bem como para os direitos sexuais e reprodutivos. Seu protocolo, com as devidas modificações referenciadas no presente estudo de adaptação, apresenta características favoráveis à justiça social e às políticas de saúde, de educação e de assistência, na medida que prevê a sexualidade como interdisciplinar e como um direito. Além disso, por levar em conta atitudes/crenças pessoais, normas sociais e autoeficácia, tende a viabilizar estratégias de cuidado complexas e adequadas a diferentes contextos escolares e pessoais.

Este estudo apresenta como limitações alguns aspectos metodológicos. Para etapas futuras é importante que sejam realizadas coletas com um maior número de participantes. O uso de grupos controle e experimental, com escolas escolhidas de forma aleatorizada, também pode ser importante para avaliação da

sua eficácia e efetividade. Além disso, adaptar o treinamento para profissionais também é necessário, tendo em vista uma melhor aproximação e disseminação da SATZ-BR na comunidade escolar. Estas demandas correspondem às próximas etapas do estudo e estão em desenvolvimento pela equipe de pesquisa. Apesar das limitações descritas, as adaptações realizadas ao contexto brasileiro contribuíram para uma maior adequação da SATZ-BR a elementos considerados na literatura científica. Além disso, a formulação de um protocolo de intervenção que facilite a participação de estudantes e profissionais na reflexão crítica sobre sexualidade, bem como incentive o acolhimento de suas experiências, contribui para uma maior resposta de prevenção e promoção de saúde.

Colaboradores

Rocha KB (0000-0001-7603-1709)*, Gomes GA (0000-0001-8719-9179)* e Pizzinato A (0000-0002-1777-5860)* contribuíram para concepção e delineamento, análise e interpretação dos dados, elaboração e revisão crítica para o conteúdo intelectual e aprovação final do manuscrito. Hamann C (0000-0002-1947-6936)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, elaboração e revisão crítica para o conteúdo intelectual e aprovação final do manuscrito. Schnor AC (0000-0003-4048-7290)*, Oliveira FS (0009-0004-8292-3825)* e Pontel VP (0009-0007-4323-2011)* contribuíram para coleta, análise e interpretação dos dados, elaboração e revisão crítica para o conteúdo intelectual e aprovação final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Orientações técnicas de educação em sexualidade para o cenário brasileiro: tópicos e objetivos de aprendizagem. Brasília, DF: Unesco; 2014.
2. Franco-Assis GA, Souza EEF, Barbosa AG. Sexualidade na escola: desafios e possibilidades para além dos PCNS e da BNCC. *Braz J Develop*. 2021;7(2):13662-13680. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-130>
3. Soares ZP, Monteiro SS. Formação de professores/as em gênero e sexualidade: possibilidades e desafios. *Educ Rev*. 2019;35(73):287-305. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.61432>
4. Furlanetto MF, Marin AH, Gonçalves TR. Acesso e qualidade da informação recebida sobre sexo e sexualidade na perspectiva adolescente. *Estud Psiqui Psicol* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 nov 10];19(3):644-664. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
5. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Orientações técnicas internacionais de educação em sexualidade: uma abordagem baseada em evidências. Brasília, DF: UNESCO; 2019.
6. Organização das Nações Unidas. Agenda 2030 [Internet]. [local desconhecido]: ONU; 2015 [acesso em 2023 nov 10]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>
7. Ministério da Educação e do Desporto (BR), Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos: orientação sexual. Brasília, DF: MEC/SEF; 1998.
8. Gomes JCA. Direitos sexuais e reprodutivos ou direitos sexuais e direitos reprodutivos? Dilemas e contradições nos marcos normativos nacionais e internacionais. *Rev direito GV*. 2021;17(3):e2136. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6172202136>
9. Ew RDAS, Conz J, Farias ADGO, et al. Diálogos sobre sexualidade na escola: uma intervenção possível. *Psicol Pesqui*. 2017;11(2):51-60. DOI: <https://doi.org/10.24879/2017001100200155>
10. Sehnem GD, Crespo BTT, Lipinski JM, et al. Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: percepções dos profissionais em enfermagem. *Av Enferm*. 2019;37(3):343-352. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72008>
11. Kirby D, Laris BA. Effective curriculum-based sex and STD/HIV education programs for adolescents. *Child Dev Perspect*. 2009;3(1):21-29. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2008.00071.x>
12. Montgomery P, Knerr W. Review of the evidence on sexuality education: report to inform the update of the UNESCO International technical guidance on sexuality education [Internet]. Paris: Unesco; 2018 [acesso em 2023 nov 10]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000264649>
13. Schooler D. Early adolescent body image predicts subsequent condom use behavior among girls. *Sex Res Soc Policy*. 2013;10:52-61. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13178-012-0099-9>
14. Furlanetto MF, Lauermaann F, Costa CB, et al. Educação sexual em escolas brasileiras: revisão sistemática da literatura. *Cad Pesqui*. 2018;48(168):550-571. DOI: <https://doi.org/10.1590/198053145084>
15. Harrison A, Cleland J, Gouws E, et al. Early sexual debut among young men in rural South Africa: heightened vulnerability to sexual risk? *Sex Transm Infect*. 2005;81(3):259-261. DOI: <https://doi.org/10.1136/sti.2004.011486>
16. Levy E, Kaufman MR, Gidron Y, et al. Interventions targeting social cognitive determinants of condom use in the general Sub-Saharan population: A systematic review. *Cogent Psychol*. 2019;6(1):1-17. DOI: <https://doi.org/10.1080/23311908.2019.1637167>

17. Aarø LE, Flisher AJ, Kaaya S, et al. Promoting sexual and reproductive health in early adolescence in South Africa and Tanzania: Development of a theory-and evidence-based intervention programme. *Scand J Public Health*. 2006;34(2):150-158. DOI: <https://doi.org/10.1080/14034940510032356>
18. Mathews C, Aarø LE, Grimsrud A, et al. Effects of the SATZ teacher-led school HIV prevention programmes on adolescent sexual behaviour: cluster randomised controlled trials in three sub-Saharan African sites. *Int Health*. 2012;4(2):111-122. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.inhe.2012.02.001>
19. Menezes JCLD, Murta SG. Adaptação cultural de intervenções preventivas em saúde mental baseadas em evidências. *Psico-USF*. 2018;23:681-691. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230408>
20. Wingood GM, DiClemente RJ. The ADAPT-ITT Model: A Novel Method of Adapting Evidence-Based HIV Interventions. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008;47(suppl):S40-46. DOI: <https://doi.org/10.1097/qai.0b013e3181605df1>
21. Boyatzis RE. Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development. California: Sage; 1998.
22. 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.
23. 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.
24. Trans Student Educational Resources. The Gender Unicorn [Internet]. [local desconhecido]: TSER; 2015 [acesso em 2023 nov 10]. Disponível em: <http://www.transstudent.org/gender>
25. Cabral CS, Brandão ER. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(8):e00029420. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029420>
26. Piffero EDLF, Soares RG, Coelho CP, et al. Metodologias Ativas e o ensino de Biologia: desafios e possibilidades no novo Ensino Médio. *Ens Pesq*. 2020;18(2):48-63. DOI: <https://doi.org/10.33871/23594381.2020.18.2.48-63>
27. Carvalho MSD, Merhy EE, Sousa MFD. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e190211. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190211>
28. Gomes-Medeiros D, Faria PHD, Campos GWDS, et al. Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(7):e00242618. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00242618>
29. Oliveira MPCA, Gontijo DT, Schneider DR, et al. Avaliabilidade do Programa Descolado na prevenção do uso de drogas no contexto escolar. *Saúde debate*. 2023;47(136):68-82. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313604>
30. Bonfim M, Mesquita MR. 'Nunca falaram disso na escola...': um debate com jovens sobre gênero e diversidade. *Psicol Soc*. 2020;32:1-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32192744>
31. Marques BOM, Erthal RMC, Girianelli VR. Lei Maria da Penha: uma análise crítica à luz da criminologia feminista. *Saúde debate*. 2019;43(4):140-153. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S412>
32. Defensoria Pública da União (BR); Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD BRASIL. Direitos da População LGBTQIA+: cartilha de orientação jurídica [Internet]. Brasília, DF:

DPU; PNUD; 2023 [acesso em 2023 nov 10]. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/publications/direitos-da-populacao-lgbtqia-cartilha-de-orientacao-juridica#:~:text=17%20de%20May%20de%202023,na%20vida%20de%20pessoas%20LGBTQIA%2B>

33. Hamann C, Dipp RP. Psicologia institucional e escolar: (des)enlaces para uma prática efetiva. In: Guilherme AA, editor. Psicologia escolar e educacional: um guia didático. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2021. p. 9-372.

Recebido em 19/11/2023

Aprovado em 13/08/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ana Maria Costa

Investigation of occupational stress and coping strategies among civil engineering professionals in the Brazilian Amazon

Investigação do estresse ocupacional e das estratégias de enfrentamento entre profissionais da engenharia civil na Amazônia

Lucas Mateus da Costa Nery¹, Luiz Maurício Furtado Maués¹, Felipe de Sá Moreira¹, Luiz Fernando Mählmann Heineck²

DOI: 10.1590/2358-2898202514492131

ABSTRACT Occupational stress represents a considerable risk for the health and well-being of a person. The main aim of this research is to identify the most frequently occurring stressors and predictors of occupational stress in Amazon civil engineers, as well as to highlight the coping strategies employed by them. A questionnaire and a semi-structured interview were used as methods. The results showed that stress agents that usually affect civil engineers are the pressure related to job responsibility, followed by work-family conflict, where women present higher stress levels than men. Regarding coping strategies, it has been noted that the practice of physical activity was considered a common approach for senior engineers, and that social support was frequently observed among the majority of the sample. Hopefully, this research will contribute to the study of occupational stress in relation to the construction industry, as well as assist organizations and professionals in applying effective stress-coping strategies.

KEYWORDS Occupational stress. Coping strategies. Engineering. Occupational health. Brazil.

RESUMO O estresse ocupacional representa um risco considerável para a saúde e o bem-estar do indivíduo. O principal objetivo desta pesquisa é identificar os estressores e os preditores de estresse ocupacional mais frequentes em engenheiros civis da Amazônia Brasileira, assim como destacar as estratégias de enfrentamento utilizadas por eles. Um questionário e uma entrevista semiestruturada foram utilizados como métodos. Os resultados demonstraram que o agente estressor que geralmente afeta os engenheiros civis é a pressão relativa à responsabilidade do cargo, seguida pelo conflito trabalho-família, no qual as mulheres apresentam níveis de estresse mais elevados do que os homens. Quanto às estratégias de enfrentamento, se observou que a prática de atividade física foi majoritária em engenheiros nível sênior e que o apoio social foi comum à maioria da amostra. Espera-se que esta pesquisa contribua para a estrutura de estudos sobre estresse ocupacional relacionado à indústria da construção, bem como possa auxiliar as organizações e profissionais na aplicação de estratégias assertivas de enfrentamento do estresse.

PALAVRAS-CHAVE Estresse ocupacional. Estratégias de enfrentamento. Engenharia. Saúde ocupacional. Brasil.

¹Universidade Federal do Pará (UFPA) – Belém (PA), Brasil.
eng.lucasnery@gmail.com

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



Introduction

Important changes in labor practices have occurred in recent years, including employment security, characterized by continuity and stability, which has been replaced by more flexible relationships, such as fixed-term agreements. Furthermore, the competitive pressure among companies has increased. These changes have resulted in considerable work pressure in many professions¹, and consequently, there has been an increase in reported problems related to occupational stress.

Stress has been associated with negative consequences², such as the onset of physical and mental diseases. It has impacted employees' productivity, well-being, job satisfaction, and quality of life³⁻⁵. At the psychosocial level, stress can contribute to mental disorders, alcoholism, substance abuse⁶, and suicide⁷. At the physical level, it is linked to high cholesterol, stomach diseases, increased systolic blood pressure, and the acceleration and progression of coronary disease⁸⁻¹¹. Consequently, all the psychosocial risks in the work environment, including stress, have become a focus of international research¹².

Therefore, occupational stress is considered a global problem present across most sectors in various countries, including the construction industry¹³. In this context, civil engineers in the construction industry face high work pressure, insecure work environments^{14,15}, a lack of safety training¹⁶, high rates of fatalities and work accidents¹⁷, among other reasons. These characteristics make it possible to classify civil engineering as a high stress profession^{18,19}.

Research on the factors that predispose individuals to stress is significant, as there are few studies analyzing stress predictors in the construction industry workforce^{20,21}. Additionally, there is limited research comparing the factors that cause occupational stress among workers in this sector¹⁵.

Therefore, the aim of this research is to identify the main reasons and predictors of

occupational stress among civil engineers in northern Brazil, specifically in the Amazon region. Furthermore, it seeks to analyze the coping strategies used by these professionals to improve their quality of life and well-being. This research will contribute to the theoretical framework of this topic, filling knowledge gaps related to coping strategies and stress in the construction industry. It will also assist companies and professionals in developing strategies to reduce occupational stress levels, helping to mitigate its consequences.

Occupational stress and coping strategies

By definition, occupational stress is the accumulation of physical and emotional harmful responses to health issues that occur when employees are presented with work demands that exceed their knowledge, skills, or challenge their ability to cope²². Hart and Cooper²³ consider occupational stress as a multifactorial integration. On one hand, there are personal and personality variables of the employee, and on the other hand, there are the work environmental and organizational characteristics. This integration results from the employee's evaluation of the work environment and the extent to which they can adapt to it²⁴. It is concluded that working conditions influence the issue of stress. Exposure to stressful conditions in the work environment, also called occupational stressors, can strongly influence worker health. Being exposed to occupational stressors in the work environment can significantly affect the health of employees²².

There are numerous occupational stressors and, according to the literature, the main ones are: work characteristics, organizational roles²⁵, interpersonal work relationships, career development, and organizational factors related to the work structure^{26,27}, work-family conflict²⁸, and pressure related to job responsibility²⁹. The main characteristics of these stressors are described in *chart 1*.

Chart 1. The main characteristics of the occupational stressors

Occupational stressor	Main Characteristics
Work characteristics	It is related to work demands and control, that is, how the employee copes with demands that exceed his or her control or work capacity.
Organizational roles	It is divided into conflict and role ambiguity, and it is linked to the employee not having enough information about his or her real function in the work environment.
Interpersonal work relationships or Social Support	It is linked to the relationship between colleagues and supervisors in the workplace
Career development	It covers the beginning, maintenance, end-of-career, evolution conditions, impacts of under-promotion, over-promotion, status incongruence and career insecurity (which it is linked to the lack of work stability).
Factors related to Organizational structure and climate	It is related to lack of autonomy in decision making, restrictions on behaviors and policies inherent in employment.
Work-family conflict	It is associated with the incompatibility of work and family demands and occurs when the energy invested in one of these factors is excessive, causing negative impacts on the other factor.
Pressure related to job responsibility	Associated with the responsibility that the worker has for people and equipment in the work environment

Source: Prepared by the authors based on Cooper, Dewe and O'Driscoll²⁸ and Ferreira et al.²⁹.

In order to maintain homeostasis, the individual uses psychobiological resources to cope with stressful events and avoid the effects of stress³⁰⁻³². This individual confrontation, both psychological and biological, against the stressors, is called coping³³.

Coping strategies, or coping, are efforts to reduce or stop threats, harm, and loss, or to reduce the suffering associated with stress³⁴. Coping with stress emphasizes cognitive and behavioral processes³⁵. Coping can be problem-focused and emotion-focused³⁶. In the first approach, the person tries to solve the problem or act to change the source of stress, while in the second approach, they try to reduce or manage the emotional distress linked to the stressful situation³⁷.

Material and methods

The research method used was both quantitative and qualitative and followed two main steps: 1) the selection and application of research tools, namely an occupational stress questionnaire and a semi-structured interview; and 2) the analysis of data, relating the occupational stressors

identified in the interview and the stress questionnaire with the characteristics of the civil engineers, together with their coping strategies.

Participants

The research was administered to a total of 202 civil engineers in the Amazon region of Brazil and included 72 women and 130 men. When asked about children, most of the engineers interviewed reported that they do not have children (52%). The sample was divided into the following categories: 1) Marital status: single, married, divorced, and in a common-law partnership; 2) Type of employment, categorized as public or private sector; 3) Specific roles, categorized as managerial engineers, construction engineers, designers, occupational safety engineers, teachers, and others. The category 'others' included engineers classified as inspectors, consultants, experts, budget analysts, analysts, and professionals who perform more than one role; 4) Years of experience, divided into three levels: junior, for engineers with up to 5 years of service; mid-level, for 6 to 10 years of service; and senior, for more than 10 years of experience. *Table 1* shows the detailed breakdown of the sample.

Table 1. Detailed breakdown of the sample of engineers

Marital Status	N	%	Specific roles	N	%
Single	104	51.5	Managing engineers	57	28.2
Married	83	41.1	Site engineers	34	16.8
Divorced	06	3.0	Designers	28	13.9
Common-law	04	2.0	Occupational safety engineers	19	9.4
People who didn't answer	05	2.5	Teachers	18	8.9
			Others	44	22.8
Type of employee	N	%	Years of experience	N	%
Public	56	27.7	Junior-level	82	40.6
Private	146	72.3	Mid-level	37	18.3
			Senior-level	83	41.1

Source: Prepared by the authors.

Search tools

For quantitative data collection, the scale developed in Brazil by Ferreira et al.²⁹, published under the title 'Evaluation of Psychosocial Stressors in the Labor Context Scale: Development and Psychometric Evidence', was used. This scale consists of 35 items and is answered on a six-point Likert-type scale ranging from 'it never affects me' to 'it always affects me'. It includes seven dimensions of stress: role conflict and ambiguity, role overload, lack of social support, career insecurity, lack of autonomy, work-family conflict, and pressure related to job responsibility. The scale's main theoretical model is based on the work of Cooper, Dewe, and O'Driscoll²⁸, adapted to the reality of workers in Brazil.

For qualitative data collection, a semi-structured interview was conducted centered around three main questions: 1) Do you consider yourself stressed? 2) What are the causes of stress in your daily work life? 3) What coping strategies do you use to combat such events? The first two questions were used specifically to obtain information

about the specific stressors associated with the civil engineer's job. The third question sought to identify coping strategies used to address these stressors. These interviews were recorded using a voice recorder and transcribed for later analysis.

Data analysis

Initially, the adequacy of the stress scale for the sample of engineers was evaluated using the Cronbach coefficient, which showed acceptable values ranging from 0.70 to 0.95 across the different dimensions of stress. Subsequently, to analyze the data obtained, confirmatory factor analysis and the Shapiro-Wilk test were performed, with the significance level set at 5%.

Following this, exploratory data analysis and descriptive statistics were conducted, including the calculation of mean, frequency, percentage, standard deviation, standard error, and 95% confidence interval. Next, several variables were analyzed together using Student's t-test and ANOVA. Multiple linear regression analyses were also performed on the stress dimensions to

identify possible predictors and understand the influence these dimensions have on one another.

Ethical considerations

The general standards of academic ethics required by the Brazilian government were met, including obtaining approval from the research ethics committee to carry out this study³⁸. Subsequently, authorization was obtained from the authors of the research tool for its use with the sample of civil engineers. During data collection, all engineers interviewed signed informed consent forms to participate in the interviews and share the data obtained. Research began only after all ethical requirements were met.

Results and discussion

Occupational stress analysis

In analyzing the semi-structured interview, participants were initially asked if they considered themselves to be stressed. Thus, 34.4% of the engineers answered YES and 65.6% answered NO. Of the participants who answered YES, 63.6% were senior engineers (more than 10 years of experience) and were mostly employees of private companies. The opposite occurred with junior-level engineers, where the highest percentage of NO answers was obtained (40.63%), meaning the majority of new professionals in the profession did not consider themselves stressed.

Table 2 shows the results of the analysis of the stress questionnaire, regarding the means and standard deviations/standard errors.

Table 2. Dimensions of occupational stress most prevalent in the sample (in order)

Stress Occupational Dimension	Mean	Standard deviation	Position as most stressful
Pressure related to job responsibility	4.30	1.44	1st
Work-Family Conflict	3.60	1.53	2nd
Role Conflict and Ambiguity	3.52	1.42	3rd
Lack of Autonomy	3.43	1.52	4th
Job Insecurity	3.08	1.45	5th
Lack of Social Support	3.00	1.22	6th
Role Overload	2.90	1.30	7th

Source: Prepared by the authors.

Note: In the average factor, 1 equals the minimum degree of stress and 6 equals the maximum degree of stress.

In general, the most prevalent stress dimension in the sample of civil engineers was the pressure related to job responsibility, in which statements related to errors in the profession that can harm coworkers and cause loss of

equipment/products were factors that obtained the highest average and, consequently, had the greatest impact on the sample.

The causes for the prominence of this dimension can be diverse, and they were

observed through the answers obtained in the qualitative interview, with the following standing out: the pressure inherent to the job, arising from management, top management, or the excess of work and goals to be achieved; the interpersonal relationships, represented by the relationship engineer-client, engineer-worker, and engineer-government agency; and the delays in the work, which can be caused by lack of materials, rework, bureaucracy, among others.

This stress dimension was also observed by Pereira³⁹, who, when analyzing occupational stress in managers in Brazil, concluded that, when it comes to action planning, deadlines, workload, and demands for results, stress is generated. There is also evidence that when the schedule is adhered to, i.e., when there are no delays for various reasons, the professional experiences a sense of job satisfaction and reduced stress⁴⁰.

In second place comes work-family conflict, with not being able to disconnect from work when at home, taking work home, and not having time for personal life because of work being the factors that most affected the engineers. This is confirmed by the work of Bowen and Zhang⁴¹, who, when analyzing work-family conflict among construction workers, concluded that it is directly associated with work pressure and that this usually occurs due to work activities that are taken home. Bowen et al.⁴² ranked this conflict as the strongest stress predictor for the difficulty in balancing work demands and family responsibilities.

In third place comes role conflict and ambiguity, where situations such as receiving contradictory instructions about what to do at work and being asked to do things that go against one's own principles were the main causes that affected professionals in this dimension of stress. On this subject, based on the data collected in the interviews, the contradictions found in the relationship with the clients, in which they change their minds several times (as happens with architectural

projects), causing changes in the way of working and/or rework, were a unanimous situation among the engineers that causes or predicts stress. These conflicts or contradictions of information are also found in the bureaucracies to regularize work. Burkert et al.⁴³ and Rizzo et al.⁴⁴ stated that in this situation professional find themselves unable to make decisions correctly since they do not have the necessary information and authority to act, thus causing stress.

The lack of autonomy follows as the fourth most stressful dimension, in which not being able to plan one's own working hours and being unable to decide when to be temporarily absent from the work environment were the stressors that obtained the highest average responses. This is followed by career insecurity, which is mainly linked to a possible job loss; lack of social support, which is associated with support from colleagues and superiors in the work environment and in personal problems; and role overload, which is related to overwork.

When the stressors were associated with the sociodemographic variables, it was concluded that women are often more stressed than men in their work environments. This was observed in the dimensions: conflict and role ambiguity ($t(202) = 1.985$; $p < .05$); lack of autonomy ($t(202) = 3.018$; $p < .05$), pressure related to job responsibility ($t(202) = 3.241$; $p < .05$) and work-family conflict ($t(202) = 2.880$; $p < .05$).

One possible reason why these stressors are more intense for women, as indicated by the results, is the predominance of the male gender in the industry, where women have to prove their technical ability and quality because they are minority⁴⁵⁻⁴⁷. Sunindijo and Kamardeen⁴⁸ analyzed the gender issue in the construction industry and found that women suffer from discrimination, bullying, and sexual harassment, highlighting symptoms of anxiety and acute stress, resulting in psychological health problems.

The higher frequency of the stressor work-family conflict in the female gender caused

consequences such as frustration and feelings of guilt when the professional was unable to reconcile multiple roles, i.e., her role as mother and/or wife at home and the demands required by the profession, in which the search for this balance generated emotional and/or physical wear. This conflict can be more

intense depending on the type of employee, with workers from private companies usually being more affected by this stressor compared to civil servants⁴⁹.

Stress scores were also compared based on the respondents' specific function. *Table 3* shows this analysis.

Table 3. Analysis of the main roles of engineers with the stress dimensions

Specific function	Average on the stress dimension						
	RCA	RO	LSS	CI	LA	WFC	PRJR
Site engineer	4.03	2.98	2.74	3.13	3.75	3.93	4.46
Managing engineer	3.34	2.78	2.73	2.99	3.42	3.44	4.13
Designer	3.47	3.16	3.07	3.27	3.45	3.70	4.56
Occupational safety engineer	4.08	2.69	2.71	3.53	4.00	3.97	4.71
Teacher	3.32	3.19	2.73	3.32	3.41	3.80	4.25

Source: Prepared by the authors.

Key: RCA – Role Conflict and Ambiguity; RO – Role Overload; LSS – Lack of Social Support; CI – Career Insecurity; LA – Lack of Autonomy; WFC – Work-Family Conflict and PRJR – Pressure Related to Job Responsibility.

Table 3 particularly shows the dimensions that affect engineers according to their specific role, with a mean ranging from 1 to 6. In conflict and role ambiguity, safety engineers are the most affected ones, followed by site engineers. In the overload of roles, teacher and the designers are the most affected ones, and the lack of social support affects mainly the designer. Safety engineers are the most affected by career insecurity, lack of autonomy, work-family conflict, and pressure related to job responsibility, making it the position most susceptible to occupational stress.

The relationship between the stress dimensions and the number of children the respondents had was analyzed. The career insecurity dimension was significant when compared to the number of children, showing that those who have children are more stressed compared to individuals without children. Career insecurity affected both younger and older engineers working in the private sector, especially during the period in which

the research was conducted, i.e., during the pandemic, because of job instability.

Finally, at this stage of the research, data related to productivity were obtained. Of the total, 53.2% of the respondents reported that stress or a stressful situation reduced their performance in the work environment, with reasons ranging from psychological to physical. On the psychological side, mental fatigue and demotivation were mentioned, while on the physical side, the aggravation of pre-existing diseases, such as hypertension, caused the engineer to leave the workplace. Similar results were found by Lazaridis et al.⁵⁰, showing that stress influences the duration of temporary incapacity for work related to arterial hypertension.

It is worth mentioning that the relationship between occupational stress and productivity has been the subject of investigations, as shown by Lepine et al.⁵¹, Gilboa et al.⁵², Maffia and Pereira⁵³, and Kamardeen and Sunindijo⁴⁷, who found reduced performance and the

impact of stress on productivity, the latter analyzing these factors in the construction industry.

Occupational stress predictors

The second question in the semi-structured interview aimed to understand what causes stress in the participant's daily work life. It sought to explore more specifically the situations that trigger stress. The answers were recorded, transcribed, and a word cloud was used to identify five major groups of stress predictors: deadlines, information incompatibility, manpower, and work pressure.

Deadlines indicate that the time factor—encompassing delays in construction materials, schedule delays, and short notice to meet goals—is the main predictor of stress in the profession. Information incompatibility is related to design contradictions and poorly run services due to a lack of communication. Manpower is

linked to problems in providing engineering services, leading to reworks. Work pressure consists of demands from management, usually arising from the previous issues, such as delays in work, materials, rework, and more.

The connection between these stressors was also analyzed, with a focus on how one stressful event could influence another, as in some situations, one reinforces the other⁵⁴. A single stressor was observed not typically trigger stress on its own; rather, a combination of several factors is necessary. The greater the intensity, frequency, and combination of these factors, the more likely stress is to develop⁵⁵.

As mentioned earlier, pressure related to job responsibility, work-family conflict, role ambiguity, and lack of autonomy were the dimensions of stress that most affected the sample of engineers. Based on this information, a general multiple linear regression model was applied to analyze these factors, as shown in *table 4*.

Table 4. Multiple linear regressions in order (most significant to least significant)

Dependent variable				
Independent variable	R	R ² adjusted	Beta	T
Lack of Autonomy				
Conflict and role ambiguity	0.789	0.611	0.235	4.30
Career Insecurity			0.260	4.74
Work-Family Conflict				
Pressure related to the job responsibility	0.786	0.606	0.266	5.287
Lack of Autonomy			0.505	8.033
Pressure related to the job responsibility				
Work-Family Conflict	0.668	0.428	0.263	3.943
Conflict and role ambiguity			0.429	5.287
Career Insecurity				
Lack of Social Support	0.643	0.395	0.334	5.089
Conflict and role ambiguity				
Lack of Autonomy	0.633	0.382	0.374	4.304

Source: Prepared by the authors.

Table 4 shows that role conflict and ambiguity, along with career insecurity, account for 61.1% of the variance in lack of autonomy. It also reveals that pressure related to job responsibility and lack of autonomy account for 60.6% of the variance in work-family conflict.

Regarding the relationship between lack of autonomy and role conflict and ambiguity, studies indicate that role ambiguity affects the autonomy of professionals governed by hierarchy. For instance, Guimarães et al.⁵⁶ found this phenomenon among Portuguese judges. Belias et al.⁵⁷ also note that autonomy plays a moderating role in the relationship between role conflict and job satisfaction, reducing the consequences of role conflict and increasing job satisfaction. Additionally, Sun et al.⁵⁸ found a strong correlation between role conflict, ambiguity, and mental health problems among construction workers.

Colakoglu⁵⁹ indicated that career competencies are positively linked to autonomy and negatively linked to career insecurity. In other words, the greater the insecurity about remaining in a job, the less autonomy one has, as the professional's ability to make choices is impaired, which consequently hinders their competencies.

Ahuja et al.⁶⁰ and Ahuja et al.⁶¹ studied stress in IT professionals and found results related to work-family conflict and lack of autonomy. They stated that when professionals do not have the autonomy to choose their workplace and are forced to be far from home during the week, the work-family conflict stressor is more prominent in their daily routine. That is, if they lack autonomy to decide where to work, it impacts their ability to balance work and family time. Michel et al.⁶² also stated that lack of autonomy is a predictor of work-family conflict.

Table 4 also shows other predictions with the stressors that are negligible, where the independent variables account for less than 50% of the variance. This is the case with the dependent variable pressure related to job responsibility, career insecurity, and role conflict and ambiguity.

Coping analysis

The semi-structured interview was used to survey the stress coping actions through Question three, which asked which coping strategies were used by the engineer to combat stressful events, obtaining more than two coping strategies per interviewee. This question looked at the ways of coping with stress, i.e., problem-focused or emotion-focused coping³³. The interviews showed that 65.6% of civil engineers focus on emotion, while 34.4% focus on the problem (cause of stress). To analyze this variable in relation to gender, the answers from men and women were isolated. Of all the men, 65% focus on emotion, and 35% focus on the problem. From this, it can be observed that most engineers, regardless of gender, tend to face problems with a focus on emotion.

In view of the diversity of answers, it was also possible to notice differences between senior engineers and junior-level engineers. For example, most senior engineers (65%) use physical exercises as a strategy to cope with stress, such as cycling, walking, swimming, and running, among others. The constant practice of exercise is already known in the literature as fundamental to combat stress⁶³⁻⁶⁷. While Cungi⁶⁸ corroborates this finding by classifying physical exercises as positive coping strategies, Valinote et al.⁶⁹ claim that those who practice physical activities have lower perceived work demands and consequently lower perceived stress.

However, junior-level engineers (76%) do not do the same, that is, they do not use physical exercises to combat stress. The method used is mainly technology to take the focus away from the problem, such as watching television shows, playing video games, watching movies, and listening to music. These factors are unusual when compared to senior-level engineers.

It was also possible to notice in the answers a coping strategy common to the entire sample, which is social support, referring to contact or

support from other people. Sixty-two percent of the engineers reported that they use it to cope with stress. This social support is multiple and can come from family, friends, and other professionals in the field. The role of social support is relevant because it directly influences an individual's well-being and good mental health⁷⁰. This was verified by Paschoal et al.⁷¹, Gottardo and Ferreira⁷², and Hirschle and Gondim⁷³, who stated that social support mitigates the impact of stress and increases the sense of well-being, and consequently, makes professionals more satisfied in the work environment.

In the case of the civil engineers, this support network was instrumental in reducing stress, as it allowed the engineers to share the burden of the stressor, improving their well-being at work. The research of Mutkins et al.⁷⁴ and Nunes and Souza⁷⁵ corroborates this result and provides information that stress has a negative relationship with social support. That is, the higher the perceived social support, the lower the stress level of the professional.

Conclusions

The research identified that the stressors that affect civil engineers the most are the pressure related to job responsibility, followed by work-family conflict. However, it is possible that work-family conflict has lost its impact in the analysis because the majority of the sample

was composed of professionals with single marital status and no children. Also, the female gender showed a higher frequency of stress.

When related to coping strategies, it was found that engineers, in general, use social support/support to combat stress. Thus, these results contribute to the theoretical framework of the subject and can help several engineering professionals in the future, as well as work organizations that seek to reduce stress levels in the workplace. As future work, we suggest the application of the concepts observed in this research, verifying its impact on the workers' health and on the company's financial scope, because stress reduction can mean more productivity and well-being in the profession, reducing the aggravation of physical and psychological diseases.

Collaborators

Nery LMC (0000-0001-9695-8755)* contributed to the conception of the work, data collection, analysis and interpretation, writing and approval of the manuscript. Maués LMF (0000-0002-1762-8617)* contributed to the conception of the work, critical review and analysis of the final version of the manuscript. Moreira FS (0000-0002-7169-0534)* and Heineck LFM (0000-0001-7275-4184)* also contributed to the conception of the work and critical review of the manuscript. ■

References

1. Siegrist J, Li J. Associations of extrinsic and intrinsic components of work stress with health: A systematic review of evidence on the effort-reward im-

balance model. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(4):432. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijer-ph13040432>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

2. Avellaneda MA, Kamenetzky G. Regulation of the stress response by social buffering: A review across species. *Interam J Psychol.* 2021;55(1):e1439. DOI: <https://doi.org/10.30849/ripijp.v55i1.1439>
3. Almeida H, Brito-Costa S, Alberty A, et al. Modelos de stress ocupacional: sistematização, análise e descrição. *Int J Educ Psychol.* 2016;2(1):435-454.
4. Griffin MA, Clarke S. Stress and well-being at work. In: Zedeck S, editor. *APA handbook of industrial and organizational psychology, Vol 3: Maintaining, expanding, and contracting the organization.* Washington, DC, US: American Psychological Association; 2011. p. 359-397. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/12171-000>
5. Lima GKM, Gomes LMX, Barbosa TLA. Qualidade de Vida no Trabalho e nível de estresse dos profissionais da atenção primária. *Saúde debate.* 2020;44(126):774-789. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012614>
6. Levine S, Scotch N. *Social Stress.* New York: Taylor & Francis; 2017.
7. Vieira B, Bandini M, Azevedo V, et al. Risco de suicídio no trabalho: revisão integrativa sobre fatores psicossociais. *Saúde debate.* 2023;47(136):253-268. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022313617>
8. Choi KS, Kang SK. Occupational psychiatric disorders in Korea. *J Korean Med Sci.* 2010;25(supl):S87-93. DOI: <https://doi.org/10.3346/jkms.2010.25.s.s87>
9. Fletcher BC. *Work, stress, disease, and life expectancy.* New York: Wiley; 1991.
10. Jeon SW, Kim YK. Application of assessment tools to examine mental health in workplaces: Job stress and depression. *Psychiatry Investig.* 2018;15(6):553-560. DOI: <https://doi.org/10.30773/pi.2016.10.24>
11. Wang HX, Leineweber C, Kirkeeide R, et al. Psychosocial stress and atherosclerosis: family and work stress accelerate progression of coronary disease in women. *The Stockholm Female Coronary Angiography Study. J Intern Med.* 2007;261(3):245-254. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2006.01759.x>
12. Pucci SM, Kanan LA, Silva BF. Riscos psicossociais no contexto do trabalho. *Rev GepesVida.* 2017;3(6):141-153.
13. International Labour Organization. *Workplace Stress: a Collective Challenge.* Turin: ILO; 2016.
14. Irumba R. Spatial analysis of construction accidents in Kampala, Uganda. *Saf Sci.* 2014;64:109-120. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2013.11.024>
15. Leung MY, Liang Q, Olomolaiye P. Impact of Job Stressors and Stress on the Safety Behavior and Accidents of Construction Workers. *J Manag Eng.* 2016;32(1):40150191-401501910. DOI: [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)ME.1943-5479.0000373](https://doi.org/10.1061/(ASCE)ME.1943-5479.0000373)
16. Zou PXW, Zhang G. Comparative study on the perception of construction safety risks in China and Australia. *J Constr Eng Manag.* 2009;135(7):620-627. DOI: [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)CO.1943-7862.0000019](https://doi.org/10.1061/(ASCE)CO.1943-7862.0000019)
17. Cambraia FB, Santos TWS, Lantelme EMV. Disseminação de práticas de segurança e saúde do trabalho entre empresas de construção por meio de ambientes colaborativos de aprendizagem. *Ambient Constr.* 2017;17(4):425-439. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1678-86212017000400205>
18. Enshassi A, Al.Swaity E. Key stressors leading to construction professionals' Stress in the Gaza Strip, Palestine. *J Constr Dev Ctries.* 2015;20(2):53-79.
19. Ling FYY, Goh X. Managing stressors faced by cost engineers. *J Prof Issues Eng Educ Pract.* 2017;144:(2). DOI: [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)EI.1943-5541.0000354](https://doi.org/10.1061/(ASCE)EI.1943-5541.0000354)
20. Chan APC, Nwaogu JM, Naslund JA. Mental ill-health risk factors in the construction industry: Systematic review. *J Constr Eng Manag.* 2020;146(3):04020004. DOI: [https://doi.org/10.1061/\(asce\)co.1943-7862.0001771](https://doi.org/10.1061/(asce)co.1943-7862.0001771)
21. Langdon RR, Sawang S. Construction workers' well-being: What leads to depression, anxiety, and stress? *J Constr Eng Manag.* 2018;144:1-15. DOI: [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)CO.1943-7862.0001406](https://doi.org/10.1061/(ASCE)CO.1943-7862.0001406)

22. Jick TD, Payne R. Stress at work. *J Organ Behav*. 1980;5(3):50-56. DOI: <https://doi.org/10.1177/105256298000500315>
23. Hart PM, Cooper CL. Occupational stress: Toward a more integrated framework. In: *Handbook of industrial, work and organizational psychology*. Washington, DC: Sage publications; 2002. p. 93-114.
24. Adriaenssens J, Hamelink A, Bogaert P Van. Predictors of occupational stress and well-being in First-Line Nurse Managers: A cross-sectional survey study. *Int J Nurs Stud*. 2017;73:85-92. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.007>
25. Yuan Z, Li Y, Tetrick LE. Job hindrances, job resources, and safety performance: The mediating role of job engagement. *Appl Ergon*. 2015;51:163-171. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2015.04.021>
26. Sampson JM, DeArmond S, Chen PY. Role of safety stressors and social support on safety performance. *Saf Sci*. 2014;64:137-145. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2013.11.025>
27. Wang D, Wang X, Xia N. How safety-related stress affects workers' safety behavior: The moderating role of psychological capital. *Saf Sci*. 2018;103:247-259. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.11.020>
28. Cooper CL, Dewe PJ, O' Driscoll MP. *Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications*. Thousand Oaks, CA, EUA: Sage publications; 2001. Epub ahead of print 2001. DOI: <https://doi.org/10.1093/bjsw/32.5.648>
29. Ferreira MC, Milfont TL, Silva APC, et al. Escala para avaliação de estressores psicossociais no contexto laboral: construção e evidências de validade. *Psicol Reflex Crit*. 2015;28(2):340-349. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528214>
30. Davies KJA. Adaptive homeostasis. *Mol Aspects Med*. 2016;49:1-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mam.2016.04.007>
31. Godoy LD, Rossignoli MT, Delfino-Pereira P, et al. A comprehensive overview on stress neurobiology: Basic concepts and clinical implications. *Front Behav Neurosci*. 2018;12:127. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00127>
32. Lipp MEN. Transtorno de Adaptação. *Bol Acad Paul Psicol*. 2007;1:72-82.
33. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.
34. Carver CS, Connor-Smith J. Personality and coping. *Annu Rev Psychol*. 2010;61:679-704. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
35. Barros MS, Wilhelm FA. Estratégias de enfrentamento do estresse utilizadas por jovens universitários no extremo norte do país. *Rev Bras de Iniciação Científica*. 2020;7:100-117.
36. Gomes AR, Afonso JMP. Occupational stress and coping among Portuguese Military Police Officers. *Av Psicol Latinoam*. 2016;34:47-65. DOI: <http://doi.org/10.12804/apl34.1.2016.04>
37. Folkman S. The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety Stress Coping*. 2008;21(1):3-14. DOI: <https://doi.org/10.1080/10615800701740457>
38. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Edição 112; Seção I:59-62.
39. Pereira LZ. *Novas perspectivas para a abordagem do estresse ocupacional em gerentes [tese]*. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
40. Ling FYY, Loo CMC. Characteristics of jobs and jobholders that affect job satisfaction and work performance of Project Managers. *J Manag Engineering*. 2015;31:401439-1-401439-10. DOI: [http://dx.doi.org/10.1061/\(ASCE\)ME.1943-5479.0000247](http://dx.doi.org/10.1061/(ASCE)ME.1943-5479.0000247)

41. Bowen P, Zhang RP. Cross-boundary contact, work-family conflict, antecedents, and consequences: Testing an integrated model for construction professionals. *J Constr Eng Manag.* 2020;146:04020005. DOI: [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)CO.1943-7862.0001784](https://doi.org/10.1061/(ASCE)CO.1943-7862.0001784)
42. Bowen P, Edwards P, Lingard H, et al. Predictive Modeling of Workplace Stress among Construction Professionals. *J Constr Eng Manag.* Epub ahead of print 2014. DOI: [https://doi.org/10.1061/\(asce\)co.1943-7862.0000806](https://doi.org/10.1061/(asce)co.1943-7862.0000806)
43. Burkert M, Fischer FM, Schäffer U. Application of the controllability principle and managerial performance: The role of role perceptions. *JMAR.* 2011;22:143-159. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mar.2011.03.002>
44. Rizzo JR, House RJ, Lirtzman SI. Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Adm Sci Q.* 1970;15:150-163. DOI: <https://doi.org/10.2307/2391486>
45. Lombardi MR. Engenharia e gerente: desafios enfrentados por mulheres em posições de comando na área tecnológica. *Rev Tecnol Soc.* 2006;2(3):63-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.3895/rts.v2n3.2485>
46. Strobino MRC, Teixeira RM. Empreendedorismo feminino e o conflito trabalho-família: estudo de multicase no comércio de material de construção da cidade de Curitiba. *Rev Adm (São Paulo).* 2014;49(1):59-76. DOI: <https://doi.org/10.5700/rausp1131>
47. Kamardeen I, Sunindijo RY. Personal Characteristics Moderate Work Stress in Construction Professionals. *J Constr Eng Manag.* 2017;143(10). DOI: [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)CO.1943-7862.0001386](https://doi.org/10.1061/(ASCE)CO.1943-7862.0001386)
48. Sunindijo RY, Kamardeen I. Work stress is a threat to gender diversity in the construction industry. *J Constr Eng Manag.* 2017;143(10):04017073. DOI: [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)CO.1943-7862.0001387](https://doi.org/10.1061/(ASCE)CO.1943-7862.0001387)
49. Francis V, Lingard H, Prosser A, et al. Work-family and construction: Public and private sector differences. *J Manag Eng.* 2013;29(4):392-399. DOI: [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)ME.1943-5479.0000154](https://doi.org/10.1061/(ASCE)ME.1943-5479.0000154)
51. LePine JA, Podsakoff NP, LePine MA. A meta-analytic test of the challenge Stressor-hindrance stressor framework: An explanation for inconsistent relationships among Stressors and performance. *Acad Manage J.* 2005;48(5):764-775.
52. Gilboa S, Shirom A, Fried Y, et al. A meta-analysis of work demand stressors and job performance: Examining main and moderating effects. *Pers Psychol.* 2008;61(2):227-271. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1744-6570.2008.00113.x>
53. Maffia LN, Pereira LZ. Estresse no trabalho: estudo com gestores públicos do Estado de Minas Gerais. *Rev Eletrôn Adm (Porto Alegre).* 2014;20(3):658-680. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-2311.0052014.47163>
54. Veloso HM, Pimenta SM. Análise do estresse ocupacional na realidade bancária: um estudo de caso. *Rev Adm FEAD.* 2005;2:111-128.
55. Santos OA. Ninguém morre de trabalhar: o mito do stress. 3. ed. São Paulo: Texto novo; 1995.
56. Guimarães TA, Gomes AO, Correia PMAR, et al. Conflitos e ambiguidades de papéis no trabalho de juizes: As percepções de juizes portugueses. *Rev Adm Pública.* 2017;51(6):927-946. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7612156373>
57. Belias D, Koustelios A, Sdrolas L, et al. Job satisfaction, role conflict and autonomy of employees in the Greek Banking Organization. *Procedia Soc Behav Sci.* 2015;175:324-333. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.1207>
58. Sun C, Hon CKH, Way KA, et al. The relationship between psychosocial hazards and mental health in the construction industry: A meta-analysis. *Saf Sci.* 2022;145:105485. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105485>
59. Colakoglu SN. The impact of career boundarylessness on subjective career success: The role of career competencies, career autonomy, and career insecurity. *J Vocat Behav* 2011;79(1):47-59. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.09.011>

60. Ahuja M, Chudoba KM, George JF, et al. Overworked and isolated? Predicting the effect of work-family conflict, autonomy, and workload on organizational commitment and turnover of virtual workers. *Proceedings of the Annual Hawaii International Conference on System Sciences IEEE*. 2002;3586-3593. DOI: <http://dx.doi.org/10.1109/HICSS.2002.994454>
61. Ahuja MK, Chudoba KM, Kacmar CJ, et al. Its road warriors: Balancing work-family conflict, job autonomy, and work overload to mitigate turnover intentions. *MIS Q*. 2007;31:1-17. DOI : <https://doi.org/10.2307/25148778>
62. Michel JS, Kotrba LM, Mitchelson JK, et al. Antecedents of work-family conflict: A meta-analytic review. *J Organ Behav*. 2010;32(5):689-725. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/job.695>
63. Burton JP, Hoobler JM, Scheuer ML. Supervisor workplace stress and abusive supervision: The buffering effect of exercise. *J Bus Psychol* 2012;27(3):271-279. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10869-011-9255-0>
64. Correa GA, Leão MAG. A prática do esporte como estratégia de enfrentamento do estresse docente. *Reeduc*. 2020;17(49):336-354.
65. Long BC, Flood KR. Coping with work stress : psychological benefits of exercise. *Work Stress*. 1993;7(2):109-119. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/02678379308257055>
66. Replogle RA. It's time to eliminate work stress. *Mobility Forum*. 2017;25(4):38.
67. Tamayo A. Prioridades axiológicas, atividade física e estresse ocupacional. *Rev Adm Contemp*. 2001;5(3):127-147. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-65552001000300007>
68. Cungi C. Saber administrar o estresse na vida e no trabalho. 2. ed. São Paulo: Larousse do Brasil; 2006.
69. Valinote HC, Pacheco LF, Viana FP, et al. Análise da qualidade de vida, capacidade para o trabalho e nível de estresse em trabalhadores da construção civil. *Rev Bras Ciênc Ambient*. 2015;(32):115-126.
70. Love PED, Edwards DJ, Irani Z. Work stress, support, and mental health in construction. *J Constr Eng Manag*. 2010;136(6):650-658. DOI: [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)CO.1943-7862.0000165](https://doi.org/10.1061/(ASCE)CO.1943-7862.0000165)
71. Paschoal T, Torres CV, Porto JB. Felicidade no trabalho: relações com suporte organizacional e suporte social. *Rev Adm Contemp*. 2010;14(6):1054-1072. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-65552010000700005>
72. Gottardo LFS, Ferreira MC. Suporte social, avaliações autorreferentes e bem-estar de profissionais de saúde. *Arq Bras Psicol*. 2015;67(1):146-160.
73. Hirschle ALT, Gondim SMG. Stress and well-being at work: A literature review. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(7):2721-2736. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.27902017>
74. Mutkins E, Brown RF, Thorsteinsson EB. Stress, depression, workplace and social supports and burnout in intellectual disability support staff. *J Intellect Disabil Res*. 2011;55(5):500-510. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01406.x>
75. Nunes WS, Souza FP. Níveis de estresse e apoio social em servidores públicos de serviços socioassistenciais de alta complexidade. *Aletheia*. 2017;50(1):95-110.

Received on 02/01/2024

Approved on 30/12/2024

Conflict of interests: non-existent

Financial support: non-existent

Editor in charge: Ronaldo Teodoro

Atenção nutricional no enfrentamento da obesidade na Atenção Primária à Saúde: proposta de modelo avaliativo

Nutritional care to address obesity in Primary Health Care: Proposal of an evaluative model

Rafaela Souza¹, Josimari Telino de Lacerda¹, Patrícia Maria de Oliveira Machado¹

DOI: 10.1590/2358-289820251449435P

RESUMO O artigo tem como objetivo apresentar uma proposta de modelo avaliativo da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na Atenção Primária à Saúde. Utilizou como base o modelo proposto por Machado e Lacerda para avaliar a atenção nutricional. Foram analisados documentos oficiais e artigos científicos relacionados ao tema, além da consulta a um grupo de interessados que orientaram a elaboração do Modelo Teórico, Modelo Lógico e da Matriz de Análise e Julgamento. Para a validação do modelo avaliativo foi utilizada a técnica de conferência de consenso com 11 especialistas na área de nutrição e avaliação em saúde. A matriz é composta por vinte e quatro indicadores e sessenta medidas, organizadas em sete subdimensões e duas dimensões: Gestão e Assistência. O modelo avaliativo parte do pressuposto da responsabilidade da gestão municipal em fornecer condições estruturais e organizacionais necessárias para a execução das ações de Alimentação e Nutrição para o enfrentamento da obesidade de forma intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar, seguindo os preceitos da Atenção Primária à Saúde abrangente.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Política nutricional. Obesidade.

ABSTRACT The article aims to propose an evaluative model for nutritional care to address obesity in Primary Health Care. It is based on the model proposed by Machado and Lacerda for evaluating Nutritional Care. Official documents and scientific articles related to the subject were analyzed, and input from a group of stakeholders guided the development of the Theoretical Model, Logical Model, and the Analysis and Judgment Matrix. To validate the evaluative model, a consensus conference technique was used, involving 11 experts in the fields of nutrition and health evaluation. The matrix consists of twenty-four indicators and sixty measures, organized into seven subdimensions and two dimensions: Management and Care. The evaluative model operates on the assumption that municipal management bears the responsibility of providing the necessary structural and organizational conditions for the implementation of nutrition and food-related actions to combat obesity in an intersectoral, multiprofessional, and interdisciplinary manner, following the principles of comprehensive Primary Health Care.

KEYWORDS Health evaluation. Nutrition policy. Obesity.

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



Introdução

A obesidade é considerada um problema de saúde pública e a sua prevalência tem aumentado nas últimas décadas, atingindo a população de todas as idades em escala global. Em 2016, 13% da população adulta mundial apresentava obesidade, o que corresponde a mais de 650 milhões de pessoas. Estima-se que até 2030 mais de um bilhão de adultos em todo o mundo terão obesidade^{1,2}. Entre as crianças e adolescentes, de 5 a 19 anos, mais de 124 milhões ao redor do mundo (6% das meninas e 8% dos meninos) apresentavam obesidade em 2016. A estimativa para 2030 é que esse número atinja 254 milhões^{1,2}.

No Brasil, a prevalência da obesidade em adultos aumentou 67,8% em 12 anos, passando de 11,8% para 19,8%, entre 2006 e 2018³. Até 2030, estima-se que esse valor ultrapasse 29%. Dentre as crianças brasileiras menores de 10 anos, estima-se que 3,1 milhões tenham obesidade, enquanto que na população entre 10 e 19 anos, a estimativa é de 3,4 milhões⁴.

Os impactos associados à obesidade atuam negativamente na saúde do indivíduo, em suas famílias e no conjunto da sociedade. A obesidade é considerada uma doença complexa e também um fator de risco para outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer, além de estar associada a maiores índices de mortalidade⁵⁻⁷. Essas doenças e seus agravos resultam no aumento dos gastos em saúde e oneram os sistemas de saúde em diversos países do mundo⁸.

Muitas evidências vêm demonstrando que a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o locus privilegiado para o desenvolvimento de ações para o enfrentamento da obesidade⁹⁻¹². A APS atua próxima à comunidade e tem como potencialidade compreender a dinâmica social, ofertando cuidados integrados e articulados de maneira multiprofissional¹³⁻¹⁵.

Os cuidados relativos à Alimentação e Nutrição (A&N) direcionados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, incluindo a obesidade, são denominados atenção nutricional¹⁴.

Os desafios da APS para o enfrentamento da obesidade passam pelo provimento de condições adequadas para que as equipes de saúde consigam desenvolver as ações de A&N. Estas condições devem ser garantidas como responsabilidade da gestão, que deve implantar uma atenção nutricional capaz de responder às demandas e necessidades relacionadas à obesidade e seus fatores correlacionados.

É necessário, então, avaliar a implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade nos serviços de APS, por meio de um instrumento avaliativo viável e aplicável em diferentes contextos, buscando subsidiar gestores e profissionais da saúde na elaboração de estratégias efetivas para reduzir as prevalências de obesidade.

O presente estudo tem como objetivo apresentar uma proposta de modelo avaliativo da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS. Assume como marco referencial o modelo de APS do tipo abrangente ou integral, a partir da definição das ações adequadas e necessárias à implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, como parte do processo de trabalho das equipes de saúde. A APS abrangente ou integral diz respeito à assistência à saúde, incluindo ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade. Baseia-se nos determinantes sociais da saúde, na intersetorialidade, no uso de tecnologias apropriadas e no uso eficiente dos recursos¹⁵.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido durante o período de agosto de 2020 a novembro de 2021. O modelo proposto foi adaptado a partir do 'modelo avaliativo da atenção nutricional no contexto da APS', desenvolvido por Machado e Lacerda¹⁶.

Foi utilizada a metodologia 'Framework para Avaliação de Programas em Saúde Pública', desenvolvida pelo Centers for Disease Control and

Prevention (CDC)¹⁷. A metodologia contempla seis etapas: 1) Formação de um grupo de interessados; 2) Descrição da intervenção; 3) Focalização do Projeto de Avaliação; 4) Reunião e avaliação das evidências; 5) Justificativa das conclusões; 6) Compartilhamento das lições aprendidas. Neste estudo, o termo intervenção refere-se ao objeto avaliativo – a atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS.

1) Formação de um grupo de interessados: O processo de adaptação do modelo avaliativo contou com o envolvimento e ampla participação de um grupo de interessados composto por 20 pessoas, entre professores e estudantes da área da saúde coletiva, incluindo nutricionistas em nível de mestrado e doutorado, integrantes do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (Nepas) e da disciplina de Seminários de Avaliação em Saúde, ambos vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Tanto a divulgação quanto a inclusão dos participantes no grupo de interessados foi por conveniência, durante os encontros do Nepas e nas atividades propostas pela referida disciplina.

2) Descrição da intervenção: Para a descrição da intervenção, foi realizada a análise dos documentos oficiais e a revisão de literatura que possibilitaram ampliar a compreensão sobre o objeto. A análise documental incluiu normativas, portarias, diretrizes técnicas e legislações de âmbito nacional e internacional. O recorte temporal compreendeu desde a criação do marco legal do Sistema Único de Saúde – SUS (1990) até o mês de novembro de 2021, enquanto os termos utilizados na busca foram ‘obesidade’ e ‘atenção nutricional na obesidade’.

Para a revisão de literatura, foram consultadas as bases eletrônicas PubMed, Ebsco, Scopus, Web of Science e Lilacs. Os termos de busca utilizados foram “Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição” OR “Programas de Alimentação e Nutrição” OR “Ações de Alimentação e Nutrição” AND “Atenção Primária à Saúde” AND “Obesidade”. Para cada base de dados, os termos de busca foram ajustados, adicionados

os sinônimos e seus correspondentes em inglês e espanhol.

A descrição da intervenção possibilitou identificar a finalidade, os objetivos, as diretrizes, as atividades e as responsabilidades previstas para a implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS. Além de verificar a sua estrutura e o contexto.

Com base na análise documental, na revisão de literatura, no estudo de Machado e Lacerda¹⁶ e na participação dos interessados na avaliação, foram elaboradas versões preliminares do Modelo Teórico (MT) e do Modelo Lógico (ML).

3) Focalização do Projeto de Avaliação: Durante os encontros com o grupo de interessados, foi esclarecido o objeto avaliativo, bem como o propósito da avaliação. Foram definidos os usuários da avaliação, ou seja, as pessoas específicas a quem interessam os resultados da avaliação e como esses resultados seriam aplicados, a fim de orientar o plano para atender às necessidades dos atores. Ao total, foram realizados 8 encontros no formato remoto (on-line).

Também foi definida a pergunta avaliativa, a qual serviu de orientação durante todo o processo de elaboração do modelo avaliativo. Tratando-se de uma adaptação de um modelo avaliativo já validado¹⁶, esta etapa foi fundamental para definir a metodologia empregada na escolha das unidades de análise, na coleta e análise de dados, na interpretação e no julgamento dos resultados.

4) Reunião e avaliação das evidências: Na sequência, foi elaborada a Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), composta de dimensões, subdimensões e indicadores, acrescida das respectivas medidas com os parâmetros e fontes de informação, utilizados para emitir o juízo de valor. Todos os itens da matriz foram justificados por meio de *rationales* baseados nas melhores evidências científicas.

4.1 Validação do modelo avaliativo: O modelo avaliativo composto pelo MT, ML e pela MAJ foi validado em Conferência de Consenso, realizada totalmente à distância, entre os meses de maio e julho de 2021. A conferência de consenso é uma técnica mista com preenchimento de instrumentos de forma individual e discussão

em grupo. Ela concilia a possibilidade de discussão aberta e a preservação do anonimato e permite uma logística viável¹⁸.

Foram convidados a participar do consenso 12 especialistas da área saúde, A&N (n = 7) e avaliação de políticas públicas (n = 5); selecionados pela expertise na área, reconhecida atuação e análise do Currículo Lattes. Buscou-se preservar a representatividade entre membros da gestão, assistência e academia. O convite foi enviado via e-mail, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O modelo avaliativo foi disponibilizado por meio da plataforma Survey Monkey®, através da qual os especialistas foram convidados a emitir sua concordância plena, parcial ou discordância sobre todos os itens do MT, ML e MAJ (total de 107 itens), num prazo de 30 dias. Nas situações em que os especialistas concordaram parcialmente ou discordaram, foi solicitado a eles que descrevessem a justificativa e/ou a sugestão de alteração do texto. As contribuições dos especialistas foram inseridas em documento único e analisadas detalhadamente. Foi indicado o percentual de concordância, o retorno das pesquisadoras para cada contribuição e, em seguida, a proposta de alteração do texto ou a justificativa para a manutenção da redação prévia.

Os itens seriam considerados ‘aprovados’ quando obtivessem mais de 90% de concordância plena/parcial. Para os demais casos, os itens seriam remetidos para nova rodada, até obter consenso final. Todos os itens obtiveram mais de 90% de concordância plena/parcial (*quadro 1*) e as sugestões consensuais foram incluídas integralmente, descartando nova rodada de consenso. A compilação foi encaminhada aos especialistas para ciência e será apresentada nos resultados.

5) Justificativa das conclusões: A partir da validação da MAJ, na qual foram descritos os *racionais* para cada dimensão, subdimensão e indicador, foi possível fazer a análise descritiva de cada item do modelo avaliativo, uma síntese dos resultados obtidos e emissão

do juízo de valor final. Os parâmetros para emissão de juízo de valor foram definidos a partir do modelo proposto por Machado e Lacerda¹⁶, das evidências científicas e aspectos normativos e dos acordos firmados entre o grupo de interessados.

6) Compartilhamento das lições aprendidas: O compartilhamento das lições aprendidas garante que a avaliação atinja seu objetivo principal, que é ser útil. A partir da definição do grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade nos municípios, será possível associá-lo com o contexto onde cada município está inserido, contribuindo, assim, para a formulação de políticas e protocolos de cuidado.

A pesquisa seguiu a resolução nº 510/2016¹⁹ do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (CAAE nº 25598819.3.0000.0121).

Resultados

A formação do grupo de interessados fundamentou a construção das etapas iniciais deste trabalho, tais como: a pergunta de pesquisa, os objetivos, a metodologia e a elaboração da versão preliminar do modelo avaliativo. Nessa primeira versão, foi realizada a adaptação do modelo avaliativo da atenção nutricional no contexto da APS, proposto por Machado e Lacerda¹⁶. Para a adaptação do modelo avaliativo, considerou-se que a descrição da intervenção, a modelagem e a matriz avaliativa devem ser sensíveis ao ponto de atender o novo objeto avaliativo – atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS. As principais alterações propostas para os modelos foram:

- Especificação do termo ‘ações de A&N para o enfrentamento da obesidade’;
- Nos aspectos de contexto municipal e local,

a substituição do termo ‘epidemiológico’ pela ‘Transição Epidemiológica e Nutricional’ e acréscimo dos aspectos culturais;

- Nos aspectos normativos foram acrescentadas a Portaria nº 424 de 2013, que trata das diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas; o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN); a Estratégia Intersetorial para o enfrentamento da obesidade; e o ‘Caderno de Atenção Básica nº 38’ sobre obesidade;

- As duas dimensões de análise se mantiveram – Gestão e Assistência, no entanto, nas atribuições da assistência houve destaque para as ações de A&N com foco na coordenação da atenção para o enfrentamento da obesidade, para além da integralidade e organização do cuidado;

- O componente ‘Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação da área de A&N’ foi adicionado na adaptação do ML, sendo a principal diferença em relação aos aspectos de gestão;

- Como impacto da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade implantada, houve substituição de ‘Melhoria dos Indicadores de Alimentação e Nutrição e redução das DCNT associadas à alimentação’ para ‘redução das prevalências de obesidade e doenças crônicas associadas’, especificando o objeto avaliado;

Na MAJ foram realizados ajustes nos indicadores, de modo a contemplar as alterações listadas anteriormente, assim como nas medidas e respectivos *rationales* – compreendido como a razão e justificativa para a escolha dos componentes da matriz de avaliação, em consonância com o objeto de estudo e sua teoria.

Esse conjunto de elementos que compõem o modelo avaliativo foi submetido à conferência

de consenso para apreciação dos especialistas. Onze especialistas aceitaram participar do consenso, sendo 7 da área da saúde, A&N (incluindo nutricionistas, dentistas e enfermeiros) e outros 4 especialistas da área de avaliação de políticas públicas. As sugestões e alterações do MT, ML e MAJ estão relatadas na sequência.

O MT (*figura 1*) traz em destaque o objeto da avaliação, compreendido como de responsabilidade da gestão municipal, dividido em duas dimensões de análise: a Gestão e a Assistência. A gestão municipal é responsável pelas decisões técnicas e políticas na implantação da atenção nutricional e pela implantação de uma APS que siga o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou de uma APS que siga os princípios da modalidade abrangente.

Na dimensão Gestão contemplam-se os aspectos estruturais e organizacionais necessários para a execução das ações de A&N para o enfrentamento da obesidade de forma intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar. Na assistência a execução das ações de A&N com foco na integralidade, organização do cuidado e coordenação da atenção para o enfrentamento da obesidade.

A estruturação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS é orientada pelos aspectos normativos que exercem influência sobre as ações de A&N. Neste ponto houve sugestão para descrever sobre o que se trata a Portaria nº 424 de 19 de março de 2013²⁰, além de acrescentar a Portaria nº 3, de 28 de setembro de 2017²¹. Ambas consolidam as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Inicialmente, a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e o Plano Nacional de SAN constavam nos aspectos normativos. Após análise dos especialistas, entendeu-se que esses documentos não induzem a atenção nutricional no âmbito da APS, considerando que esta é uma competência exclusiva e privativa do setor saúde. Segundo o especialista: “a SAN tem interface

com a saúde e vice-versa, indubitavelmente, mas não a esse nível de ingerência sobre a organização da APS que cabe ao SUS, exclusivamente”.

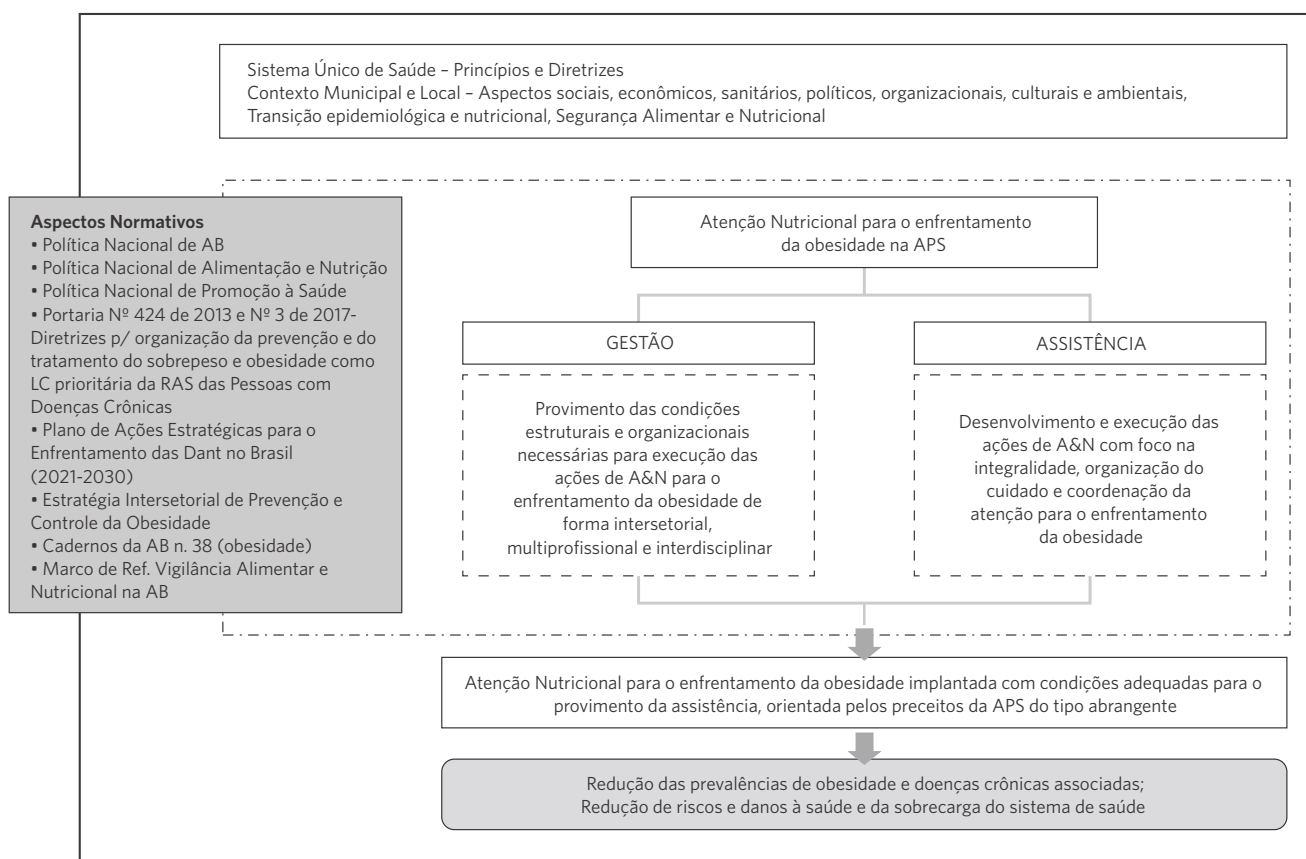
Houve uma recomendação para:

Relativizar a expressão de que é de responsabilidade da gestão municipal [referindo-se à responsabilidade da gestão municipal em prover as condições necessárias para o desenvolvimento da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS], já que o SUS tem gestão tripartite, existindo inclusive instâncias de pactuação de ações, programas e políticas, como CIB e CIT.

A equipe optou por manter o texto original, pois se entende que a gestão municipal está sendo avaliada em relação à capacidade de organização e estruturação da APS, de modo a promover as condições ideais para que as equipes de saúde possam desenvolver a assistência de forma plena, de acordo com as diretrizes pactuadas. Outra contribuição importante foi descrever com maior clareza o conceito de atenção nutricional. Assim, o conceito de atenção nutricional foi revisado na descrição do modelo avaliativo, seguindo os preceitos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e do modelo proposto por Machado e Lacerda¹⁶.

Figura 1. Modelo Teórico da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS

Modelo Teórico



Fonte: elaboração própria, adaptada de Machado e Lacerda¹⁶.

AB = Atenção Básica; LC = Linha de cuidado; RAS = Rede de Atenção à Saúde; Dant = Doenças e Agravos Não Transmissíveis; APS = Atenção Primária à Saúde; A&N = Alimentação e Nutrição.

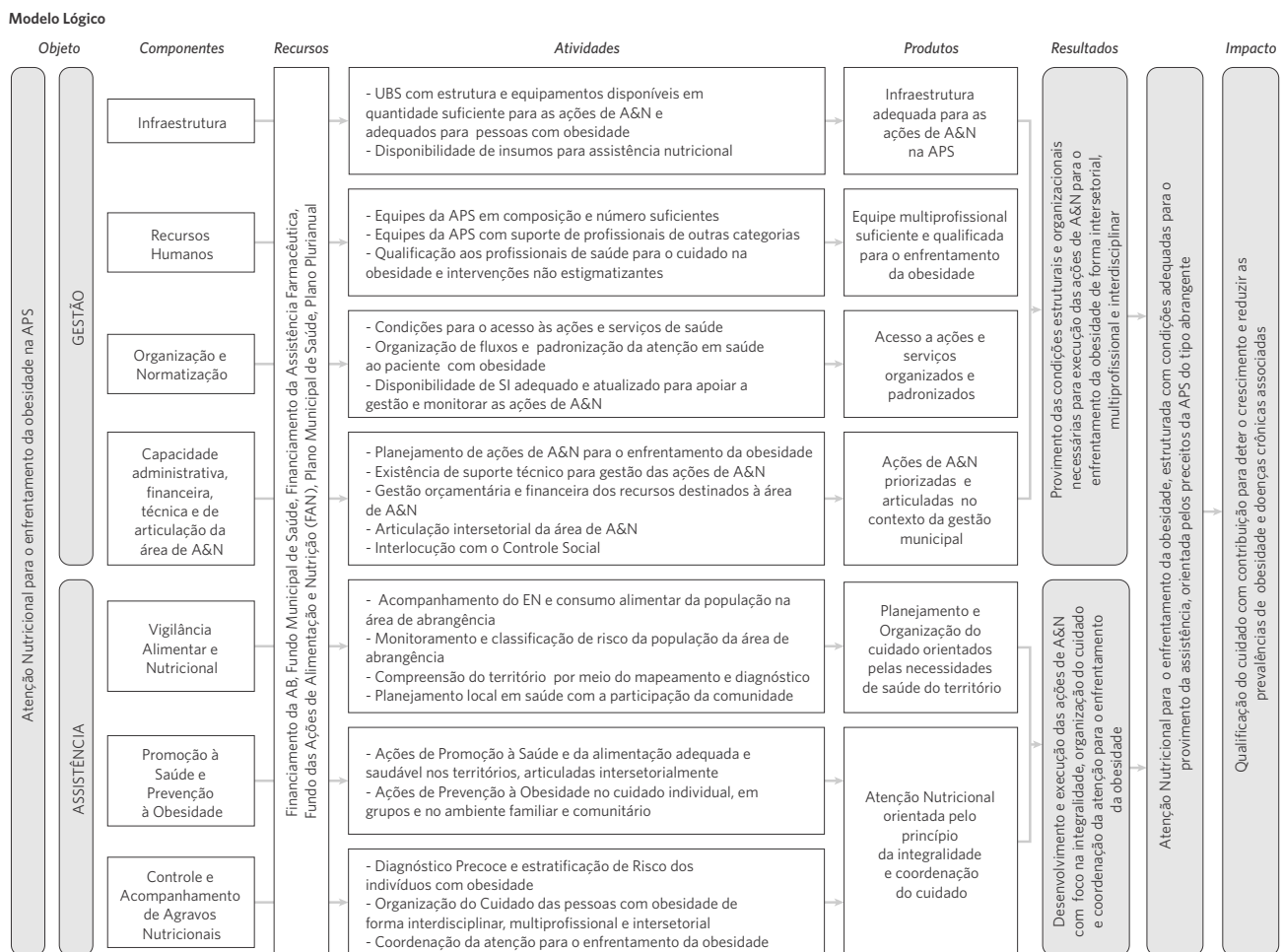
O ML (figura 2) apresenta uma sequência de elementos que apresentam relação entre si, com o objetivo de explicar a teoria do objeto avaliativo. As duas dimensões que compõem a atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade – Gestão e Assistência – são subdivididas em componentes, os quais se expressam por meio de atividades consideradas necessárias. Para tanto, espera-se que haja adequada aplicação dos recursos financeiros provenientes dos repasses federais, recursos próprios do município e demais fontes de recursos.

Em relação ao impacto, houve a seguinte contribuição:

Creio que o resultado esperado seja a qualificação do cuidado com contribuição para a redução das prevalências e não diretamente a redução dessas prevalências, considerando que suas causas e determinantes extrapolam as competências do setor saúde.

E também: “considerar como resultados esperados ‘deter o crescimento’ da obesidade, não apenas a redução”. Sendo assim, o impacto foi ajustado para ‘Qualificação do cuidado com contribuição para deter o crescimento e reduzir as prevalências de obesidade e doenças crônicas associadas’.

Figura 2. Modelo Lógico da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS



Fonte: elaboração própria, adaptada de Machado e Lacerda¹⁶.

APS = Atenção Primária à Saúde; A&N = Alimentação e Nutrição; UBS/USF = Unidade Básica de Saúde/Unidade de Saúde da Família; EM = estado nutricional.

O percentual de concordância dos principais itens da MAJ está apresentado na *tabela 1*. A maioria das sugestões foi contemplada.

Dimensão Gestão

Para essa dimensão, foram definidos quatro subdimensões, conforme *tabela 1*: Infraestrutura; Recursos Humanos; Organização e Normatização; e Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação da área de A&N.

Para o conjunto de itens da Infraestrutura houve 38 comentários. Dois especialistas chamaram a atenção para o termo ‘pessoas obesas’ descrito no *rationale*, sugerindo a substituição da frase ‘garantir acessibilidade para pessoas obesas’ por ‘garantir acessibilidade para as pessoas com obesidade’. A sugestão foi aceita pela equipe e o termo revisto em todo o modelo avaliativo. Também se questionou em relação à clareza do indicador sobre a disponibilidade de equipamentos para as ações de A&N, segundo o especialista ‘vai para além da disponibilidade mínima’. A partir dessa contribuição, a redação do *rationale* foi ajustada, reforçando a necessidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF) disponibilizarem equipamentos e dispositivos de transporte adaptados às pessoas com obesidade e em condições de uso. Em relação à disponibilidade de insumos para assistência nutricional, os especialistas argumentaram que não há medicamentos incorporados ao SUS especificamente para o tratamento da obesidade. O *rationale* do indicador foi ajustado, destacando a importância da disponibilidade de medicamentos para os agravos associados à obesidade e de suplementos nutricionais, insumos fundamentais para o tratamento clínico e pós-tratamento cirúrgico da obesidade.

Em Recursos Humanos, sobre a suficiência de pessoal na APS, alguns especialistas propuseram esclarecer o parâmetro ideal para a análise, que é o modelo da ESF. Também expressaram dúvidas quanto à medida de cobertura populacional de Agentes Comunitários de

Saúde, que sofreu modificações após a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017²², considerada por eles insuficiente, portanto, a decisão da equipe foi excluí-la do modelo. Dez comentários indicaram a falta de clareza sobre o que seria considerada a oferta de atenção especializada. Justificou-se no *rationale* que a gestão municipal deve ofertar estruturas de apoio às equipes de saúde da família, tanto de atenção especializada nos diferentes níveis de atenção no âmbito da RAS quanto de suporte técnico pedagógico para oferta do cuidado no enfrentamento da obesidade. Incluiu-se o apoio de outras categorias profissionais como nutricionista, profissional de educação física e psicólogo, dadas as especificidades de sua formação no controle, prevenção e cuidado da obesidade.

Na Organização e Normatização, um dos especialistas argumentou sobre a descrição genérica dos fluxos de encaminhamentos da APS para a Atenção Especializada. A equipe optou pela modificação do *rationale*, especificando a estruturação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, a qual inclui a adoção de protocolos de fluxos de encaminhamentos. Houve uma observação para avaliar a pertinência de manter o termo ‘outro sistema informatizado’ ou apenas Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) e Programa Bolsa Família (PBF) para a disponibilidade de informação para a atenção nutricional e a equipe decidiu por manter, entendendo que o município pode contar com um sistema de informação próprio.

Para a Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação da área de A&N, apesar da ampla concordância, um dos especialistas trouxe ressalvas importantes sobre a pertinência de algumas medidas, justificando:

Em municípios pequenos não há área técnica de A&N e não acho prudente deslocar profissional da equipe para isso. Qualquer outro técnico na prefeitura poderá realizar esse planejamento e acompanhamento desde que solicitado.

Em outro trecho, o especialista afirma:

É importante a participação de profissional da área [de A&N] na definição de compras (de algumas que serão estratégicas para a política, não todas) mas não no acompanhamento delas, é um processo burocrático que não demanda conhecimento técnico.

A equipe avaliou e decidiu por manter os itens apontados nesta subdimensão, no intuito de evidenciar o papel da gestão municipal em garantir uma área técnica de A&N com capacidade de pautar as demandas necessárias a sua pasta, com inserção nos instrumentos de planejamento e gestão, de orientar e defender que as ações de A&N sejam incluídas no orçamento, além da capacidade de articulação intersetorial, no contexto da gestão municipal.

Dimensão Assistência

Para essa dimensão, foram definidos três subdimensões: Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN); Promoção à Saúde e Prevenção à Obesidade; e Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais.

Nos itens que compõem a VAN, um especialista sugeriu a substituição por Vigilância em Saúde. O especialista entende que se propõe – e que é necessária – a vigilância ampliada. Ao conferir o *rationale*, o especialista afirma que está contemplado com a justificativa. Decidiu-se manter o item original, no sentido de reafirmar e fortalecer a VAN, possibilitando fornecer subsídios para as decisões políticas, auxiliar no planejamento, no monitoramento e no gerenciamento das ações de A&N, com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional dos indivíduos.

Ainda nesta subdimensão, alguns especialistas sugeriram esclarecer o que seria ‘vigilância alimentar e nutricional nos espaços públicos na comunidade’. O *rationale* foi revisitado, com a descrição das ações realizadas nas UBS/USF e no território de abrangência das equipes de saúde, incluindo creches, escolas, praças e parques, polos da Academia da Saúde, quadra de esportes, centros de convivência comunitária etc.

Na Promoção à Saúde e Prevenção à Obesidade, um dos especialistas propôs o marco referencial da Educação Alimentar e Nutricional e chamou a atenção sobre não incluir grupos direcionados ou temáticos sobre obesidade na descrição do *rationale*. Ambas as sugestões foram aceitas e o texto do *rationale* foi ajustado. Para atender a segunda sugestão, também foram realizados pequenos ajustes nas medidas, direcionando o texto para orientações sobre alimentação com foco na prevenção da obesidade com abordagem coletiva.

Para a subdimensão Controle e acompanhamento de agravos nutricionais, foi sugerida a substituição da palavra ‘captação’ por ‘identificação’. Segundo o especialista:

Entendo que as políticas públicas não tem o objetivo de captar indivíduos, mas garantir condições para que estes acessem as políticas. Por isso, ao invés de captação, o ideal é que os indivíduos com obesidade sejam identificados e consigam acessar as unidades de saúde para o diagnóstico precoce e a estratificação de risco.

A sugestão foi acolhida e este foi o único indicador que sofreu alteração na redação a partir da proposta original, resultando em: ‘Identificação, Diagnóstico Precoce e estratificação de risco’.

Tabela 1. Síntese da matriz avaliativa com o percentual de concordância dos especialistas

Item	Componente	Percentual de concordância		
		Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Discordo
D1	Gestão	63,6	36,4	0
SD1	Infraestrutura	72,7	27,3	0
INF1	Adequação de espaço físico na UBS para a Atenção à Saúde	45,5	54,5	0
INF2	Disponibilidade de equipamentos para as ações de A&N	63,6	36,4	0
INF3	Disponibilidade de insumos para assistência nutricional	90,9	9,1	0
SD2	Recursos Humanos	90,9	9,1	0
RH1	Suficiência de Pessoal na APS	81,8	18,2	0
RH2	Suporte especializado para as ações de A&N	63,6	36,4	0
RH3	Qualificação das equipes de saúde	90,9	9,1	0
SD3	Organização e Normatização	63,6	36,4	0
ORG1	Condições para o acesso à Saúde	90,9	9,1	0
ORG2	Fluxos e padronização da Atenção em Saúde	81,8	18,2	0
ORG3	Disponibilidade de Informação para a Atenção Nutricional	90,9	9,1	0
SD4	Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação	63,6	36,4	0
CAP1	Planejamento de ações de A&N	90,9	9,1	0
CAP2	Gestão orçamentária e financeira dos recursos destinados à área de A&N	81,8	18,2	0
CAP3	Suporte Técnico para gestão das ações de A&N	90,9	9,1	0
CAP4	Articulação intersetorial da área de A&N	90,9	9,1	0
CAP5	Interlocução com o Controle Social	90,9	9,1	0
D2	Assistência	90,9	9,1	0
SD5	Vigilância Alimentar e Nutricional	90,9	9,1	0
VAN1	Acompanhamento contínuo do estado nutricional e consumo alimentar	100	0	0
VAN2	Apropriação do território	90,9	9,1	0
VAN3	Planejamento Local em Saúde	100	0	0
SD6	Promoção à Saúde e Prevenção à Obesidade	100	0	0
PRO1	Ações de Promoção à Saúde	90,9	0	9,1
PRO2	Ações de Prevenção à Obesidade	100	0	0
PRO3	Articulação intersetorial para PAAS	81,8	18,2	0
SD7	Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais	90,9	9,1	0
CON1	Identificação, Diagnóstico Precoce e estratificação de risco	90,9	9,1	0
CON2	Organização do Cuidado	90,9	9,1	0
CON3	Atenção interdisciplinar e multiprofissional	90,9	9,1	0
CON4	Coordenação do Cuidado	90,9	9,1	0

Fonte: elaboração própria com base em dados da pesquisa.

D: Dimensão; SB: Subdimensão; INF: Infraestrutura; RH: Recursos Humanos; ORG: Organização e Normatização; CAP: Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação; VAN: Vigilância Alimentar e Nutricional; PRO: Promoção à Saúde e Prevenção à Obesidade; CON: Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais.

Discussão

As contribuições dos especialistas durante a Conferência de Consenso foram fundamentais para a qualificação do modelo avaliativo proposto. Ao dialogar com os especialistas, ficou evidente a necessidade de garantir a plena compreensão do conceito de atenção nutricional adotado no modelo. A atenção nutricional compreende os cuidados relativos à A&N direcionados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos¹⁴. Na APS do tipo abrangente ou integral, a atenção nutricional deve estar organizada para atender as demandas e necessidades de saúde do território, analisando os critérios de risco e vulnerabilidade, e deve ainda fazer parte do processo de trabalho das equipes de saúde^{14,23}.

A concepção desta pesquisa ampliou a visão em relação ao próprio tema da obesidade. De acordo com os especialistas, é importante que a obesidade seja compreendida como uma doença e não como uma característica dos indivíduos, evitando cair no foco da culpabilização do indivíduo. Nesse sentido, é fundamental resgatar nos processos de formação com os profissionais de saúde o conceito de responsabilização entre profissional e usuário, que pode contribuir para evitar os extremos da culpabilização e/ou vitimização e uma compreensão contextualizada e abrangente do problema da obesidade²⁴.

Os especialistas ressaltaram também que, levando em consideração a complexidade do problema da obesidade, o cuidado deve extrapolar o campo da saúde, sinalizando a necessidade de articulação com outros setores para o enfrentamento desse problema. As ações intersetoriais precisam ser ampliadas, fortalecidas e integradas com instituições e os outros equipamentos públicos sociais existentes nos territórios, induzindo uma APS acolhedora, ordenadora e resolutiva, capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas para os problemas relacionados à obesidade^{25,26}.

O componente 'Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação da área de A&N', traduz a necessidade de participação da área técnica de A&N nos processos decisórios de planejamento e gestão municipal e do setor saúde, com a inclusão de ações e metas relacionadas a sua pasta, assim como previsão no orçamento e financiamento. Adicionalmente, a instituição e regulamentação de uma política de A&N municipal corroboram para esta capacidade de articulação com demais setores da administração municipal, além da participação ativa do controle social sobre as demandas de saúde da população^{23,27}.

Considerações finais

Devido à complexidade e à interação dos fatores que influenciam a determinação da obesidade, sabe-se que a APS assume papel principal na organização e oferta do cuidado em saúde, incluindo os portadores de obesidade.

No entanto, espera-se que a APS adote o modelo abrangente com foco na integralidade do cuidado. Nesse formato, a atenção nutricional no enfrentamento da obesidade se expressa por meio de ações de gestão e de assistência com caráter intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar, de acordo com as necessidades identificadas no território; voltada a indivíduos, famílias e comunidade, acompanhados ao longo do tempo.

O modelo avaliativo para o enfrentamento da obesidade na APS proposto neste artigo contou com ampla participação de um grupo de interessados. Buscou-se o equilíbrio entre a participação de pesquisadores da área de avaliação em saúde e nutrição em saúde pública, além de gestores de políticas públicas relacionadas à nutrição e profissionais com atuação na atenção nutricional.

A validação do modelo foi realizada por especialistas em conferência de consenso, os quais julgaram o modelo lógico, o MT e a MAT apropriados, úteis e sensíveis para avaliar a atenção nutricional no enfrentamento da obesidade na APS.

Destaca-se que, ao abordar a obesidade, é necessário demarcar o referencial teórico e evitar replicar discursos culpabilizadores e de gordofobia. Sobre este aspecto, é importante encarar a obesidade enquanto um problema de saúde pública, sob a qual deve-se intervir preventivamente e precocemente para evitar o agravamento e o aparecimento de comorbidades relacionadas e que estão extensamente descritas na literatura científica.

Espera-se que este modelo avaliativo sirva de subsídios para desenvolvimento de futuras avaliações em nível municipal e que possa orientar os gestores de saúde na tomada de decisão acerca da atenção nutricional ofertada.

Agradecimentos

Ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (Conselho Nacional de

Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq) por meio da Chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN nº 26/2018 e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) (número do Processo 1803560), pela concessão de bolsa para Rafaela Souza durante o desenvolvimento desta pesquisa.

Colaboradoras

Souza R (0000-0002-1992-8189)* contribuiu para concepção do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação final do manuscrito. Lacerda JT (0000-0002-1992-4030)* e Machado PMO (0000-0002-8630-8318)* contribuíram para concepção do trabalho, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação final da versão do manuscrito. ■

Referências

1. Abarca-Gómez L, Abdeen ZA, Hamid ZA, et al. Worldwidetrends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurementstudies in 128·9 millionchildren, adolescents, andadults. *Lancet*. 2017;390(10113):2627-2642. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32129-3)
2. Lobstein T, Brinsden H. Atlas of Childhood Obesity [Internet]. London: World Obesity Federation; 2019 [acesso em 2024 dez 5]. Disponível em: <https://www.worldobesity.org/membersarea/global-atlas-on-childhood-obesity>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em 2024 dez 5]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Atlas da Obesidade Infantil do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [acesso em 2024 dez 5]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/dados_atlas_obesidade.pdf
5. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev*. 2017;18(7):715-723. DOI: <https://doi.org/10.1111/obr.12551>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Contaldo F, Santarpia L, Cioffi I, et al. Nutrition Transition and Cancer. *Nutrients*. 2020;12(3):795. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu12030795>
7. Kyle TK, Dhurandhar EJ, Allison DB. Regarding Obesity as a Disease: Evolving Policies and Their Implications. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2016;45(3):511-20. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2016.04.004>
8. Shekar M, Popkin B. Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge [Internet]. Washington: The World Bank; 2020 [acesso em 2024 dez 5]. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/cddcb99b-9d0b-5f08-9cf6-934974a308cf/content>
9. Ministério da Saúde (BR). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2024 dez 5]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf
10. Hill JO, Wyatt H. Outpatient management of obesity: A primary care perspective. *Obes Res*. 2002;10(supl2):124S-130S. DOI: <https://doi.org/10.1038/oby.2002.205>
11. Kahan SI. Practical strategies for engaging individuals with obesity in primary care. *Mayo Clin Proc*. 2018; 93(3):351-359. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.01.006>
12. Semlitsch T, Stigler FL, Jeitler K, et al. Management of overweight and obesity in primary care—A systematic overview of international evidence-based guidelines. *Obe Rev*. 2019;20(9):1218-1230. DOI: <https://doi.org/10.1111/obr.12889>
13. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2024 dez 5]. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
14. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Alimentação e Nutrição [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2024 dez 5]. p. 84. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf
15. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., editoras. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 1-14. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>
16. Machado PMO, Lacerda JT. Avaliação de Programas de Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde: análise de implantação. In: Cruz MM, Barros DV, Vitorino SAS, organizadores. Avaliação das políticas de alimentação e nutrição: contribuições teóricas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2023. p. 179-198. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557081792>
17. Centers for Disease Control and Prevention. Framework for program evaluation in publichealth [Internet]. Atlanta: CDC; 1999 [acesso em 2024 dez 5]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr4811a1.htm>
18. Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 275. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575415160>
19. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2016 maio 24; Edição 98; Seção I:44-46.
20. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 jun 28; Edição 123; Seção I:55-56.

21. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 jun 15; Seção I:58.
22. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 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 [Internet], Brasília, DF. 2017 set 22 [acesso em 2024 dez 5]; Edição 183; Seção I:68-76. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
23. Bortolini GA, Oliveira TFV, Silva SA, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:1-8. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>
24. Burlandy L, Teixeira MRM, Castro LMC, et al. Models of care for individuals with obesity in primary healthcare in the state of Rio de Janeiro, Brazil. Cad Saúde Pública. 2020;36(3):1-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00093419>
25. Ramos DBN, Burlandy L, Dias PC, et al. Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. Cad Saúde Pública. 2020;36(6):1-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00116519>
26. Alberto NSMC, Barros DC, Vitorino SAS, et al. Disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da Atenção Primária à Saúde correspondentes à Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no estado do Piauí. Saúde debate. 2022;46(133):405-420. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213311>
27. Brandão AL, Casemiro JP, Reis EC, et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na atenção primária à saúde brasileira. Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e119. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.119>

Recebido em 14/04/2024

Aprovado em 30/12/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Ministério da Ciência, Tecnologia e

Inovação (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq) por meio da Chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN nº 26/2018 e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) (número do Processo 1803560), pela concessão de bolsa para Rafaela Souza durante o desenvolvimento desta pesquisa

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto

Movimentos sociais, direitos humanos e a população privada de liberdade no contexto da covid-19: o legado da defesa do direito à saúde nas prisões

Social movements, human rights and the people deprived of liberty in the context of COVID-19: The legacy of defending the right to health in prisons

Luciana Simas Chaves de Moraes^{1,2}, Alexandra Sánchez², Geana Benfeita^{2,3}, Bernard Larouze², Miriam Ventura⁴

DOI: 10.1590/2358-289820251449516P

RESUMO Neste artigo, são apresentados os resultados de estudo que objetivou caracterizar a atuação dos movimentos sociais diante da covid-19 na defesa do direito à saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) no Brasil. Além do registro histórico, buscou identificar repercussões que servem de legado para estratégias futuras. Foi realizada análise qualitativa de documentos divulgados por organizações sociais, órgãos da Justiça, entidades científicas e organismos internacionais, de março de 2020 a janeiro de 2021. Foram categorizados 77 documentos relativos à: 1) Inclusão das PPL como prioritárias para vacinação e medidas desencarceradoras; 2) Rejeição do uso de containers para abrigar PPL infectadas ou grupos de risco; 3) Suspensão e retorno das visitas postergado, com possibilidade do envio de suplementos; 4) Extinção das equipes para acompanhamento de PPL com transtorno mental; 5) Obrigação do envio ao Instituto Médico Legal de corpos de PPL para identificação e Declaração do Óbito. A análise evidenciou atuação em rede dos movimentos sociais para garantir o direito à saúde das PPL. As manifestações lograram êxito considerável ao conseguirem bloquear propostas de retrocesso aos direitos humanos.

PALAVRAS-CHAVE Direito à saúde. Prisões. Covid-19. Pessoas privadas de liberdade.

ABSTRACT This article presents the results of a study that aimed to characterize the role of social movements in the face of COVID-19 in defending the right to health of Person Deprived of Liberty (PDL) in Brazil. In addition to historical records, it sought to identify repercussions that serve as a legacy for future strategies. A qualitative analysis was carried out of documents released by social organizations, Justice bodies, scientific entities, and international organizations from March 2020 to January 2021. A total of 77 documents were categorized relating to: 1) Inclusion of PDL as priorities for vaccination and decarceration measures; 2) Rejection of the use of containers to house infected PDL or risk groups; 3) Suspension and return of visits postponed, with the possibility of sending supplements; 4) Extinction of teams to monitor PDL with mental disorders; 5) Obligation to send PDL bodies to Medical-Legal Institutes for identification and Death Certificate. The analysis portrayed network action by social movements to guarantee PDLs' right to health. The demonstrations achieved considerable success in blocking proposals to set back human rights.

KEYWORDS Right to health. Prisons. COVID-19. Persons deprived of liberty.

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. lucianasimas06@gmail.com

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

³Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPCIS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (Iesc), Laboratório Interdisciplinar de Direitos Humanos e Saúde (LIDHS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

No cenário brasileiro de prisões desumanas, com péssimas condições sanitárias¹, as respostas às emergências de saúde pública na pandemia de covid-19 evidenciaram a indissociabilidade entre a saúde e os direitos humanos, a importância do direito à saúde como conector eficaz na garantia de outros direitos, bem como exigiram o posicionamento de diferentes atores frente às políticas governamentais. Tal contexto produziu, com reflexos nos anos seguintes, impactos nas ações de saúde implantadas no sistema prisional.

A abordagem dos direitos humanos na saúde é crucial ao enfatizar a participação e a mobilização social no processo de formulações e efetivação de leis e políticas, sendo a atuação dos movimentos sociais fundamental para o sistema de *advocacy* e dos direitos humanos². Isso implica que, na produção e aplicação das normas, revela-se a “tensão dialética entre regulação social e emancipação”^{3(m)}.

A proposta principal deste artigo é refletir sobre esses embates e a atuação dos movimentos sociais relacionada ao direito à saúde, enquanto um direito humano de Pessoas Privadas de Liberdade (PPL), no contexto da covid-19, a partir do espaço simbólico de luta e ação social, explorando a construção dinâmica entre direitos e saúde. Para tanto, foi realizada pesquisa documental inédita que caracterizou as principais atuações e argumentações desenvolvidas pelos movimentos sociais e outras entidades, observando-se as sinergias e os conflitos que emergiram na busca de proteção e promoção da saúde dessa população.

Após a apresentação dos referenciais conceituais e metodológicos, abordam-se questões emblemáticas que pautaram o período estudado com relação às PPL, destacando-se: a precariedade das prisões e a proposta de contêineres; a suspensão de visitas e outras restrições; e a prática da declaração dos óbitos, como peça-chave de gestão das mortes pelo Estado dentro das prisões. Ao final, observa-se a potência e sinergia entre diferentes atores

sociais que buscaram construir as condições mínimas em prol da vida da população carcerária.

Movimentos sociais e atuação coletiva: a seiva dos direitos humanos

O modelo teórico proposto nos anos 1990 para a articulação entre direitos humanos e saúde pública foi desenvolvido no contexto da epidemia de HIV/aids. Evidenciou-se o impacto (positivo ou negativo) das políticas de saúde, dos programas e práticas para a garantia de direitos humanos, bem como os efeitos de suas violações na saúde de indivíduos e populações, demonstrando que a proteção de direitos humanos e a proteção de direitos de saúde estão intrinsicamente conectadas. Análises interdisciplinares, sobretudo aquelas que valorizam estudos sociais, são essenciais para a melhor compreensão de fenômenos epidemiológicos no contexto social envolvido⁴.

Uma abordagem dos direitos humanos na saúde possibilita preconizar, como garantia fundamental, a interdependência entre medidas de saúde pública e de proteção social de populações vulneráveis devastadas por pandemias cada vez mais frequentes. Tal abordagem permite considerar as dimensões éticas, políticas, econômicas, históricas e culturais desses processos⁵.

A compreensão dos direitos humanos como construção complexa permite constituir um referencial ético-jurídico potente voltado a prevenir formas de opressão sistemáticas e/ou institucionalizadas, promover e proteger grupos vulneráveis de violações, buscando garantir-lhes condições de vida digna. Os direitos humanos representam, então, uma linguagem moral, na qual várias reivindicações por justiça são articuladas, em relações e estruturas de poder de contextos específicos⁶.

Nessa perspectiva, transformações sócio-históricas podem ser compreendidas como consequência das lutas de movimentos sociais, na construção e reivindicação de direitos⁵.

Em consonância com tais premissas, este estudo dá ênfase à mobilização social baseada nos direitos humanos, analisando como se configura sua atuação no processo de transformação da realidade no contexto prisional⁷.

Os movimentos sociais, como práticas que se desenvolvem em diálogos, manifestações ou confrontos, por meio de redes de articulações cotidianas, são motores problematizadores de determinada conjuntura política, econômica e sociocultural⁸. Nesse sentido, não se trata de um processo isolado, mas de ações concretas coletivas com caráter político-social, constituindo fonte de inovação e geração de saber. Adotam diferentes estratégias de pressão e mobilização, redefinindo espaços da esfera pública e buscando materializar os direitos humanos, a partir de propostas desenvolvidas com fundamento na participação social.

Desse modo, a noção de movimentos sociais utilizada é mais ampla do que organizações da sociedade civil, englobando-as, inclusive, nos diálogos travados com instituições parceiras, acadêmicas ou governamentais, tal como os mecanismos de prevenção e combate à tortura, estruturalmente vinculados ao Poder Legislativo, com atuação crítica diante de violações estatais. Por isso, a busca do material pesquisado foi abrangente e não se restringiu a manifestações do terceiro setor, considerando-se que o Direito simboliza processos dinâmicos e multifacetados⁹.

Foi igualmente relevante identificar forças e argumentos confluentes ou refratários, juntamente com algumas respostas institucionais diante do contexto analisado. O objeto de análise, portanto, encontra-se delimitado pelo protagonismo dos movimentos sociais na defesa do direito humano à saúde para PPL, compreendendo-o como força motriz para conquistas e resguardo de direitos básicos.

A adoção de um enfoque de direitos humanos especificamente nas emergências sanitárias busca evitar repercussões desproporcionais da doença, e assegurar uma repartição

equitativa de recursos financeiros e humanos escassos para enfrentá-las. Ademais, a criação ou o incremento de ações específicas para momentos pandêmicos deve estar associada a uma dimensão estrutural ampla, relacionada aos determinantes sociais da saúde¹⁰.

Material e métodos

A pesquisa qualitativa documental objetivou caracterizar a atuação de organizações sociais, formalmente estruturadas ou não, e de atores institucionais na defesa do direito à saúde de PPL frente às políticas governamentais relativas à covid-19 no sistema prisional. A hipótese principal foi de que a atuação coletiva de movimentos sociais, de maneira conjunta com diversas instituições, permitiu mitigar violações ao direito à saúde de PPL. Diante da insuficiência de ações governamentais para proteção desse grupo populacional, sujeito a forte discriminação, movimentos de familiares, religiosos e de profissionais da saúde protagonizaram ações na defesa dos direitos humanos.

O princípio da ação comunitária reconhece a legitimidade e o saber produzido pelas pessoas ou grupos afetados, buscando ir além dos discursos oficiais. Nesse sentido, justifica o foco metodológico adotado, considerando que os movimentos sociais são capazes de identificar necessidades fundamentais, bem como agir e encontrar soluções participativas que contribuam para a garantia de direitos. Especificamente para a discussão sobre saúde nas prisões, as fontes não governamentais são capazes de capturar informações a partir de relatos de familiares ou servidores, por vezes, silenciados diante de relações de poder.

Considerando uma definição ampliada de movimentos sociais⁹, foram identificadas as fontes documentais, com base na representatividade dessas organizações e na experiência prévia do grupo de pesquisa. Assim, a busca documental foi realizada em sites oficiais: a) de entidades representativas de organizações sociais que atuam com a temática das prisões,

como a Pastoral Carcerária, Justiça Global, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); b) órgãos do sistema de justiça, como o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), Defensoria Pública da União (DPU), Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), Departamento Penitenciário Nacional (Depen), Conselho Nacional das Defensoras e Defensores Públicos-Gerais (Condege); c) entidades científicas e organizações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), entre outras.

O marco temporal pesquisado foi de março de 2020 a janeiro de 2021, tendo em vista o mês inicial de decretação da emergência de importância internacional relacionada à covid-19 e a publicação de relatórios relativos ao ano de 2020, em janeiro do ano seguinte. Esse período do primeiro ano da pandemia foi muito importante para sinalizar ajustes emergenciais necessários e posicionamentos de atores-chave institucionais.

Foram identificados 77 documentos históricos que abordavam diretamente questões sobre a covid-19 no sistema prisional, tipificados como Carta, Nota Pública, Nota Técnica, Comunicado, Orientação Técnica, Estudo, Resolução, Boletim, Ofício, Cartilha, Recomendação, Apelo, Relatório e Comunicado à imprensa. Os critérios de inclusão foram: 1) documentos relacionados à pandemia de covid-19 no contexto prisional; 2) publicados no âmbito federal e no estado do Rio de Janeiro; 3) no período de março de 2020 a janeiro de 2021. Ademais, os critérios de exclusão foram: 1) documentos que apenas mencionassem a pandemia como marco temporal, sem críticas ou consequências para o sistema prisional; 2) produções textuais personalíssimas como ensaios e postagens em mídias sociais; 3) documentos repetidos.

As palavras-chave (Covid-19; prisões; pessoas privadas de liberdade; pandemia; e coronavírus) foram utilizadas, de maneira associada ou isolada, contudo, a não uniformidade dos recursos de busca nos sites-fontes exigiu adaptações, sendo examinadas diferentes seções das homepages para a seleção de documentos que atendessem ao escopo da pesquisa. Assim, foi possível manter especificidade e exaustividade no processo de recuperação da informação.

Outras limitações do método no levantamento dos documentos referem-se à não alimentação regular dos dados pelas fontes institucionais e à insuficiência de alternativas para buscas padronizadas.

O plano de análise foi construído estabelecendo-se alguns níveis de interpretação, tendo em vista o contexto sócio-histórico, a cronologia dos fatos, os principais eventos ocorridos e as posturas institucionais frente à pandemia. Utilizamos a técnica da análise de conteúdo¹¹, organizada a partir de modalidades temáticas, incluindo uma primeira leitura superficial de todos os documentos levantados, seguindo-se da exploração detalhada do material e de uma síntese interpretativa, em consonância com os objetivos e as questões da investigação. Conquanto existam limitações do método de análise para pesquisas qualitativas, essa técnica foi adequada aos objetivos propostos por permitir inferir a expressão do conteúdo das mensagens presentes nos documentos¹¹⁽⁵²⁾, articulando-a aos referenciais teóricos.

A perspectiva teórico-metodológica para análise do material de campo foi baseada, ainda, no conceito sociológico de saúde desenvolvido por Minayo¹², o qual retém dimensões biológicas, estruturais, políticas, histórico-culturais e simbólicas. Assim, a análise qualitativa contextualizada diferenciou um segmento social específico, vinculado a aspectos socio-políticos e pessoais, permitindo compreender a realidade na qual a atuação dos movimentos sociais foi construída e seus diálogos com os demais atores-chave.

Resultados e discussão

As atuações identificadas dos movimentos sociais referiram-se a questões emblemáticas, tais como a precariedade das prisões; proposta de adoção de contêineres; restrições a visitas; produção de atestados de óbitos dos presos; e extinção das equipes de atenção psicossocial vinculadas ao sistema prisional. Ademais, o impacto desproporcional da doença sobre os mais vulneráveis, inclusive no que se refere à mortalidade, expôs o *apartheid* sanitário no qual estamos inseridos¹⁰, associado à distribuição desigual dos riscos e ao acesso a benefícios, como testes e vacinas, tal como desdobrado nos resultados a seguir discutidos.

A precariedade das prisões no contexto da pandemia

A pandemia de covid-19 causou impacto significativo sobre a morbidade e a mortalidade das PPL¹³ ao atingir o sistema prisional, que já contava com graves problemas estruturais e operacionais¹⁴, incluindo superlotação, confinamento em celas pouco ventiladas, falta de produtos de higiene pessoal e ambiental, racionamento de água, acesso à saúde limitado.

Cerca de 2/3 dos documentos analisados mencionaram o risco elevado de contaminação nas prisões, como a carta da Pastoral Carcerária endereçada aos Ministérios da Saúde e da Justiça e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), relatando a impossibilidade de aplicar medidas eficazes de prevenção como o distanciamento social¹⁵. A Nota Pública da Rede de Justiça Criminal¹⁶ e a Nota Técnica da Fiocruz nº 3¹⁷ alertaram para o risco de infecção pelos profissionais que atuavam no cárcere e o risco elevado de evolução fatal nas PPL em grupos como idosos, gestantes e pessoas com tuberculose, HIV/aids, diabetes, entre outras comorbidades. Em Nota Técnica publicada em março de 2020, quando os casos de infecções no País ainda eram considerados baixos, o MNPCT adiantou a necessidade de “estratégias de cuidado com

a saúde que não sirvam exclusivamente para maior restrições e violações de direitos”¹³⁽²⁾.

As manifestações foram ratificadas por entidades acadêmicas que ressaltaram a necessidade de isolamento de PPL de grupos de risco, em unidades independentes e com assistência de saúde, destacando a impraticabilidade das determinações da Portaria Interministerial MJ/MS nº 7, de 18.03.2020, que tratou de estratégias de enfrentamento da pandemia nas prisões. As restrições sanitárias e arquitetônicas do cárcere, a reduzida disponibilidade de profissionais de saúde e assistência, além da inviabilidade do distanciamento social, foram apontados como obstáculos a serem enfrentados^{17,18}.

Foram mencionadas manifestações do Judiciário, em especial, a Recomendação nº 62/2020, do CNJ, direcionada aos magistrados para a adoção de medidas preventivas. Essa norma incluiu inúmeras diretrizes, considerando, entre outras razões, que:

[...] a manutenção da saúde das pessoas privadas de liberdade é essencial à garantia da saúde coletiva e que um cenário de contaminação em grande escala nos sistemas prisional e socioeducativo produz impactos significativos para a segurança e a saúde pública de toda a população, extrapolando os limites internos dos estabelecimentos¹⁹⁽¹⁾.

O CNJ recomendou “a máxima excepcionalidade de novas ordens de prisão preventiva”¹⁹⁽¹⁾, e, para os adolescentes, a aplicação preferencial de medidas socioeducativas em meio aberto.

Deste modo, o discurso pelo desencarceramento e adoção de medidas alternativas à prisão ganhou ênfase como medida de saúde pública. A proposta de desencarceramento é entendida de forma ampla, como uma estratégia de responsabilização criminal do indivíduo fora dos muros do sistema penitenciário ou de estabelecimentos de internação de adolescentes, a partir da adoção de medidas constitucionais e legais alternativas à prisão.

O Código de Processo Penal²⁰, a Política de Alternativas Penais²¹ e o Estatuto da Criança e do Adolescente²², entre outras normas, preveem regras específicas, que permitem continuar o processo judicial com restrições diversas do aprisionamento. Tais medidas repercutem diretamente no acesso a serviços de saúde pelas PPL, que, posteriormente, geraram reações, como a publicação de Nota Técnica pelo CNMP contrária à “ampliação desmedida das hipóteses de soltura”, defendendo a análise de cada caso, a depender das peculiaridades, risco concreto de contágio e proliferação do vírus²³. Em que pese registrar os “quadros de falência estrutural dos estabelecimentos prisionais”, aduziu que “a ausência de providências de caráter psicossocial na reinserção social” resultaria na frustração do necessário isolamento social como medida de enfrentamento da pandemia, na hipótese de “soltura indiscriminada de pessoas, como medida de enfrentamento à superpopulação carcerária”²³⁽²⁾. Discursos similares foram adotados pelo então Ministro da Justiça e por alguns veículos de comunicação em massa²⁴, delimitando um espaço de disputa argumentativa, com forte impacto para a manutenção do modelo encarcerador.

Em geral, as manifestações dos movimentos sociais e as contribuições acadêmicas tiveram um impacto limitado e variável sobre as práticas carcerárias segundo os estados da federação.

Mesmo diante do cenário de desassistência, especialmente no contexto da pandemia, a punição por meio da prisão continuou a ser utilizada como principal instrumento estatal de responsabilização criminal, inclusive para presos provisórios que ainda não haviam sequer sido condenados, ignorando o agravamento das condições sanitárias nas prisões no contexto epidemiológico.

Mantendo-se essa lógica e sem um olhar específico para a população prisional, o Ministério da Saúde, em um primeiro momento, não incluiu as PPL como público-alvo nas prioridades do Plano Nacional de

Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19.

Todavia, diante da resistência produzida por algumas manifestações, essa população foi inserida como um dos grupos prioritários, principalmente diante do maior risco de contaminação no ambiente prisional²⁵. Portanto, as pressões exercidas pelos movimentos sociais implicaram, ao menos, a adoção de medidas jurídicas e sanitárias emergenciais, diante da exposição a situações de vulnerabilidade das PPL.

Contêineres (ou ‘Micro-ondas’)

Outro resultado discutido na pesquisa foi que, em abril de 2020, o Depen divulgou uma Nota Técnica acerca da utilização de contêineres para abrigar PPL, a partir de exemplos pontuais da Nova Zelândia, Austrália e uma ação da polícia federal em Foz do Iguaçu, no Paraná²⁶.

Em seguida, requereu ao Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) a flexibilização das Diretrizes Básicas para Arquitetura Penal (Resolução nº 9/2011/CNPCP), para permitir a criação de vagas através da instalação de contêineres metálicos adaptados. Seriam instalações temporárias para: a) presos não contaminados integrantes do grupo de risco para covid-19; b) presos contaminados pela covid-19, que não dependessem de internação hospitalar; c) ou para atendimento médico.

Diversas organizações se posicionaram contra tal solicitação e listaram os motivos pelos quais a proposta deveria ser negada. O MNPCT oficiou o Ministério Público Federal acerca de grave violação de direitos humanos, destacando que, por meio de inspeções anteriores à pandemia em todo o Brasil, encontrou situações ultrajantes, como no presídio de Altamira, no Pará, “onde presos morreram asfixiados e incinerados em celas contêineres”²⁷, em 2019, tendo ocorrido utilização inadequada também no Espírito Santo, em 2008.

No mesmo sentido, manifestação da DPU considerava os contêineres como locais para transporte de mercadorias e que

representariam um risco concreto à vida das PPL, sendo medida inadequada para o enfrentamento à pandemia de covid-19. A utilização desse material já havia sido negada anteriormente pelo Superior Tribunal de Justiça, que o caracterizou como tratamento degradante. A DPU reforçou que a ausência de vagas em estabelecimento penal deve implicar a adoção de providências para diminuir o número de presos, e não para a criação de vagas em locais que, inclusive, facilitariam a propagação do vírus²⁸. Portanto, não se poderiam diminuir os *standards* de direitos humanos com o argumento de se combater a pandemia.

A Fiocruz e a Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FAU/UFRJ), como participantes desse movimento de repulsa à adoção de contêineres ou alojamentos similares, publicaram uma Nota Técnica específica sobre o tema, na qual ratificaram que tal uso é antagônico às diretrizes de qualidade ambiental e às Diretrizes Básicas para Arquitetura Penal, desrespeitando direitos fundamentais do cidadão²⁹.

A proposta não atenderia a pré-requisitos básicos de acomodação de pessoas, sendo prejudicial à saúde de seus usuários e de profissionais de saúde e segurança. A falta de ventilação aumentaria a possibilidade de propagação de doenças infectocontagiosas. Ademais, impossibilitaria o distanciamento social, também necessário à prevenção da transmissão do coronavírus.

Mesmo após forte mobilização e inúmeras manifestações contrárias, a proposta do Depen não foi retirada pelo governo, entretanto, foi vetada pelo CNPCP, que impediu a utilização dos contêineres para abrigar PPL. Destaca-se a efetividade da Nota Técnica nº 6 do Grupo Interdisciplinar em Defesa da Cidadania²⁹, construída coletivamente por diversas organizações, sendo um documento emblemático para evidenciar a potência do processo que associou instituições de justiça e movimentos sociais, com argumentos técnico-científicos produzidos pela academia.

A proposta dos contêineres simbolizou uma resposta política governamental às demandas dos movimentos sociais no tocante à garantia do direito à saúde para PPL, porém, contrária aos direitos humanos, distorcendo as demandas por melhores condições sanitárias e humanitárias. A noção de vontade política, nesse caso, rompeu com um viés meramente técnico, correspondendo ao empenho do governo para o sucesso de uma política determinada, em parte, por uma dimensão ideológica conservadora, indiferente ao sofrimento das PPL. Nessa variável de análise, observa-se, igualmente, o quanto foi fundamental o posicionamento de diversos organismos para a garantia do direito à vida e a redução de danos para a população prisional.

Suspensão de visitas e restrições

O contexto da pandemia provocou graves consequências para a saúde mental de milhares de pessoas. Para PPL e seus familiares, esse sofrimento acentuou-se diante de muitas indefinições e medidas drásticas. A primeira ação identificada na pesquisa, adotada pelos governos para enfrentamento da covid-19 nas prisões, foi a suspensão das visitas, justificada pela necessidade de minimizar a circulação intra e extramuros. Porém, o isolamento, na maioria dos casos, tornou-se incomunicabilidade, medo e quebra de laços familiares, com a suspensão de direitos como estratégia de enfrentamento ao vírus.

A tensão gerada no sistema prisional se estendeu para os adolescentes que cumpriam medidas de internação, de maneira que:

[...] a incomunicabilidade imposta pela interrupção das visitas e pela morosidade ou não implementação de meios de comunicação alternativos – e efetivos –, gerou pânico nas famílias e reduziu a possibilidade de adolescentes e adultos privados de liberdade denunciarem as violações de seus direitos, situações de violência e tortura³⁰⁽²⁹⁾.

A suspensão das visitas relacionou-se, também, com a interrupção do fornecimento dos ‘jumbos’, bens de consumo básico de alimentação, higiene e vestuário, sob encargo de familiares.

A manutenção do contato com a família é um direito fundamental, destacado nos documentos analisados, representando um cuidado necessário em saúde mental. Em consonância com as manifestações, a Unifesp pontuou que deveria ser garantido contato telefônico com familiares, pelo menos, uma vez por semana, bem como a manutenção de atividades educativas remotas, inclusive remição penal pela leitura¹⁸.

Convém discutir que a suspensão de visitas, inicialmente justificada como uma limitação individual para resguardar a saúde coletiva, não pode representar uma violação de direitos tamanha que cause adoecimento, tortura ou maus tratos. Ou seja, se a limitação ocorreu justamente para proteger o direito à vida e à saúde, devem ser garantidos mecanismos compensatórios para evitar que essa mesma limitação provoque o mal que pretende inibir. Medidas de quarentena e outras restritivas de direitos devem “buscar um objetivo legítimo, ser proporcionais e não arbitrárias ou discriminatórias”¹⁰⁽²⁾. Por conseguinte, as limitações provisórias não podem atingir o núcleo central, protegido, dos direitos humanos.

Os documentos analisados também destacaram a importância da transparência e do acesso à informação pelas PPL, seus familiares, profissionais de saúde e segurança sobre medidas para enfrentamento da doença e sua evolução epidemiológica, especialmente quando adotadas medidas rígidas de isolamento social³¹.

Em algumas semanas, as administrações penitenciárias estaduais passaram a aceitar a entrada de produtos de limpeza e alimentação enviados por familiares, inclusive por correio. Contudo, o retorno gradual das visitas presenciais de companheiros e parentes ocorreu somente meses depois, com a determinação de medidas de distanciamento, definidas pelas administrações estaduais.

O engajamento de familiares em todo o País foi observado com alguns grupos realizando ações de assistência e levando material de higiene para os presídios, mesmo diante da grave crise social³⁰. A proibição de visitas aos presídios associou-se a maiores dificuldades de acesso a trabalho e renda pelas famílias, que, de modo geral, também enfrentaram problemas econômicos. Mesmo após a permissão para envio dos ‘jumbos’ pelos familiares ou do retorno gradual das visitas, muitas pessoas pobres não tiveram condições de arcar com essas despesas, evidenciando obstáculos estruturais para além do coronavírus.

Tentativa de extinção das EAPs

Uma das categorias identificadas nas manifestações de diversas organizações no período analisado foi a extinção das Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O serviço, instituído em 2014, busca garantir o acompanhamento de demandas de saúde mental no âmbito do sistema criminal, em especial, para pessoas em cumprimento de medidas de segurança, como um mecanismo de articulação com políticas públicas. Entretanto, foi abruptamente extinto pela Portaria GM/MS nº 1.325/2020, sem justificativas nem participação da sociedade civil na decisão.

A medida provocou muitas críticas, expressas em fóruns de debates e pressões em diversas instâncias, sendo vista como um retrocesso, justamente quando as PPL se encontravam ainda mais fragilizadas pela pandemia. Um dos documentos mais representativos sobre essa temática foi a Nota Técnica divulgada pelo Condege, em conjunto com dezenas de organizações sociais, segundo a qual, apesar de a EAP “não ofertar ações diretas de assistência e peritagem, tem a finalidade, dentre outras atribuições, de garantir o cuidado e avaliações técnicas”³²⁽⁴⁾.

A atuação na porta de entrada do sistema criminal, por meio de avaliações biopsicossociais, bem como o acompanhamento da execução das medidas terapêuticas e o suporte à elaboração do Projeto Terapêutico Singular, são ações fundamentais, inclusive para a aplicação efetiva de determinações judiciais.

Outros documentos foram produzidos no mesmo sentido, pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS)³³ e pelo MNPCT et al.³⁴, recomendando a continuidade e a ampliação das EAPs, com garantia do financiamento para apoio ao custeio e regularidade de repasses aos estados e municípios que possuam equipes constituídas, além da previsão de recursos para implementação de novas equipes.

Graças a essa mobilização, a Portaria GM/MS nº 1.325 foi revogada em julho de 2020, mantendo-se as EAPs, entretanto, com cortes orçamentários e diminuição significativa de profissionais da saúde mental no contexto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional. A atuação crítica de diversos atores sociais foi tão significativa que, em menos de um mês, o governo federal recuou, porém, não garantiu instrumentos efetivos para a implementação da política de assistência adequada às PPL.

Registro de óbitos e enterros

Outra categoria analisada foi o registro dos óbitos no sistema prisional. A quantificação da mortalidade e a identificação correta da causa das mortes em uma população é um instrumento de avaliação e planificação imprescindível, especialmente para as PPL que se encontram sob a responsabilidade do Estado.

Conforme protocolos internacionais multilaterais, como as Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos (Regras de Mandela), Protocolo de Minnesota, Protocolo do Comitê Internacional da Cruz Vermelha para Mortes em Prisões, dos quais o Brasil é signatário, e o Protocolo Brasileiro de Perícia Forense, todas as pessoas que venham a falecer

sob custódia do Estado, seja por causa externa ou natural, devem ser submetidas a uma perícia autônoma, que não pode ser realizada por equipe ligada à gestão penitenciária. Assim, todos os corpos devem ser encaminhados ao Instituto Médico Legal (IML), onde será feita a identificação civil, a necropsia e emitida a declaração de óbito, registrada em cartório e no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Durante a emergência sanitária de covid-19, o CNJ e o Ministério da Saúde editaram a Portaria Conjunta nº 01, em 30 de março de 2020, estabelecendo procedimentos excepcionais, durante a calamidade pública, para atender a:

[...] necessidade de providenciar o sepultamento em razão dos cuidados de biossegurança, a manutenção da saúde pública e respeito ao legítimo direito dos familiares do obituado³⁵⁽²⁾.

A referida Portaria autorizava que, “na hipótese de ausência de familiares ou pessoas conhecidas do obituado ou em razão de exigência de saúde pública”³⁵⁽²⁾, os estabelecimentos de saúde poderiam encaminhar à coordenação cemiterial do município, “para o sepultamento ou cremação, os corpos sem prévia lavratura do registro civil de óbito”³⁵⁽²⁾. Tal possibilidade causou preocupação de diversas organizações em razão do aumento do já elevado número de desaparecidos na população geral. No que tange à população prisional, os documentos analisados apontavam a não realização da identificação civil dos corpos pelo IML, o aumento do percentual de PPL enterradas ‘sem nome’, além de a Portaria facilitar a ocorrência de violações de direitos nas prisões, relacionadas ou não à covid-19, como casos de mortes violentas não identificadas adequadamente, inclusive por tortura.

A Portaria mencionada desencadeou uma forte reação, com várias manifestações formais de repúdio, destacando-se duas pela consistência do conteúdo e pela ampla participação dos movimentos sociais com instituições do sistema de justiça: a Nota Técnica nº 5

do Grupo Interinstitucional em Defesa da Cidadania³⁶, composto por movimentos sociais e instituições da justiça; e outra da Sociedade Civil, assinada por mais de 100 associações de todo o País.

Esses documentos sinalizaram os riscos de ampliação dos desaparecimentos, pois os equipamentos de saúde não possuem profissionais técnicos em coleta de material para identificação a posteriori da causa da morte, bem como a importância do cartório como eixo central de envio de informação ao SIM. Recomendaram a não aplicação da Portaria às pessoas sob custódia do Estado, com o retorno da obrigatoriedade do envio dos corpos ao IML, inclusive de óbitos por causas naturais, para realização de perícia com emissão da declaração de óbito e notificação dos familiares sobre o falecimento de PPL.

O Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura/RJ (MEPCT/RJ) ressaltou que a investigação de qualquer morte sob custódia estatal por pessoas independentes e imparciais ao sistema de privação de liberdade, com a realização de autópsia, é um dever do Direito Internacional dos Direitos Humanos, derivado do direito à vida e à garantia de soluções eficazes de acesso à justiça, além de estar previsto na Lei de Registros Públicos³⁷.

A Portaria, então, foi revogada, um mês após sua publicação, pela Portaria Conjunta CNJ/MS nº 02, de 28 de abril de 2020, determinando o sepultamento a partir da prévia lavratura do registro civil de óbito, e, quando não for possível, com a declaração de óbito preenchida por unidades notificadoras de óbito. Uma das considerações apontadas nessa Portaria foi o relatório do MNPCT de 2018, indicando:

[...] a ocorrência de desaparecimentos no sistema prisional brasileiro, sendo necessário garantir a plena identificação de pessoas no sistema carcerário e a identificação correta dos corpos das pessoas privadas de liberdade³⁸⁽¹⁾.

Assim, menciona, especificamente, a população privada de liberdade, determinando que,

respeitados os fluxos locais entre os sistemas de saúde e de justiça, haverá necropsia pelo IML nos casos de:

[...] suspeita de morte violenta ou morte natural, inclusive por Covid-19, de pessoas que estavam sob custódia do Estado, em estabelecimento penal, unidade socioeducativa, hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e outros espaços correlatos³⁸⁽³⁾.

Destarte, mais uma vez, foi relevante a atuação de movimentos sociais na vedação ao retrocesso de direitos das PPL, como forma de visibilização de aspectos estruturais dos direitos humanos.

Conclusões

Diante dos riscos acentuados de contágio da covid-19, os movimentos sociais e órgãos institucionais formularam respostas para além do enfrentamento sanitário. Baseadas nos direitos humanos das PPL, fortaleceram-se as críticas ao encarceramento em massa e à superlotação prisional, diante das brutalidades e violências institucionais vivenciadas por essa população.

Semelhante ao movimento de pessoas soropositivas ao HIV nas décadas de 1980 e 1990, o movimento social de enfrentamento à covid-19 nas prisões envolveu as pessoas afetadas, amigos, familiares e profissionais, que formularam demandas prementes e se posicionaram publicamente, em um contexto por vezes refratário à defesa dos direitos humanos. Apesar do estigma e de preconceitos enrijecerem o olhar de parcela da sociedade sobre a garantia de direitos básicos para todos, essa atuação produziu verdadeiras trincheiras éticas, minimizando os danos sofridos por grupos vulneráveis.

As críticas evidenciaram a urgência de se estabelecer mudanças estruturais no sistema prisional, que são indissociáveis da efetividade do direito à saúde, apontando fatores sanitários que dificultam a prevenção, como

a infraestrutura inadequada, a superlotação, a produção de sofrimento psíquico e a carência de recursos e medidas estatais garantidoras de dignidade.

Nesse cenário de disputas argumentativas e de estratégias de gestão do modelo punitivista, foi possível observar a potência dos movimentos sociais, no sentido de dar visibilidade a inúmeros temas e incluí-los na agenda política. Diante da extrema dificuldade de efetuar reformas estruturais no modelo prisional em curto prazo, a crítica ao encarceramento em massa associou-se à defesa do direito fundamental à vida. Considerando a crise do sistema prisional e o medo da pandemia, foram construídas possibilidades com contribuições de diferentes áreas de conhecimento, sendo fundamental o desenvolvimento de outras pesquisas sobre o tema.

Para uma autêntica reestruturação do modelo punitivo, será necessário perceber que as consequências da violência institucional produzida pelo cárcere atingem a todos nós, tal como uma pandemia. As manifestações sociais analisadas lograram êxito, pois conseguiram bloquear algumas propostas de retrocesso aos direitos humanos. Atuações em rede dos movimentos sociais, inclusive em parceria com instituições acadêmicas e órgãos do sistema de justiça, indicaram que o direito à saúde

deve ser garantido a todos, sem estigmas e reiteração de exclusões.

Todavia, o vírus da indiferença diante do sofrimento evitável ainda exige respostas efetivas e urgentes. Tal como no movimento contra a aids, convém resgatar a noção de solidariedade como a única resposta eficaz para o enfrentamento dos problemas estruturais do cárcere. Desse modo, poderão ser consolidados passos importantes na tentativa de reescrever a história do superencarceramento no Brasil contemporâneo.

Colaboradores

Moraes LSC (0000-0003-2494-8747)* contribuiu para coleta e análise dos dados, concepção, elaboração e revisão do manuscrito. Sánchez A (0000-0001-5617-1173)* e Larouze B (0000-0001-9906-6293)* contribuíram igualmente para concepção do estudo, análise dos dados, elaboração e revisão do manuscrito. Benfeita G (0000-0002-4964-518X)* contribuiu para coleta e análise dos dados, elaboração e revisão do manuscrito. Ventura M (0000-0001-8520-8844)* contribuiu para análise dos dados, elaboração e revisão do manuscrito. ■

Referências

1. Supremo Tribunal Federal (BR). Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 347/DF [Internet]. Brasília, DF: STF; 2015 [acesso em 2024 jan 6]. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=10300665>
2. Gruskin S, Tarantola D. Um panorama sobre saúde e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM, organizadores. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde. Curitiba: Juruá; 2012. p. 23-41.
3. Santos BS. Reinventar a democracia. Lisboa: Gradiva Publicações Ltda.; 1998.
4. Lima NT. Pandemia e interdisciplinaridade: desafios para a saúde coletiva. *Saúde debate*. 2022;46(esp6):9-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E601>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Oliveira MHB, Teles N, Casara RRR. Direitos Humanos e Saúde: reflexões e possibilidades de intervenção. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021.
6. Flores JH. Direitos humanos, interculturalidade e racionalidade de resistência. *Seq Est Jur Pol*. 2002;23(44):9-30. DOI: <https://doi.org/10.5007/%25x>
7. Silva FS. A cidadania encarcerada: problemas e desafios para a efetivação do direito à saúde nas prisões. In: Costa AB, Sousa Junior JG, Delduque MC, et al., organizadores. *Introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília, DF: Cead, UnB; 2009. v. 4. p. 241-252.
8. Gohn MG. Movimentos sociais na contemporaneidade. *Rev Bras Educ*. 2011;16(47):333-361. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782011000200005>
9. Lyra Filho R. *O que é o direito?* 17. ed. São Paulo: Brasiliense; 2003.
10. Viegas L, Ventura D, Ventura M. A proposta de convenção internacional sobre a resposta às pandemias: em defesa de um tratado de direitos humanos para o campo da saúde global. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(1):e00168121. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-331X00168121>
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013.
13. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania (BR). Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Nota Técnica nº 5: Análise sobre Medidas Referentes ao COVID-19 em Instituições de Privação de Liberdade [Internet]. Brasília, DF: MNPCT; 2020 [acesso em 2023 ago 22]. Disponível em: https://mnpctbrasil.files.wordpress.com/2020/03/nota-5_ppl_corrana-virus_mnpct.pdf
14. Sánchez A, Toledo C, Camacho LAB, et al. Mortalidade e causas de óbitos nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(9):e00224920. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00224920>
15. Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, Pastoral Carcerária. Carta Aberta da Pastoral Carcerária sobre Coronavírus nas prisões [Internet]. São Paulo: CNBB; 2020 [acesso em 2022 ago 18]. Disponível em: <https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Carta-Aberta-Covid-19.pdf>
16. Instituto de Defesa do Direito de Defesa, Rede Justiça Criminal. Nota Pública: Rede Justiça Criminal exige a adoção de medidas contra a proliferação do COVID-19 dentro dos presídios e unidades socioeducativas [Internet]. São Paulo: IDDD; 2020 mar 17 [acesso em 2024 maio 3]. Disponível em: <https://iddd.org.br/nota-publica-da-rede-justica-criminal-2/>
17. Fundação Oswaldo Cruz (BR). Enfrentamento do COVID-19 nas prisões do Estado do RJ: garantir o direito das pessoas presas ao acesso à assistência e medidas de prevenção preconizadas para a população geral do estado. Nota Técnica nº 3 [Internet]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2020 [acesso em 2024 maio 3]. Disponível em: <https://abrasco.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Nota-técnica-nº3-COVID-19-Fiocruz-2-4-2020-corrigida.pdf>
18. Universidade Federal de São Paulo. A atual crise sanitária e de saúde causada pelo avanço da COVID-19 e a situação da população carcerária – Nota Técnica [Internet]. São Paulo: Unifesp; 2020 [acesso em 2022 ago 18]. Disponível em: [https://uploads.strikinglycdn.com/files/fe89c9a6-c0bf-49c1-81ff-602fe864b730/nota%20t%C3%A9cnica%20vers%C3%A3o%20final_11Junho2020%20\(1\).pdf](https://uploads.strikinglycdn.com/files/fe89c9a6-c0bf-49c1-81ff-602fe864b730/nota%20t%C3%A9cnica%20vers%C3%A3o%20final_11Junho2020%20(1).pdf)
19. Conselho Nacional de Justiça (BR). Recomendação nº 62, de 17 de março de 2020. Recomenda aos Tribunais e magistrados a adoção de medidas preventivas à propagação da infecção pelo novo coronavírus – Covid-19 no âmbito dos sistemas de justiça penal e socioeducativo. Diário da Justiça Eletrônico [Internet], Brasília, DF. 2020 mar 17 [acesso em 2024 maio 3]. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original160026202003305e82179a4943a.pdf>
20. Presidência da República (BR). Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. Diário Oficial da União. 1941 out 13; Seção I:19699.

21. Ministério da Justiça (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 495, de 28 de abril de 2016. Institui a Política Nacional de Alternativas Penais. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 2; Edição 82; Seção I:40-41.
22. Presidência da República (BR). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990 jul 16; Seção I:13563-13577.
23. Conselho Nacional do Ministério Público (BR). Nota Técnica nº 2/2020. Estudo e Roteiro Sugestivo de Providências no Sistema Prisional – Pandemia de COVID-19 [Internet]. Brasília, DF: CNMP; 2020 [acesso em 2022 set 10]. Disponível em: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Notas_T%C3%A9cnicas/CNMP-CSP-ROTEIRO-COVID-19.pdf
24. Diuana FA, Diuana V, Constantino P, et al. COVID-19 in prisons: what telejournalism (not) showed – a study on the criteria for newsworthiness during the pandemic. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(9):3559-3570. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.08112022>
25. Simas L, Larouzé B, Diuana V, et al. For an equitable COVID-19 vaccination strategy for the population deprived of liberty. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(4):1-4. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068221>
26. Ministério da Justiça (BR), Departamento Penitenciário Federal. Estruturas e Instalações Temporárias Sistema Prisional: enfrentamento da pandemia COVID-19 [Internet]. Brasília, DF: Depen; 2020 [acesso em 2022 ago 18]. Disponível em: https://uploads.strikinglycdn.com/files/54ba4a19-a883-4b43-a325-2b620dd5ac68/Alternativas_para_vagas_temporarias_COVID_19_ver01.pdf
27. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania (BR). Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura: grave violação de direitos humanos contra população carcerária [Internet]. Brasília, DF: MNPCT; 2020 [acesso em 2023 ago 22]. Disponível em: https://uploads.strikinglycdn.com/files/9b719a66-8a18-4ad8-b637-586e5b0ae255/SEL_MDH%20-%201164305%20-%20Of%C3%ADcio.pdf
28. Defensoria Pública da União (BR). Manifestação nº 3585270 [Internet]. Brasília, DF: DPU; 2020 [acesso em 2022 ago 18]. Disponível em: https://uploads.strikinglycdn.com/files/0527b59a-08fc-4b04-8038-883005830eab/MANIFESTA%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%203585270%20-%20DPGUSGAI%20DPGUSASP%20DPGU_contra%20a%20fl.pdf
29. Grupo de Trabalho Interinstitucional em Defesa da Cidadania. Nota Técnica nº 6/2020 [Internet]. [Rio de Janeiro]: Fiocruz; 2020 [acesso em 2022 ago 18]. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/regiao2/sala-de-imprensa/nota-tecnica-6-2020>
30. Frente Estadual pelo Desencarceramento RJ. Encarceramento em massa em meio à pandemia COVID-19. In: Radar Favela [Internet]. 5. ed. [Rio de Janeiro]: Fiocruz; 2020 [acesso em 2022 ago 18]. p. 25-30. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/radar-05-final.pdf>
31. Sánchez A, Simas L, Diuana V, et al. COVID-19 nas prisões: um desafio impossível para a saúde pública? *Cad Saúde Pública*. 2020;36(5):e00083520. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00083520>
32. Colégio Nacional das Defensoras e dos Defensores Públicos-Gerais. Nota Técnica sobre a publicação da Portaria GM/MS nº 1.325, de 18 de maio de 2020 [...] [Internet]. Rio de Janeiro: Condege; 2020 [acesso em 2022 ago 18]. Disponível em: https://anadep.org.br/wtksite/cms/conteudo/44561/Nota_Tecnica_EAP_vf_condegeassinada_.pdf
33. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 44, de 15 de junho de 2020. Recomenda ao Ministério da Saúde a revogação da Portaria nº 1.325, de 18 de maio de 2020, que extingue o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2020 jun 15.
34. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (BR). Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Nota Técnica Conjunta sobre Portaria GM/MS nº 1.325/2020 que extinguiu o Serviço de

- Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei [Internet]. [Brasília, DF]: MNPCT; 2020 [acesso em 2022 ago 18]. Disponível em: <https://mnpctbrasil.files.wordpress.com/2020/07/nota-conjunta-mbpct-portaria-eap.pdf>
35. Conselho Nacional de Justiça (BR); Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 1, de 30 de março de 2020. Estabelece procedimentos excepcionais para sepultamento e cremação de corpos durante a situação de pandemia do Coronavírus, com a utilização da Declaração de Óbito emitida pelas unidades de saúde, apenas nas hipóteses de ausência de familiares ou de pessoas conhecidas do obituado ou em razão de exigência de saúde pública, e dá outras providências. Diário da Justiça Eletrônico [Internet], Brasília, DF. 2020 mar 30 [acesso em 2024 maio 3]. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original1180204202004015e84d71c65216.pdf>
 36. Grupo de Trabalho Interinstitucional em Defesa da Cidadania. Nota Técnica nº 5/2020 [Internet] [Rio de Janeiro]: Fiocruz; 2020 [acesso em 2022 ago 18]. Disponível em: <https://www.covidnasprisoas.com/blog/nota-tecnica-no-05-do-grupo-de-trabalho-interinstitucional-de-defesa-da-2c0f2ec8-7a4c-4353-9853-1bd8a8d08d44>
 37. Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (RJ). Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro. Informe sobre a Resolução nº 10 Sepol/Seap [Internet]. Rio de Janeiro: Alerj; 2020 [acesso em 2022 ago 18]. Disponível em: [https://uploads.strikinglycdn.com/files/930bd1d8-56d3-4292-abca-5c3b48cd4fc9/\[Mortes%20no%20sistema\]%20Informe-do-MEPCTRJ-Transpar%C3%Aancia-e-Fluxo-de-%C3%93bitos-final.pdf](https://uploads.strikinglycdn.com/files/930bd1d8-56d3-4292-abca-5c3b48cd4fc9/[Mortes%20no%20sistema]%20Informe-do-MEPCTRJ-Transpar%C3%Aancia-e-Fluxo-de-%C3%93bitos-final.pdf)
 38. Conselho Nacional de Justiça (BR); Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 2, de 28 de abril de 2020. Estabelece procedimentos excepcionais para sepultamento de corpos durante a situação de pandemia do Coronavírus, com a utilização da Declaração de Óbito emitida pelas unidades notificadores de óbito, na hipótese de ausência de familiares, de pessoa não identificada, de ausência de pessoas conhecidas do obituado e em razão de exigência de saúde pública, e dá outras providências. Diário da Justiça Eletrônico [Internet], Brasília, DF. 2020 abr 28 [acesso em 2024 maio 3];2-4. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original173824202005085eb59910638b4.pdf>

Recebido em 19/05/2024

Aprovado em 30/08/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Programa INOVA Fiocruz, edital COVID-19 - Geração do Conhecimento 2020

Editora responsável: Raquel Abrantes Pêgo

Panorama da atenção nutricional domiciliar para crianças e adolescentes acompanhados pelo Programa Melhor em Casa

Overview of home nutritional care for children and adolescents followed by the Better at Home Program

Fernanda Correia Simões¹, Fernanda Valente Mendes Soares¹, Mariana Setúbal Nassar de Carvalho¹, Mirian Martins Gomes¹, Saint Clair Gomes Junior¹, Mariana Borges Dias²

DOI: 10.1590/2358-289820251449520P

RESUMO No Brasil, o Serviço de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde, por meio do Programa Melhor em Casa, vem ampliando sua atuação para o cuidado de crianças e adolescentes, população cuja atenção nutricional é fundamental. O objetivo deste artigo foi descrever o panorama da atenção nutricional domiciliar para crianças e adolescentes acompanhados pelo Programa Melhor em Casa, nas diferentes regiões brasileiras. Trata-se de um estudo transversal com nutricionistas do Programa Melhor em Casa, que responderam a um formulário eletrônico com questões relativas ao perfil do profissional, da população pediátrica atendida e das condições oferecidas para o acompanhamento nutricional. Foram analisados 70 questionários de todas as regiões do país, com média de 7,6 pacientes pediátricos em acompanhamento por nutricionista, apresentando condições crônicas de saúde, dependência de tecnologia e alimentação via enteral do tipo artesanal e/ou industrializada, com diferenças regionais significativas quanto a este perfil. Mais de 70% dos profissionais responderam que o município possui programa de fornecimento de dieta enteral, porém nem todos os instrumentos para avaliação nutricional são oferecidos da mesma forma pelo Brasil. Os nutricionistas do Serviço de Atenção Domiciliar ainda encontram desafios e a sistematização do cuidado pediátrico no domicílio facilitaria a atenção nutricional à essa população.

PALAVRAS-CHAVE Política nutricional. Serviços de assistência domiciliar. Saúde da criança. Terapia nutricional. Nutricionistas

ABSTRACT In Brazil, the Home Care Service of the Unified Health System, through the Better at Home Program, has been expanding its activities to care for children and adolescents, a population whose nutritional care is essential. The objective of this article was to describe the panorama of home nutritional care for children and adolescents followed by the Better at Home Program, in different Brazilian regions. This is a cross-sectional study with nutritionists from the Better at Home Program, who answered an electronic form with questions regarding the professional's profile, the pediatric population served and the conditions offered for nutritional monitoring. Seventy questionnaires were analyzed from all regions of the country, with an average of 7.6 pediatric patients being monitored by each nutritionist, presenting chronic health conditions, dependence on technology and enteral feeding of the home-based and/or industrialized type, with significant regional differences regarding this profile. More than 70% of professionals responded that the city has an enteral diet supply program, but not all equipment for nutritional assessment is offered in the same way in Brazil. Home care nutritionists still face challenges and the systematization of pediatric care at home would facilitate nutritional care for this population.

KEYWORDS Nutrition policy. Home care services. Child health. Nutrition therapy. Nutritionists.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
fernanda.correia@fiocruz.br

²Ministério da Saúde (MS), Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência (DAHU) – Brasília (DF), Brasil.



Introdução

Segundo os objetivos e diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) do Ministério da Saúde (MS)¹, a atenção nutricional deve estar presente em todas as fases da vida, reconhecendo grupos ou indivíduos que tenham agravos e riscos à saúde relacionados ao consumo alimentar e ao estado nutricional¹. A atenção nutricional deve focar suas ações na atenção básica, mas precisa estar presente em outros pontos de cuidado à saúde, como nos serviços de Atenção Domiciliar (AD), conforme as necessidades dos usuários¹.

A vigilância alimentar e nutricional de crianças e adolescentes é fundamental para detectar uma situação de risco no seu crescimento e desenvolvimento, possibilitando o planejamento de ações para promover a saúde, permitindo a prevenção de seus efeitos e a intervenção precoce quando houver necessidade². Na parcela da população pediátrica que está aos cuidados dos profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)³, o acompanhamento nutricional deve ser ainda mais efetivo, pois a presença de uma condição crônica de saúde e, muitas vezes, de necessidades alimentares especiais podem comprometer o seu estado nutricional³⁻⁷. No atual cenário demográfico, socioeconômico e epidemiológico do país, onde a insegurança alimentar atinge mais de 55% da população, sendo observada uma maior gravidade nos lares onde a quantidade de moradores até 18 anos é maior⁸, é de extrema importância que essas crianças e adolescentes também tenham a garantia do direito à alimentação saudável e adequada, promovendo a saúde integral dessa população⁹⁻¹³.

A AD é uma modalidade de assistência que envolve ações de prevenção, promoção e tratamento à saúde a indivíduos com necessidade de recuperação, reabilitação ou manutenção clínica e nutricional no domicílio^{3,14-15}. No Brasil, como em outros países, a AD está se remodelando para ampliar o foco de atuação, inicialmente voltado para o cuidado de adultos

e idosos, e atender às crescentes demandas da saúde, especialmente de crianças e adolescentes em processo de desospitalização, que ainda precisam de acompanhamento multidisciplinar continuado^{5,16-18}.

O SAD, através do Programa Melhor em Casa (PMC), é considerado um dos serviços prioritários do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Portaria nº 825/MS de 2016 e é organizado por meio das equipes multiprofissionais de AD¹⁴. Desde a sua criação, em 2011, há um crescimento expressivo do número de equipes atuantes³ e, segundo dados da sua coordenação nacional, em julho de 2023 este Programa abrangeu serviços em 943 municípios brasileiros em 26 estados, potencialmente alcançando 44% da população brasileira, através da atuação de 2081 equipes multiprofissionais, incluindo 1310 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad) e 771 Equipes Multiprofissionais de Apoio (Emap)¹⁵.

O nutricionista na AD atua elaborando o diagnóstico nutricional fundamentado na avaliação nutricional, realizando a prescrição dietética, examinando todo o contexto do ambiente domiciliar, principalmente os fatores envolvidos na segurança alimentar e nutricional do paciente e dos familiares/cuidadores, e avaliando se os objetivos da assistência nutricional foram atingidos, dentre outras atribuições^{3,19}. Este profissional pode compor a Emap do SAD, mas sua presença não é obrigatória na equipe¹⁴ e dados oficiais sobre os nutricionistas atuantes no PMC pelo Brasil não estão disponíveis¹⁵.

São poucas as informações existentes na literatura, principalmente de dados brasileiros sobre a AD pediátrica como um todo, mas principalmente em relação à atenção nutricional e condições existentes nos SAD para a vigilância e tratamento nutricional dessa população. Diante disso, este trabalho teve como objetivo descrever o panorama da atenção nutricional domiciliar para crianças e adolescentes acompanhados pelo PMC, nas diferentes regiões brasileiras.

Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal com dados coletados através de um formulário eletrônico desenvolvido na plataforma REDCap, contendo um conjunto de questões fechadas relativas ao acompanhamento nutricional de crianças e adolescentes atendidos pelo SAD.

Foi empregada uma amostra de conveniência formada por nutricionistas que pertencessem às equipes do PMC do MS e realizassem atendimento a crianças e/ou adolescentes de 0 a 19 anos, mesmo que não exclusivamente a esse público. Foram excluídos da pesquisa aqueles profissionais que pertenciam à equipe de AD há menos de 3 meses e questionários sem informações sobre o acompanhamento de crianças ou adolescentes.

O instrumento foi construído após levantamento de questões que pudessem descrever o panorama atual da atenção nutricional domiciliar na infância e adolescência, elucidando questões sobre como atuam os nutricionistas no PMC e seu perfil profissional; qual o perfil de pacientes atendidos por ele, com enfoque na população pediátrica, levantando características da sua alimentação e quais são as condições oferecidas pelo Programa para o monitoramento e tratamento nutricional dessa população.

O link para acesso ao questionário foi divulgado em novembro de 2022 para uma lista de nutricionistas que faziam parte de um grupo destinado a discussões e compartilhamento de informações sobre o atendimento nutricional de pacientes em AD pelo Brasil em um aplicativo de mensagens (WhatsApp) e também teve o apoio e divulgação pela coordenação do PMC através das redes sociais, aceitando respostas até dezembro do mesmo ano.

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica criada automaticamente pelo REDCap e exportados em formato Excel para análise no pacote estatístico JASP 0.17.2.

As variáveis dependentes utilizadas foram: dados do profissional nutricionista (tempo de trabalho na equipe, carga horária de trabalho no SAD, especialização na área da saúde e/ou em Nutrição Infantil, número total de pacientes acompanhados e de nutricionistas por SAD), dados da população pediátrica atendida (número de crianças e/ou adolescentes em acompanhamento, tipo e via de alimentação, acesso pleno à alimentação prescrita, doença de base e presença de dependência de tecnologia – traqueostomia, gastrostomia, colostomia, vesicostomia, drenos, dependência de oxigênio ou ventilação mecânica) e sobre condições para o acompanhamento nutricional de crianças e/ou adolescentes (instrumentos para avaliação e diagnóstico nutricional, periodicidade de visitas, dispensação de dieta enteral, fórmula infantil e/ou suplementos pelo município).

A variável independente avaliada se deteve à macrorregião do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) na qual atuava o nutricionista da equipe do PMC.

As variáveis categóricas foram descritas pelas suas respectivas frequências de ocorrência (absoluta e relativa) e as numéricas, pela média e desvio padrão. O teste qui-quadrado de Pearson e Análise de Variância (Anova) foram utilizados para avaliar diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as diferentes macrorregiões brasileiras.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Nacional da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (CEP-IFF/Fiocruz) – parecer 5.737.997 (CAEE 63529222.4.0000.5269) e seguiu as recomendações dos protocolos The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES)²⁰ e Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)²¹. Todos os participantes foram comunicados dos seus direitos e firmaram eletronicamente o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Foram obtidas 78 respostas, sendo que 08 questionários foram excluídos por não satisfazerem os requisitos do estudo. Dessa forma, foram analisados 70 questionários de nutricionistas atuantes no PMC de todas as regiões do Brasil que acompanhavam crianças e/ou adolescentes, abrangendo municípios de 20 estados: região Norte, 6% (n = 4), Nordeste, 44% (n = 31), Sul, 17% (n = 12), Sudeste, 29% (n = 20) e Centro-Oeste, 4% (n = 3). Não obtivemos resposta de nutricionistas dos estados do Mato Grosso, Espírito Santo, Acre, Roraima, Tocantins e Amazonas.

Quanto ao perfil deste profissional no Brasil, grande parte (44,3%) estava na equipe do SAD entre 1 e 5 anos, 78,6% (n = 55) eram o único profissional nutricionista da equipe e 59,4% (n = 41) trabalhavam entre 20 e 39 horas semanais nesta atividade. A maioria (80,6%) apresentava alguma pós-graduação (lato e/ou stricto sensu) na área da saúde, porém somente 8,6% (n = 6) em Nutrição Infantil. Comparando as regiões brasileiras, somente houve diferença significativa na variável Especialização em Nutrição Infantil, com maior prevalência na região Sul (*tabela 1*).

Tabela 1. Perfil do nutricionista atuante no acompanhamento de crianças e/ou adolescentes no PMC por região do Brasil

Variável	Região do Brasil					Total (%)	p valor*
	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sul n (%)	Sudeste n (%)	Centro-Oeste n (%)		
Tempo de atuação no SAD							0,718
De 3 meses a 1 ano	1 (25,0)	12 (38,7)	4 (33,3)	4 (20,0)	2 (66,7)	23 (32,9)	
De 1 a 5 anos	2 (50,0)	14 (45,2)	4 (33,3)	10 (50,0)	1 (33,3)	31 (44,3)	
Mais de 5 anos	1 (25,0)	5 (16,1)	4 (33,3)	6 (30,0)	0 (0,0)	16 (22,9)	
Total	4	31	12	20	3	70 (100)	
CH semanal de trabalho							0,477
Menos de 20 horas	0 (0,0)	5 (16,7)	4 (33,3)	3 (15,0)	0 (0,0)	12 (17,4)	
Entre 20 e 39 horas	3 (75,0)	21 (70,0)	4 (33,3)	11 (55,0)	2 (66,7)	41 (59,4)	
40 horas ou mais	1 (25,0)	4 (13,3)	4 (33,3)	6 (30,0)	1 (33,3)	16 (23,2)	
Total	4	30	12	20	3	69 (100)	
Especialização na Área da Saúde							0,912
Não	1 (25,0)	5 (17,9)	3 (25,0)	3 (15,0)	1 (33,3)	13 (19,4)	
Sim	3 (75,0)	23 (82,1)	9 (75,0)	17 (85,0)	2 (66,7)	54 (80,6)	
Total	4	28	12	20	3	67 (100)	
Especialização em Nutrição Infantil							0,017
Não	4 (100,0)	29 (93,5)	8 (66,7)	20 (100,0)	3 (100,0)	64 (91,4)	
Sim	0 (0,0)	2 (6,5)	4 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (8,6)	
Total	4	31	12	20	3	70 (100)	
Quantidade de nutricionistas no SAD							0,308
1	2 (50,0)	26 (83,9)	11 (91,7)	14 (70,0)	2 (66,7)	55 (78,6)	
2 ou mais	2 (50,0)	5 (16,1)	1 (8,3)	6 (30,0)	1 (33,3)	15 (21,4)	
Total	4	31	12	20	3	70 (100)	

Fonte: elaboração própria.

PMC: Programa Melhor em Casa; SAD: Serviço de Atenção Domiciliar; n: número amostral; CH: Carga Horária; *p valor do teste qui-quadrado de Pearson.

O quantitativo de pacientes (total e pediátricos) em acompanhamento nutricional domiciliar relatado neste estudo se encontra na *tabela 2*. Não houve diferença nesta quantidade, nas diferentes faixas etárias, comparando as cinco regiões brasileiras. Dentre as doenças de base presentes no público pediátrico, a neurológica foi a mais relatada (91,4%). Grande parte dos

participantes do estudo (43%) relatou que todas as crianças e/ou adolescentes acompanhados eram dependentes de alguma tecnologia. Houve diferença estatisticamente significativa quanto à presença desta dependência na população pediátrica acompanhada quando comparadas as diferentes regiões brasileiras (*tabela 3*).

Tabela 2. Quantitativo de pacientes (total e pediátricos) em acompanhamento nutricional no PMC por região do Brasil

Variável	Total de pacientes (todas as idades)	Total de pacientes pediátricos (0-19 anos)	Lactentes e pré- escolares (0-4 anos)	Escolares (5-9 anos)	Adolescentes (10-19 anos)
Região	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Brasil (total)	70,2 (103,0)	7,6 (12,7)	2,7 (4,5)	2,3 (4,6)	2,6 (4,4)
Norte	87,0 (96,5)	6,5 (2,5)	2,5 (1,3)	1,5 (1,3)	2,5 (1,7)
Nordeste	56,6 (78,3)	5,9 (6,7)	2,1 (3,0)	1,9 (2,1)	1,9 (3,1)
Sul	33,1 (23,4)	6,3 (8,6)	3,0 (4,0)	1,5 (2,7)	1,8 (2,2)
Sudeste	110,4 (150,2)	11,9 (21,1)	3,9 (6,8)	3,7 (8,0)	4,4 (6,9)
Centro-Oeste	39,7 (150,2)	2,7 (0,6)	1,0 (1,0)	1,0 (1,7)	0,7 (0,6)
	p valor*	p valor*	p valor*	p valor*	p valor*
	0,260	0,496	0,677	0,627	0,284

Fonte: elaboração própria.

PMC: Programa Melhor em Casa; DP: Desvio-Padrão; *p valor da Anova.

Tabela 3. Frequência das respostas dos nutricionistas sobre a doença de base e presença dependência de tecnologia das crianças e/ou adolescentes acompanhados no PMC por região do Brasil

Variável	Região do Brasil					Total (%)	p valor*
	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sul n (%)	Sudeste n (%)	Centro-Oeste n (%)		
Doença de base							
Neurológica							0,359
Sim	4 (100,0)	26 (83,9)	12 (100)	19 (95,0)	3 (100,0)	64 (91,4)	
Não	0 (0,0)	5 (16,1)	0 (0,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	6 (8,6)	
Oncológica							0,299
Sim	0 (0,0)	5 (16,1)	2 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (10,0)	
Não	4 (100,0)	26 (83,9)	10 (83,3)	20 (100,0)	3 (100,0)	63 (90,0)	
Cirúrgica							0,240
Sim	2 (50,0)	5 (16,1)	3 (25,0)	5 (25,0)	2 (66,7)	17 (24,3)	
Não	2 (50,0)	26 (83,9)	9 (75,0)	15 (75,0)	1 (33,3)	53 (75,7)	

Tabela 3. Frequência das respostas dos nutricionistas sobre a doença de base e presença dependência de tecnologia das crianças e/ou adolescentes acompanhados no PMC por região do Brasil

Variável	Região do Brasil					Total (%)	p valor*
	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro-Oeste		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Respiratória							0,377
Sim	3 (75,0)	13 (42,0)	4 (66,7)	12 (60,0)	2 (66,7)	34 (48,6)	
Não	1 (25,0)	18 (58,0)	8 (33,3)	8 (40,0)	1 (33,3)	36 (51,4)	
Cardiológica							0,499
Sim	1 (25,0)	5 (16,1)	4 (66,7)	2 (10,0)	1 (33,3)	13 (18,6)	
Não	3 (75,0)	26 (83,9)	8 (33,3)	18 (90,0)	2 (66,7)	57 (81,4)	
Gastrointestinal							0,616
Sim	1 (25,0)	12 (38,7)	4 (66,7)	9 (45,0)	0 (0,0)	26 (37,1)	
Não	3 (75,0)	19 (61,3)	8 (33,3)	11 (55,0)	3 (100,0)	44 (62,9)	
Dependência de tecnologia							0,004
Todos	0 (0,0)	10 (33,3)	9 (75,0)	10 (50,0)	1 (33,3)	30 (43,5)	
Mais da metade	0 (0,0)	2 (6,7)	3 (25,0)	6 (30,0)	2 (66,7)	13 (18,8)	
Menos da metade	3 (75,0)	13 (43,3)	0 (0,0)	3 (15,0)	0 (0,0)	19 (27,5)	
Nenhum	1 (25,0)	5 (16,7)	0 (0,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	7 (10,1)	

Fonte: elaboração própria.

PMC: Programa Melhor em Casa; *p valor do teste qui-quadrado de Pearson.

Analisando a alimentação recebida por estas crianças e adolescentes em AD, houve diferença regional quanto à frequência da necessidade de alimentação por via alternativa (por sonda ou gastrostomia), assim como do uso da dieta industrializada por esta via. As frequências das

respostas sobre a alimentação por via enteral, os tipos de terapia enteral recebida (dieta industrializada, artesanal ou mista), assim como da condição de acesso à dieta enteral plena, encontram-se na *tabela 4*.

Tabela 4. Frequência das respostas dos nutricionistas sobre via de alimentação, tipo de dieta enteral e acesso à dieta plena de crianças e/ou adolescentes acompanhados no PMC por região do Brasil

Variável	Região do Brasil					Total (%)	p valor*
	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro-Oeste		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Alimentação por via enteral							0,025
Todos	0 (0,0)	9 (29,0)	9 (75,0)	9 (45,0)	1 (33,3)	28 (40,0)	
Mais da metade	0 (0,0)	4 (12,9)	3 (25,0)	6 (30,0)	1 (33,3)	14 (20,0)	
Menos da metade	3 (75,0)	12 (38,7)	0 (0,0)	2 (10,0)	1 (33,3)	18 (25,7)	
Nenhum	1 (25,0)	6 (19,4)	0 (0,0)	3 (15,0)	0 (0,0)	10 (14,3)	

Tabela 4. Frequência das respostas dos nutricionistas sobre via de alimentação, tipo de dieta enteral e acesso à dieta plena de crianças e/ou adolescentes acompanhados no PMC por região do Brasil

Variável	Região do Brasil					Total (%)	p valor*
	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro-Oeste		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Tipo de dieta enteral							
Industrializada							0,014
Todos	1 (25,0)	3 (9,7)	8 (66,7)	4 (20,0)	1 (33,3)	17 (24,3)	
Mais da metade	0 (0,0)	1 (3,2)	2 (16,7)	3 (15,0)	1 (33,3)	7 (10,0)	
Menos da metade	2 (50,0)	12 (38,7)	0 (0,0)	7 (35,0)	1 (33,3)	22 (31,4)	
Nenhum	1 (25,0)	15 (48,4)	2 (16,7)	6 (30,0)	0 (0,0)	24 (34,3)	
Artesanal							0,229
Todos	0 (0,0)	3 (9,7)	0 (0,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	4 (5,7)	
Mais da metade	0 (0,0)	3 (9,7)	0 (0,0)	3 (15,0)	0 (0,0)	6 (8,6)	
Menos da metade	1 (25,0)	10 (32,3)	0 (0,0)	7 (35,0)	0 (0,0)	18 (25,7)	
Nenhum	3 (75,0)	15 (48,4)	12 (100)	9 (45,0)	3 (100)	42 (60,0)	
Mista							0,615
Todos	0 (0,0)	8 (25,8)	1 (8,3)	4 (20,0)	0 (0,0)	13 (18,6)	
Mais da metade	0 (0,0)	3 (9,7)	0 (0,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	5 (7,1)	
Menos da metade	1 (25,0)	10 (32,3)	3 (25,0)	8 (40,0)	1 (33,3)	23 (32,9)	
Nenhum	3 (75,0)	10 (32,3)	8 (66,7)	6 (30,0)	2 (66,7)	29 (41,4)	
Acesso pleno à dieta enteral							0,135
Todos	2 (50,0)	9 (30,0)	9 (75,0)	6 (30,0)	1 (33,3)	27 (39,1)	
Mais da metade	0 (0,0)	1 (3,3)	1 (8,3)	4 (20,0)	1 (33,3)	7 (10,1)	
Menos da metade	1 (25,0)	8 (26,7)	0 (0,0)	6 (30,0)	1 (33,3)	16 (23,2)	
Nenhum	1 (25,0)	12 (40,0)	2 (16,7)	4 (20,0)	0 (0,0)	19 (27,5)	

Fonte: elaboração própria.

PMC: Programa Melhor em Casa; *p valor do teste qui-quadrado de Pearson.

As condições oferecidas pelo SAD do município para avaliação, acompanhamento e tratamento nutricional da população pediátrica atendida são descritas na *tabela 5*, estratificadas por região. Foi encontrada diferença significativa entre as regiões brasileiras no que diz respeito à disponibilidade de balança pediátrica, antropômetro infantil e fita métrica para utilização no PMC. Quanto a possibilidade de o profissional avaliar o estado nutricional dos micronutrientes (ferro, zinco, vitamina A, D e do complexo B) através de exames bioquímicos, a maioria (77,6%) relatou não ser possível o acesso a todos, diferentemente

da avaliação isolada do estado nutricional de ferro (através da dosagem da hemoglobina e/ou ferritina séricas), possível para cerca de 80% dos nutricionistas.

Com relação à frequência de visita domiciliar, a maioria (96%) referiu atender os pacientes pediátricos pelo menos 1 vez a cada 3 meses. Mais de 70% (n = 46) dos nutricionistas responderam que seu município de atuação no PMC possui programa de fornecimento de dieta enteral, fórmula infantil ou suplemento nutricional para as crianças e adolescentes acompanhados, mesmo que de forma irregular, sem diferença significativa entre as regiões brasileiras (*tabela 5*).

Tabela 5. Condições oferecidas pelo SAD do município para avaliação, acompanhamento e tratamento nutricional da população pediátrica atendida por região do Brasil

Variável	Região do Brasil					Total (%)	p valor*
	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sul n (%)	Sudeste n (%)	Centro-Oeste n (%)		
Balança portátil							0,111
Sim	2 (50,0)	19 (65,5)	10 (83,3)	7 (36,8)	1 (50,0)	39 (59,1)	
Não	2 (50,0)	10 (34,5)	2 (16,7)	12 (63,2)	1 (50,0)	27 (40,9)	
Balança pediátrica							0,007
Sim	0 (0,0)	2 (6,9)	6 (50,0)	2 (10,5)	0 (0,0)	10 (15,2)	
Não	4 (100,0)	27 (93,1)	6 (50,0)	17 (89,5)	2 (100,0)	56 (84,8)	
Antropômetro adulto							0,725
Sim	0 (0,0)	4 (13,8)	2 (16,7)	1 (5,3)	0 (0,0)	7 (10,6)	
Não	4 (100,0)	25 (86,2)	10 (83,3)	18 (94,7)	2 (100,0)	59 (89,4)	
Antropômetro infantil							0,009
Sim	0 (0,0)	1 (3,4)	5 (41,7)	2 (10,5)	1 (50,0)	9 (13,6)	
Não	4 (100,0)	28 (96,6)	7 (58,3)	17 (89,5)	1 (50,0)	57 (86,4)	
Fita métrica							0,005
Sim	4 (100,0)	23 (79,3)	12 (100)	11 (57,9)	0 (0,0)	50 (75,8)	
Não	0 (0,0)	6 (20,7)	0 (0,0)	8 (42,1)	2 (100,0)	16 (24,2)	
Adipômetro							0,469
Sim	2 (50,0)	7 (24,1)	5 (41,7)	4 (21,1)	0 (0,0)	18 (27,3)	
Não	2 (50,0)	22 (75,9)	7 (58,3)	15 (78,9)	2 (100,0)	48 (72,7)	
Dado coletado							0,429
Peso ou outro	1 (25,0)	3 (9,7)	2 (16,7)	2 (10,0)	0 (0,0)	8 (11,4)	
Peso e altura	3 (75,0)	28 (90,3)	8 (66,7)	17 (85,0)	3 (100,0)	59 (84,3)	
Nenhum	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (16,7)	1 (5,0)	0 (0,0)	3 (4,3)	
Avaliação de micronutrientes							0,927
Sim	1 (25,0)	5 (17,2)	3 (25,0)	5 (26,3)	1 (33,3)	15 (22,4)	
Não	3 (75,0)	24 (82,8)	9 (75,0)	14 (73,7)	2 (66,7)	52 (77,6)	
Avaliação ferro							0,757
Sim	3 (75,0)	22 (75,9)	10 (83,3)	17 (89,5)	2 (66,7)	54 (80,6)	
Não	1 (25,0)	7 (24,1)	2 (16,7)	2 (10,5)	1 (33,3)	13 (19,4)	
Frequência VD							0,184
Semestral ou menos vezes	1 (25,0)	0 (0,0)	1 (8,3)	1 (5,0)	0 (0,0)	3 (4,3)	
Trimestral ou mais vezes	3 (75,0)	31 (100,0)	11 (91,7)	19 (95,0)	3 (100,0)	67 (95,7)	
Fornecimento de dieta enteral							0,494
Sim, regular	3 (75,0)	16 (61,5)	10 (83,3)	8 (42,1)	2 (66,7)	39 (60,9)	
Sim, irregular	0 (0,0)	2 (7,7)	1 (8,3)	4 (21,1)	0 (0,0)	7 (10,9)	
Não possui	1 (25,0)	8 (30,8)	1 (8,3)	7 (36,8)	1 (33,3)	18 (28,1)	

Fonte: elaboração própria.

*p valor do teste qui-quadrado de Pearson; VD: Visita Domiciliar; SAD: Serviço de Atenção Domiciliar.

Discussão

Os resultados obtidos nesta pesquisa indicam que a atenção nutricional para crianças e adolescentes no PMC está presente em todas as regiões brasileiras, mas ainda com questões a serem consideradas pelos gestores para que a atuação do nutricionista seja mais efetiva e uniforme. Para proporcionar maior qualidade na atenção nutricional no domicílio, seria importante a implantação de protocolos de atendimento para a padronização das ações por todo o país^{1,3,22}. O perfil da população pediátrica que está aos cuidados das equipes do PMC, muitos com demandas alimentares específicas e condições crônicas e complexas de saúde, reforça que os cuidados com os aspectos nutricionais devem estar sempre presentes, considerando-se também a garantia do acesso à terapia nutricional domiciliar de forma adequada^{1,12,13}.

Segundo a portaria do MS que redefine a AD no SUS e atualiza as suas equipes¹⁴, nenhum profissional componente da equipe de apoio – Emap, pode ter carga horária semanal inferior a 20 horas de trabalho¹⁴, apesar de encontrarmos neste estudo uma parcela de nutricionistas que relatou trabalhar por um menor período semanal. Outra questão evidenciada foi que a grande maioria dos nutricionistas (77,2%) relatou atuar nesta área há menos de cinco anos, o que demonstra uma atividade profissional mais recente. Contudo, um inquérito brasileiro sobre Terapia de Nutrição Domiciliar (TND) já observou a ampliação do uso da prática da TND no PMC e vislumbrou uma crescente preocupação com a nutrição dos pacientes desospitalizados²³.

Em relação ao trabalho do nutricionista na AD, o Conselho Federal de Nutrição aponta, através de portaria, suas atribuições nessa atividade e orienta que este profissional na atenção nutricional domiciliar, seja ela pública ou privada, tenha o tempo de sessenta minutos para atendimento inicial e trinta minutos para atendimento de retorno, sem parâmetro numérico de visitas por período como referência

para atuação nessa área¹⁹. Também não estabelece a periodicidade do atendimento e quantidade ideal de pacientes em acompanhamento por nutricionista como referência, assim como não há nenhuma determinação neste sentido pelo PMC^{14,19,24}. Neste estudo, a maioria dos profissionais relatou trabalhar como único nutricionista no Programa do seu município e ser responsável pelo acompanhamento de 70 pacientes em média, englobando todas as idades, não havendo diferença significativa entre as regiões brasileiras. A expansão da atuação deste profissional no SAD dependeria, dentre outros fatores, do reconhecimento dos gestores da saúde de que o estado nutricional do paciente em atendimento domiciliar reflete em melhores desfechos clínicos, além de redução de custos com reinternações hospitalares^{3-6,25}.

A atenção nutricional domiciliar é uma subárea dentro da área de nutrição clínica de atuação profissional, que oferece acompanhamento à pacientes em todas as faixas etárias¹⁹. Apesar de não ser obrigatória uma pós graduação na área em que atua para o exercício da profissão, é responsabilidade do nutricionista estar em dia com os conhecimentos e as práticas essenciais para o bom funcionamento do processo de trabalho²⁶⁻²⁸. A maioria dos participantes deste estudo possui alguma pós graduação (lato e/ou stricto sensu) na área da saúde, mostrando estar em busca de atualização profissional; porém, poucos na área de Nutrição Infantil, com ressalva aos profissionais da região Sul brasileira, onde mais de 30% possui esta especialização. A maior procura pela especialização nesta área no SAD pode se tornar uma tendência, ou até uma necessidade, pela crescente demanda de pacientes na faixa etária pediátrica³⁻⁵.

A desospitalização de crianças e adolescentes que ainda precisam de cuidados domiciliares por possuírem necessidades especiais de saúde tornou-se uma realidade crescente e necessária, tanto pelo reconhecimento de que o melhor lugar para elas é o ambiente familiar, quanto pela constante demanda do SUS por

desocupar leitos hospitalares^{5,29}. A média de pacientes pediátricos em acompanhamento domiciliar relatada nesta pesquisa foi de 7,6 por nutricionista, o que representa cerca de 10% da média do total dos pacientes atendidos pelos mesmos, sem diferença significativa entre as regiões brasileiras, incluindo as diferentes faixas pediátricas. Estudos anteriores demonstram que o atendimento a crianças e adolescentes no SAD representa uma pequena parcela do total de pacientes^{23,30}, mas as informações sobre o acompanhamento nessa faixa etária ainda são escassas, principalmente sobre aspectos nutricionais. Dados da coordenação do PMC, referentes a pacientes elegíveis de abril a julho de 2023, mostram que cerca de 5% dos pacientes em AD estão na faixa etária de 0 a 14 anos¹⁵, o que se aproxima do número de crianças e/ou adolescentes em acompanhamento relatado pelos profissionais que participaram desta pesquisa, considerando que a idade aqui estudada abrangeu todos os adolescentes até 19 anos.

Grande parte destes pacientes acompanhados possui condições crônicas de saúde, com relatos nesta pesquisa da presença de crianças e/ou adolescentes com condições neurológicas, respiratórias, gastrointestinais, cirúrgicas, cardíacas e oncológicas em AD em todas as regiões do país, da mesma forma que estudos realizados no Brasil, onde a principal doença de base dos pacientes menores de 18 anos é neurológica^{23,30}.

Quando perguntados sobre a dependência tecnológica dos pacientes pediátricos atendidos, a maioria (62,3%) dos nutricionistas respondeu que “*mais da metade*” de seus pacientes ou “*todos*” apresentavam essa condição, porém encontramos diferença significativa entre as regiões brasileiras, com os nutricionistas das regiões Sul e Centro-Oeste relatando que a maioria dos seus pacientes pediátricos é dependente de tecnologia, diferentemente dos profissionais da região Norte, onde “*menos da metade*” ou “*nenhum*” paciente acompanhado nessa faixa etária apresenta essa característica. Estudo com crianças em acompanhamento

por SAD no Paraná (região Sul do Brasil) evidenciou que a grande maioria delas, cerca de 90%, era dependente de alguma tecnologia³⁰, corroborando os dados encontrados nesta pesquisa. Cabe aos gestores avaliar se estas crianças e adolescentes estão tendo acesso à AD da mesma forma em todas as regiões do Brasil, já que as condições crônicas e complexas de saúde e a dependência de aparatos tecnológicos são uma realidade crescente na pediatria^{5,31-33}.

Comparando as diferentes regiões do Brasil quanto a via de alimentação dos pacientes, também é possível observar diferença na complexidade da população pediátrica acompanhada. Na região Norte, todos os nutricionistas participantes do estudo responderam que “*menos da metade*” ou “*nenhum*” paciente pediátrico recebia alimentação por via enteral; diferentemente dos profissionais da região Sul do Brasil, que relataram que “*todos*” ou “*mais da metade*” desses pacientes apresentavam essa condição; condição também evidenciada em um estudo onde cerca de 60% das crianças acompanhadas nos SAD em um estado desta região possuíam gastrostomia como via de alimentação³⁰.

A característica da dieta a ser oferecida ao paciente pediátrico em AD deve levar em consideração a quantidade e qualidade de macro e micronutrientes, seu custo, limitações digestivas e absorptivas do paciente, sem deixar de considerar o significado social da alimentação para a criança ou adolescente, seu cuidador e sua família^{4,5,24}. O desfecho nutricional de crianças com doenças crônicas que recebem diferentes tipos de dieta enteral domiciliar ainda gera incertezas³⁴. No presente estudo, o estado nutricional dos pacientes não foi avaliado, mas foi possível observar que estas crianças e adolescentes recebem todos os tipos de Terapia Nutricional Enteral (TNE), com destaque à resposta de 60% dos nutricionistas de que “*nenhum*” desses pacientes recebia dieta artesanal no domicílio.

A dieta artesanal é indicada para crianças sem comprometimento nutricional, estáveis

em seu estado clínico, em tratamento paliativo ou com doenças crônicas³⁵, além de estar mais próxima da alimentação consumida pela família, contribuindo para a identidade sociocultural com o alimento ofertado^{5,35}. Muitos especialistas não recomendam esta dieta na TNE domiciliar por considerarem menos efetiva e menos segura que a fórmula industrializada^{6,36}. Porém, muitas vezes esta é utilizada por ser mais acessível, pois as dietas industrializadas disponíveis no mercado são de custo elevado³⁵. No Brasil, o uso de dietas mistas e/ou caseiras (artesaniais) é estimulado para indivíduos em acompanhamento domiciliar³⁷ e alguns municípios têm desenvolvido protocolos que orientam o preparo destas dietas enterais feitas em casa, com alimentos de verdade³⁸⁻⁴⁰.

Cerca de 35% dos participantes desta pesquisa responderam que “*todos*” ou “*mais da metade*” das crianças e/ou adolescentes acompanhados pelo SAD utilizavam dieta industrializada por via enteral, porém com diferenças regionais, onde no Norte e Nordeste mais de 75% dos profissionais relataram que a minoria dos seus pacientes pediátricos utilizam esses tipos de alimentação, enquanto que no Sul, mais de 80% dos nutricionistas indicaram o inverso, com a maioria das crianças e/ou adolescentes acompanhados utilizando esta dieta. Dietas enterais industrializadas são mais seguras microbiologicamente, requerem menor tempo de preparo e devem ser utilizadas preferencialmente em pacientes em grande risco nutricional^{6,36}, podendo indicar que os pacientes pediátricos acompanhados pelo PMC na região Sul do Brasil apresentam maior necessidade deste tipo de dieta enteral pela sua condição nutricional ou têm melhor acesso a este tipo de alimentação.

Com a insegurança alimentar ainda presente em nosso país⁸, devemos considerar este cenário também nos domicílios com crianças e/ou adolescentes portadores de necessidades alimentares especiais – sobretudo em algumas regiões e estratos sociais – sejam àquelas que utilizam a dieta enteral industrializada, de

maior custo, ou a dieta com alimentos naturais (artesanal) ou mista, uma vez que estes também devem estar disponíveis em quantidade e qualidade suficiente para a nutrição adequada^{1,10}. Muitas famílias encontram dificuldades para realizar os cuidados no domicílio, incluindo a obtenção de medicamentos e alimentação especial^{18,33,41}. Neste estudo foi possível observar que metade dos profissionais relatou que “*menos da metade*” ou “*nenhum*” paciente pediátrico acompanhado tinha condições de acesso à dieta plena enteral prescrita por ele, independentemente do tipo, o que representa um fato preocupante que deve ser mais bem abordado e discutido em estudos futuros.

Para continuidade do cuidado nutricional fora do ambiente hospitalar, é importante considerar a garantia da oferta no domicílio dos insumos necessários, através de políticas públicas, sem ter a família que recorrer à judicialização ou depender do terceiro setor^{5,9,13,42}. Foi observado neste estudo que boa parte dos municípios possui um programa regular de fornecimento de dieta enteral industrializada, fórmula infantil ou suplemento nutricional para as crianças e/ou adolescentes acompanhadas pelo SAD que necessitem desse cuidado, mas ainda não é uma realidade para todos. Muitos programas governamentais fornecem a nutrição enteral industrializada a seus pacientes domiciliares por entenderem que esta prática reduz custos com a saúde⁴³.

Neste estudo evidenciamos que quase a totalidade de crianças e adolescentes recebe minimamente acompanhamento nutricional domiciliar trimestral. A frequência do acompanhamento nutricional desempenha um papel crucial no crescimento e desenvolvimento dessa população, particularmente durante os primeiros anos de vida, que são críticos⁴⁴. O monitoramento e as intervenções regulares podem melhorar significativamente o crescimento físico, especialmente quando sustentados por períodos mais longos⁴⁵. A recomendação é de que o peso atual seja aferido sempre que possível no atendimento domiciliar^{4,24}. Para crianças até dois anos de

idade, a avaliação do crescimento deve ser realizada a cada 1 a 3 meses, enquanto para crianças maiores a frequência deve variar de acordo com o estado nutricional atual⁴⁶. Também é sugerida avaliação antropométrica minimamente semestral para crianças com comprometimento neurológico⁴⁶.

O estado nutricional de crianças e adolescentes, principalmente aquelas com condições crônicas de saúde, tem um impacto significativo em sua saúde geral e qualidade de vida⁴⁴. Para esta avaliação domiciliar, o nutricionista pode utilizar métodos como: anamnese clínica e alimentar, exame físico, antropometria e exames laboratoriais, considerando as limitações do ambiente não hospitalar^{4,6}. Porém, para este acompanhamento ser efetivo, são necessárias ferramentas adequadas e disponíveis. As diferenças encontradas na presença ou não de ferramentas como balança pediátrica, antropômetro infantil e fita métrica entre as regiões brasileiras demonstra que os SAD pelo Brasil precisam sistematizar o cuidado seguindo protocolos que orientem as ferramentas necessárias para avaliação nutricional^{3,22}.

Quanto aos equipamentos para realização da antropometria no público infantil, muitos profissionais relataram não possuir balança pediátrica ou adulto portátil – que seria uma alternativa de obtenção do peso da criança através da diferença de pesagem⁴, assim como antropômetro (adulto ou infantil) disponibilizados pelo PMC do município. A falta de instrumentos adequados e o registro insuficiente de dados antropométricos também estão presentes em crianças hospitalizadas⁴⁷. Estes equipamentos são de baixo custo, não invasivos, capazes de detectar alterações nutricionais de forma efetiva e sua disponibilidade facilitaria o trabalho desses profissionais na busca do diagnóstico nutricional adequado⁴. Apesar disto, a maioria dos profissionais (84,3%) referiu que consegue coletar dados como peso e altura, possivelmente por considerar o peso referido pela família em alguma

avaliação recente, utilizando o peso usual, por estimar a altura utilizando fita métrica ou por utilizar seu próprio equipamento ou do paciente.

Para a avaliação nutricional também se pode verificar as reservas muscular e adiposa através de circunferências e pregas cutâneas, utilizando fita e adipômetro, principalmente em pacientes pediátricos com comprometimento neurológico ou funcional, onde sua aplicação é recomendada^{4,46}. Contudo, poucos serviços (27,3%) relataram possuir o adipômetro disponível. Na impossibilidade de obtenção de medidas antropométricas fidedignas, o que poderia levar à interpretação errônea do estado nutricional, alguns estudos têm apoiado o uso do exame físico detalhado na avaliação nutricional nesse público⁴⁸.

Quanto à possibilidade de realização de exames laboratoriais para avaliação de micronutrientes (ferro, zinco, vitaminas A, D, complexo B) nestes pacientes, constatou-se que essa ainda não é uma realidade para a maioria dos profissionais, apesar de cerca de 80% relatar que consegue avaliar o estado nutricional de ferro das crianças e adolescentes acompanhadas no domicílio, fator importante por ser a anemia por carência de ferro muito comum nessa população e que, se não tratada, pode levar a déficit no crescimento^{6,49}. As coordenações das equipes onde estas ferramentas ainda não estão disponíveis devem considerar a sua aquisição para que a avaliação e consequente diagnóstico nutricional dessas crianças e adolescentes seja realizada de forma que não haja prejuízo para esta população.

Conclusões

A atenção nutricional domiciliar no SUS para crianças e adolescentes está presente em todas as regiões brasileiras, porém com o cuidado ainda não é uniformizado entre elas. A sistematização deste cuidado poderia ser mais bem organizada por meio da elaboração de protocolos específicos para a população infantil,

orientando condições mínimas para o efetivo acompanhamento nutricional deste público pelas equipes do PMC, com as devidas adequações à região.

Os nutricionistas que prestam atendimento a esta população ainda encontram desafios referentes às condições necessárias para a avaliação, diagnóstico e tratamento nutricional no domicílio, sendo evidente a relevância deste profissional no acompanhamento destes adolescentes e crianças, muitos com condições crônicas e complexas de saúde, a fim de evitar prejuízos no seu crescimento e desenvolvimento.

Cabe destacar que os achados desta pesquisa não elucidam totalmente o funcionamento da atenção nutricional domiciliar pediátrica no PMC pelo Brasil. Informações sobre o quantitativo total de crianças e adolescentes em acompanhamento e de nutricionistas atuantes no Programa não foram levantados, assim como o estado nutricional e nível de segurança alimentar dessa população. Sugere-se, reconhecendo a sua relevância, a elaboração de novas pesquisas com a extensão para as

temáticas não abordadas, de modo a subsidiar a sistematização desse cuidado para o aperfeiçoamento do atendimento nutricional pediátrico no domicílio.

Colaboradores

Simões FC (0009-0006-8554-6804)* contribuiu para concepção e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica e aprovação final do manuscrito. Soares FVM (0000-0001-5720-0482)* e Carvalho MSN (0000-0002-0076-6589)* contribuíram para concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica e aprovação final do manuscrito. Gomes MM (0000-0002-1884-9323)* e Gomes Junior SC (0000-0002-1554-943x)* contribuíram para análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica e aprovação final do manuscrito. Dias MB (0000-0003-1009-6416)* contribuiu para redação, revisão crítica e aprovação final do manuscrito. ■

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf
2. Ministério da Saúde (BR); Universidade Federal de Sergipe. Guia para a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_organizacao_vigilancia_alimentar_nutricional.pdf
3. Savassi LCM, Melo CGL, Dias MB, et al., editores. Tratado de atenção domiciliar. Santana de Parnaíba: Manole; 2022. 1350 p.
4. Cunha ALP, Simões FC. Terapia Nutricional Enteral no Domicílio. In: Neri LCL, organizadora. Dietoterapia nas doenças pediátricas. Rio de Janeiro: Rubio; 2021. p. 297-312.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Carvalho MSN, Menezes LA, Cruz Filho AD, et al, organizadores. Desospitalização de crianças com condições crônicas: perspectivas e desafios. Rio de Janeiro: Eldorado; 2019. 216 p.
6. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Suporte Nutricional. Terapia nutricional pediátrica domiciliar [Internet]. [local desconhecido]: Sociedade Brasileira de Pediatria; nº 2, 2017 [acesso em 2024 dez 20]. 8 p. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/OS19658B_Doc-Cient_TerapiaNutriPediatDomiciliar.pdf
7. Cordero BML, Hodgson BMI, Schilling FKW, et al. Home enteral nutrition in children and adolescents. Recommendations of the nutrition branch of the Chilean society of pediatrics. *Rev Chil Pediatr*. 2019;90(2):222-28. DOI: <https://doi.org/10.32641/rchped.v90i2.1000>
8. Rede Penssan. II VIGISAN: inquérito nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da covid-19 no Brasil [Internet]. [local desconhecido]: Rede Penssan; 2022 [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>
9. Tavares TS, Silva KL, Lima RG, et al. Guarantee of the social rights of children with chronic conditions: reinventing care towards civil rights. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(supl4):e20190136. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0136>
10. Alves KPS, Santos CCS, Lignani JB, et al. Entre intenções e contingências, antigos programas e demandas por novas práticas de atenção nutricional no Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(supl1):e00050221. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00050221>
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_integral_saude_crianca_orientacoes_implementacao.pdf
12. Mazur CE, Schmidt ST, Rigon SA, et al. Terapia nutricional enteral domiciliar: interface entre direito humano à alimentação adequada e segurança alimentar e nutricional. *DEMETRA*. 2014;9(3):757-769. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2014.10345>
13. Gabe KT, Jaime PC, Silva KC. Políticas públicas de alimentação e nutrição voltadas para necessidades alimentares especiais. In: Jaime PC, organizadora. Políticas públicas de alimentação e nutrição. Rio de Janeiro: Atheneu; 2019. p. 145-54.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2016 abr 26; Edição 78; Seção I:33-38.
15. Ministério da Saúde (BR). Atenção Domiciliar: Sobre Atenção Domiciliar [Internet]. [2024] [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar>
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Atenção Domiciliar. Nota Informativa: Atenção Domiciliar Neonatal e Pediátrica no Brasil [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/arquivos/2016/nota-informativa-atencao-domiciliar-neonatal-e-pediatria-no-brasil.pdf>
17. Lima PMVM, Fernandes LTB, Santos MM, et al. Professional Care in Home for Children and Teenagers with Special Health Needs: An Integrative Review. *Aquichan*. 2022;22(1):e2215. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.1.5>
18. Bezerra AM, Akra KMAE, Oliveira RMB, et al. Crianças e adolescentes com necessidades especiais de saúde: o cuidado nos serviços de atenção domiciliar. *Esc. Anna Nery (Online)*. 2023;27:e20220160. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0160pt>

19. Conselho Federal de Nutricionistas (BR). Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 abr 20 [acesso em 2024 dez 20]; Edição 76; Seção I:157. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm
20. Eysenbach G. Improving the Quality of Web Surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res*. 2004;6(3):e34. DOI: <https://doi.org/10.2196/jmir.6.3.e34>
21. von Elm E, Altman DG, Egger M, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Ann. intern. med.* 2007;147(8):573-7. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010>
22. Fidelix MSP, organizadora. Manual orientativo: sistematização do cuidado de nutrição. São Paulo: ASBRAN; 2014. 66 p.
23. van Aanholt DPJ, Niwa LMS, Dias MB, et al. Inquérito Brasileiro Sobre Terapia de Nutrição Domiciliar: panorama atual. *REVISA (Online)*. 2021;10(1):127-38. DOI: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p127a138>
24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Melhor em Casa: Cuidados em terapia nutricional. Caderno de Atenção Domiciliar; v. 3 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_terapia_domiciliar_v3.pdf
25. Pinto M, Gomes R, Tanabe RF, et al. Análise de custo da assistência de crianças e adolescentes com condições crônicas complexas. *Ciênc saúde coletiva*. 2019; 24(11):4043-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.08912018>
26. Conselho Federal de Nutricionistas (BR). Resolução CFN nº 599, de 25 de fevereiro de 2018. Aprova o Código de Ética e de Conduta do nutricionista e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 abr 4 [acesso em 2024 dez 20]; Edição 64; Seção I:182. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/DOU_599.pdf
27. Conselho Federal de Nutricionistas (BR). Resolução CFN nº 689, de 04 de maio de 2021. Regulamenta o reconhecimento de especialidades em Nutrição e o registro, no âmbito do Sistema CFN/CRN, de títulos de especialista de nutricionistas [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2021 maio 5 [acesso em 2024 dez 20]; Edição 83; Seção I:163-164. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/DOU_689.pdf
28. Presidência da República (BR). Lei de nº 8.234 de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1991 set 18 [acesso em 2024 dez 20]; Seção I:19909. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/l8234.htm
29. Menezes LA, Carvalho KM, Gomes MASM, et al. Análise da produção científica nacional das condições crônicas complexas em pediatria. *Saúde debate*. 2023;47(137):284-297. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313720>
30. Rossetto V, Toso BRGO, Rodrigues RM, et al. Cuidado desenvolvido às crianças com necessidades especiais de saúde nos serviços de atenção domiciliar no Paraná – Brasil. *Esc. Anna Nery (Online)*. 2019;23(1):e20180067. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0067>
31. Russell CJ, Simon TD. Care of children with medical complexity in the Hospital Setting. *Pediatr Ann*. 2014;43(7):e157-e162. DOI: <https://doi.org/10.3928/00904481-20140619-09>

32. Moreira MEL, Goldani MZ. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. *Ciênc saúde coletiva*. 2010;15(2):321-327. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200002>
33. Moreira MCN, Albernaz LV, Sá MRC, et al. Recomendações para uma linha de cuidados para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(11):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189516>
34. Martínez-Costa C, Calderón C, Gómez-López L, et al. Nutritional outcome in home gastrostomy-fed children with chronic diseases. *Nutrients*. 2019;11(5):1-12. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu11050956>
35. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Informativo técnico sobre a terapia nutricional enteral domiciliar, com foco para a dieta [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/informativo_terapia_nutricional_enteral_domiciliar_dieta.pdf
36. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. *Clin Nutr*. 2020;39(1):5-22. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.04.022>
37. Ministério da Saúde (BR). Portaria SAS/MS nº 120, de 14 de abril de 2009. Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2009 abr 20 [acesso em 2024 dez 20]; Edição 74; Seção I:72. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202009/prt0120_14_04_2009.html
38. Lima VS, Souza FCA, Aguiar JPL, et al. Composição nutricional de dieta enteral artesanal a partir de alimentos convencionais do município de Coari, estado do Amazonas, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2015;6(2):29-36. DOI: <https://doi.org/10.5123/S2176-62232015000200004>
39. Araújo ISA, Santos HVD, organizadores. Guia multiprofissional de orientação para pacientes em uso de nutrição enteral domiciliar. Petrolina: HEWAB/EB-SERH; 2017. 25 p.
40. Laís LL, Vale SHLV, organizadores. Guia de nutrição enteral ambulatorial e domiciliar. Natal: Edição do Autor; 2018. 79 p.
41. Pinto M, Madureira A, Barros LBP, et al. Cuidado complexo, custo elevado e perda de renda: o que não é raro para as famílias de crianças e adolescentes com condições de saúde raras. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(9):e00180218. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00180218>
42. Procópio LCR, Seixas CT, Avelar RS, et al. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde debate*. 2019;43(121):592-604. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>
43. van Aanholt DPJ, Matsuba CST, Dias MCG, et al. Diretriz brasileira de terapia nutricional domiciliar. *BRASPEN J*. 2018;33(supl1):37-46.
44. Romano C, van Wynckel M, Hulst J, et al. ESPGHAN Guidelines for the Evaluation and Treatment of Gastrointestinal and Nutritional Complications in Children with Neurological Impairment. *J pediatr gastroenterol nutr*. 2017;65(2):242-64. DOI: <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000001646>
45. Matonti L, Blasetti A, Chiarelli F. Nutrition and growth in children. *Minerva Pediatr*. 2020;72(6):462-471. DOI: <https://dx.doi.org/10.23736/S0026-4946.20.05981-2>
46. Shi H, Ren Y, Jia Y. Effects of nutritional interventions on the physical development of preschool children: a systematic review and meta-analysis. *Transl Pediatr*. 2023;12(5):991-1003. DOI: <https://dx.doi.org/10.21037/tp-23-205>
47. Litwin A, Thi TGL, Pancheva R, et al. Anthropometric assessment: ESPGHAN quality of care survey from paediatric hospitals in 28 European countries. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2024;78:936-947. DOI: <https://dx.doi.org/10.1002/jpn3.12136>

48. Chen ST, Ong SH, Lim PY, et al. Nutrition-Focused Physical Exam in assessing nutritional status of children with neurological impairment. *Human nutrition & metabolism*. 2024;37:200279. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hnm.2024.200279>
49. Paiva AA, Rondó PHC, Guerra-Shinohara EM. Parâmetros para avaliação do estado nutricional de ferro. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(4):421-426. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000400019>

Recebido em 21/05/2024

Aprovado em 02/01/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec)

Editora responsável: Elda Coelho de Azevedo Bussinguer

Apoio matricial e manutenção do vínculo com a atenção primária: um estudo longitudinal retrospectivo

Matrix support and maintenance of the link with primary care: A retrospective longitudinal study

Bruno Marinho da Silva¹, Rosana Teresa Onocko Campos², Carlos Alberto dos Santos Treichel¹

DOI: 10.1590/2358-289820251449738P

RESUMO O estudo teve como objetivo avaliar o impacto da implementação do apoio matricial na manutenção do vínculo com a atenção primária entre usuários de serviços especializados de saúde mental em um município paulista. Foi realizado um estudo longitudinal retrospectivo com usuários da Rede de Atenção Psicossocial, com dois pontos de medição: T0 (n=341) de agosto a setembro de 2019 e T1 (n=288) de janeiro a fevereiro de 2022. As associações entre o desfecho e as covariáveis foram analisadas por meio do teste de chi-quadrado, considerando p-valor < 0,05 como significante. Os resultados mostraram um aumento na prevalência de usuários que mantiveram o vínculo com a atenção primária, de 56,9% em T0 para 67,1% em T1, sugerindo que o apoio matricial fortalece a continuidade do cuidado. Usuários encaminhados pela atenção primária ou ambulatoriais apresentaram taxas mais altas de manutenção do vínculo em comparação com aqueles referidos por serviços privados ou hospitalares. A prevalência foi também maior entre indivíduos que receberam cuidados de saúde mental na atenção primária ou visitas de Agentes Comunitários de Saúde, destacando a importância desses profissionais na integração do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Serviços comunitários de saúde mental. Atenção Primária à Saúde. Práticas interdisciplinares

ABSTRACT The study aimed to evaluate the impact of the implementation of matrix support on maintaining the link with primary care among users of specialized mental health services in a municipality in São Paulo. A retrospective longitudinal study was conducted with users from the Psychosocial Care Network, with two measurement points: T0 (n=341) from August to September 2019 and T1 (n=288) from January to February 2022. Associations between the outcome and covariates were analyzed using the chi-square test, with a p-value < 0.05 considered significant. The results showed an increase in the prevalence of users who maintained the link with primary care, from 56.9% at T0 to 67.1% at T1, suggesting that matrix support strengthens continuity of care. Users referred by primary care or outpatient clinics had higher rates of maintaining the link compared to those referred by private or hospital services. The prevalence was also higher among individuals who received mental health care in primary care or visits from Community Health Agents, highlighting the importance of these professionals in care integration.

KEYWORDS Mental health. Community mental health services. Primary Health Care. Interdisciplinary placement.

¹Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem (EE), Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica (ENP) – São Paulo (SP), Brasil.
carlos-treichel@hotmail.com

²Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Departamento de Saúde Coletiva (DSC) – Campinas (SP), Brasil.



Introdução

Pessoas com transtornos mentais apresentam uma diferença significativa em sua mortalidade e expectativa de vida quando comparadas à população em geral¹. Estudos apontam que indivíduos com transtornos mentais têm uma expectativa de vida reduzida, em média, de 10 a 20 anos¹. Essa diferença é atribuída a vários fatores, incluindo o maior risco de condições de saúde física coexistentes, como doenças cardiovasculares e diabetes, bem como o maior índice de comportamentos de risco, como tabagismo e sedentarismo^{2,3}. Além disso, o acesso inadequado aos serviços de saúde e o estigma associado aos transtornos mentais contribuem para um tratamento insuficiente dessas condições³.

Destaca-se que a atenção primária, que se configura como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, frequentemente não consegue integrar eficazmente os cuidados de saúde mental em sua prática diária⁴. Isso se deve, em parte, à falta de capacitação dos profissionais de saúde para lidar com questões de saúde mental, além de barreiras estruturais e estigma, que dificultam o acolhimento e a continuidade do cuidado^{5,6}. Como resultado, muitos indivíduos com transtornos mentais acabam dependendo exclusivamente de serviços especializados, que, embora essenciais, podem ser insuficientes em termos de cobertura e integralidade⁶.

Uma alternativa que vem sendo adotada ao redor do mundo para enfrentar o desafio da baixa vinculação de pessoas com transtornos mentais na atenção primária é o modelo de cuidado compartilhado^{7,8}. Esse modelo promove a colaboração entre serviços especializados e a atenção primária, envolvendo a criação de parcerias entre especialistas e profissionais da atenção primária, permitindo um fluxo contínuo de informações e estratégias de manejo conjunto⁹.

No Brasil, uma proposta de cuidado compartilhado que tem sido implementada desde 2008 na rede de saúde é o apoio matricial¹⁰.

Essa estratégia integra equipes especializadas em saúde mental aos serviços de atenção primária, promovendo uma gestão colaborativa do cuidado¹¹. O apoio matricial busca oferecer suporte técnico-pedagógico contínuo aos profissionais da atenção primária, capacitando-os para lidar com questões de saúde mental de forma mais eficaz¹¹. Ao atuar como uma retaguarda especializada, as equipes matriciais fornecem suporte clínico direto e também participam do planejamento e da avaliação conjunta dos casos, ajudando a desenvolver planos de cuidado individualizados e compartilhados¹¹. Essa abordagem favorece a integralidade e a longitudinalidade do cuidado, garantindo que as necessidades de saúde mental e física sejam abordadas de maneira integrada e coordenada, e melhorando, assim, o acesso, a qualidade e os resultados dos serviços prestados aos pacientes¹¹.

Considerando as potencialidades desse arranjo organizacional, entre os anos de 2019 e 2022, a secretaria de saúde do município de Itatiba-SP realizou esforços para implementar o apoio matricial junto a sua rede de serviços. As 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que operavam no modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF), com um total de 19 equipes, passaram a receber suporte de uma equipe matriciadora composta por profissionais das equipes multidisciplinares vinculadas ao Centro de Atenção Psicossocial II (Caps II) e ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps-AD) do município. As reuniões de matriciamento incluíam a equipe matriciadora e representantes de duas a três equipes da ESF, garantindo pelo menos um encontro mensal para cada equipe. O município contava ainda com 06 UBS tradicionais, que não foram incluídas no matriciamento. Entre as expectativas a partir da implementação do apoio matricial no município estava o aumento do número de usuários que mantêm vínculo com a atenção primária após atendimento nos serviços especializados.

A fim de possibilitar a avaliação desse desfecho de forma anterior a implementação do

apoio matricial, foi conduzido um diagnóstico avaliativo acerca do funcionamento da rede de serviços do município. Nesse diagnóstico identificou-se que 56,9% dos usuários continuavam realizando atendimentos nesse ponto de atenção após ingressar nos serviços especializados¹².

No intuito de verificar eventuais mudanças nesse cenário, este estudo teve o objetivo de avaliar o impacto da implementação do apoio matricial na manutenção do vínculo com a atenção primária entre usuários de serviços especializados de saúde mental em uma cidade de médio porte no estado de São Paulo.

Material e métodos

Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo realizado com usuários da Rede de Atenção Psicossocial de Itatiba-SP, um município paulista de médio porte, com aproximadamente 120.000 habitantes, localizado a 80 km da capital do estado. O estudo teve dois pontos de medição (T0 e T1), com T0 realizado entre agosto e setembro de 2019 e T1 entre janeiro e fevereiro de 2022.

A população do estudo foi composta por usuários vinculados a três serviços especializados de saúde mental, a saber: um Caps-II, um Caps-AD e um Ambulatório de Especialidades. Segundo dados levantados anteriormente, cerca de 1958 usuários eram atendidos nesses serviços durante o período do estudo.

Os critérios para inclusão neste estudo estabeleceram que os participantes deveriam ter 18 anos ou mais e estar em atendimento no serviço há um período mínimo de um mês. Foram excluídos aqueles que informaram ter um diagnóstico de deficiência intelectual, uma condição que poderia afetar sua habilidade de responder ao questionário.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado utilizando uma abordagem específica para populações finitas, considerando o total de 1958 usuários (N). Adotou-se uma frequência hipotética do desfecho de 50% ($p = 0,50$),

pois esse valor reflete a maior variabilidade possível, garantindo um cenário conservador para a estimativa. O cálculo considerou um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de $\pm 5\%$ ($d = 0,05$), resultando em um tamanho amostral inicial de 322 usuários ($n = 322$). Para mitigar possíveis perdas durante a coleta de dados, foi acrescido um adicional de 20%, estabelecendo um total de 386 usuários a serem inicialmente contatados.

A seleção dos participantes foi realizada por amostragem aleatória simples. A partir de uma lista de usuários vinculados aos serviços, foram sorteados os prontuários de 386 usuários que atenderam aos critérios de inclusão. O primeiro contato com os participantes ocorreu por telefone, por meio do qual foram esclarecidos sobre seu direito de não participar do estudo, a possibilidade de interromper sua participação a qualquer momento e a garantia de anonimato. Dos usuários contatados, 341 aceitaram participar do estudo em T0 e 288 em T1.

Ressalta-se que a coleta de dados referente ao T1 foi realizada entre janeiro e fevereiro de 2021, em um contexto marcado pelos impactos da pandemia de covid-19. Esse período corresponde a aproximadamente um ano após o início da vacinação no Brasil, quando as primeiras doses começaram a ser administradas aos grupos prioritários. Durante esse momento, os serviços de saúde já haviam adaptado suas rotinas para garantir a segurança de profissionais e usuários, com a adoção de medidas como uso obrigatório de máscaras, higienização frequente das mãos e manutenção do distanciamento físico. Para viabilizar a participação dos sujeitos durante o período de restrições sociais, foram utilizadas estratégias como contatos telefônicos prévios, agendamento em horários específicos para evitar aglomerações e fornecimento de orientações detalhadas sobre os cuidados sanitários necessários.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário, que ocorreu nos próprios serviços, agendando-se para os dias em que os usuários já estavam presentes

para consultas ou para participar de outras atividades. Os questionários foram aplicados por seis estudantes de psicologia, uma médica e uma assistente social. Esses indivíduos foram selecionados por meio de processo seletivo e receberam treinamento específico quanto às questões do estudo. Antes da aplicação do questionário, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido em voz alta para o participante pelo administrador do questionário. Após esclarecimento de possíveis dúvidas, os participantes foram solicitados a assinar TCLE em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com o pesquisador.

O questionário, composto por 64 questões, incluiu perguntas sobre características sociodemográficas, ofertas terapêuticas recebidas, condições de saúde e satisfação com os serviços. Sua construção levou em conta uma revisão de literatura prévia quanto aos desfechos de interesse e a validação foi realizada em uma série de oficinas que reuniram pesquisadores, trabalhadores e usuários de serviços especializados em saúde mental.

Para avaliação da manutenção do vínculo com a atenção primária após acolhimento nos serviços especializados de saúde mental, definido como ao menos uma consulta em UBS nos últimos seis meses, foi utilizada a seguinte questão: 'Quanto tempo faz desde sua última consulta na atenção primária? (Para qualquer problema ou necessidade de saúde, mesmo que não esteja relacionado com a sua saúde mental)'.

As variáveis independentes incluídas neste estudo foram: sexo (feminino; masculino); cor (branca; parda; preta); idade (18–30; 31–45; 46–60; 61+); escolaridade (0 a 4 anos; 5 a 8 anos; 9+ anos); condição de trabalho remunerado (desempregado; empregado); renda *per capita* (< 0,5 salário mínimo; 0,5 a 1 salário mínimo; > 1 salário mínimo); diagnóstico (transtornos afetivos e neuróticos; psicose; abuso de substâncias psicoativas; ainda não diagnosticado); identificação da necessidade de cuidados de saúde mental (em situação de crise; autodiagnóstico seguido por demanda

espontânea; indicação de familiares e amigos; em consulta para queixas gerais); tempo até a primeira consulta (até 7 dias; até 30 dias; até 90 dias; 91+); local do primeiro atendimento (atenção primária; serviços hospitalares ou de emergência; ambulatório; Centros de Atenção Psicossocial; serviços privados); encaminhamento para o serviço atual (demanda espontânea; atenção primária; serviços hospitalares ou de emergência; ambulatório; serviço privado; assistência social ou judiciário) tempo para acessar o serviço atual (até 7 dias; até 30 dias; até 60 dias; > 60 dias); tempo de atendimento no serviço atual (até 1 ano; até 3 anos; até 5 anos; > 5 anos); cuidados prévios em saúde mental na atenção primária (não recebeu; recebeu); visitas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (não recebe; recebe); e percepção sobre rede de apoio (fraco; regular; forte).

As análises estatísticas foram conduzidas utilizando o *software* Stata 18 (Stata Corporation, College Station, Texas, EUA). A proporção do desfecho foi calculada tanto para a população geral quanto para cada estrato das variáveis independentes analisadas.

Associações entre o desfecho e as covariáveis foram testadas utilizando-se teste de chi-quadrado, para o qual definiu-se como diferença estatística significativa p -valor < 0,05. Dados faltantes foram excluídos da análise.

O estudo foi aprovado por um Comitê de Ética credenciado (CAAE: 00827918.8.0000.5404), seguindo as normas e diretrizes brasileiras para pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012¹³. Adicionalmente, o estudo esteve em conformidade com os dispostos da declaração de Helsinki¹⁴. Para reportar os resultados, foram adotadas as diretrizes Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)¹⁵.

Resultados

O estudo incluiu a participação de 341 indivíduos em T0, sendo 51,6% (n=176) do sexo

masculino, majoritariamente de cor branca (55,7% n=190) e com média de idade de 47,0 anos (DP=13,6). Em T1 o estudo contou com a participação de 288 indivíduos, sendo 51,3% (n=148) do sexo masculino, também de maioria

branca 42,5% (n=122) e com média de idade de 42,6 anos (DP=13,3). A caracterização completa dos participantes segundo as variáveis do estudo é apresentada na *tabela 1*.

Tabela 1. Apresenta o perfil dos participantes incluídos no estudo em seus dois pontos de medição, sendo T0 (n=341) realizado entre agosto e setembro de 2019 e T1 (n=288) entre janeiro e fevereiro de 2022. Itatiba-SP, 2024

	T0		T1	
	n	%(95%IC)	n	%(95%IC)
Sexo				
Feminino	165	48,4 (43,1 - 53,7)	140	48,6 (42,9 - 54,3)
Masculino	176	51,6 (46,3 - 56,9)	148	51,3 (45,6 - 57,1)
Cor				
Branca	190	55,7 (50,4 - 60,9)	122	42,5 (36,9 - 48,2)
Parda	119	34,9 (30,0 - 40,1)	99	34,4 (29,2 - 67,1)
Preta	32	09,4 (06,7 -12,9)	66	23,0 (18,5 - 28,2)
Idade				
18-30	44	12,9 (09,5 - 16,9)	57	19,7 (15,6 - 24,7)
31-45	113	33,1 (28,3 - 38,3)	112	38,8 (33,4 - 44,6)
46-60	124	36,4 (31,4 - 41,6)	96	33,3 (28,1 - 38,9)
61+	60	17,6 (13,9 - 21,9)	23	07,9 (05,3 - 11,7)
Escolaridade				
0 a 4 anos	65	19,1 (15,2 - 23,6)	17	05,9 (03,7 - 09,3)
5 a 8 anos	144	42,2 (37,1 - 47,5)	127	44,4 (38,7 - 50,2)
9+ anos	132	38,7 (33,7 - 44,0)	142	49,6 (43,9 - 55,4)
Trabalho				
Desempregado	264	77,4 (73,6 - 82,3)	189	65,6 (59,9 - 70,8)
Empregado	77	22,6 (18,5 - 27,3)	99	34,3 (29,1 - 40,0)
Renda per capita				
< 0,5 salário mínimo	80	24,8 (20,4 - 29,7)	66	28,2 (22,8 - 34,2)
0,5 a 1 salário mínimo	155	48,0 (42,6 - 53,4)	106	45,3 (39,0 - 51,7)
> 1 salário mínimo	88	27,2 (22,7 - 32,3)	62	26,5 (21,2 - 32,5)
Diagnóstico				
Transtornos afetivos e neuróticos	122	35,8 (30,9 - 41,0)	88	30,5 (25,5 - 36,1)
Psicose	74	21,7 (17,6 - 26,4)	62	21,5 (17,1 - 26,6)
Abuso de substâncias psicoativas	83	24,3 (20,1 - 29,2)	90	31,2 (26,1 - 36,8)
Ainda não diagnosticado	62	18,2 (14,4 - 22,6)	48	16,6 (12,8 - 21,4)
Identificação da necessidade de cuidados de saúde mental				
Em uma situação de crise	127	37,2 (32,3 - 42,5)	99	34,9 (29,6 - 40,7)
Autodiagnóstico seguido por demanda espontânea	95	27,9 (23,4 - 32,8)	104	36,7 (31,4 - 42,5)
Indicado por família e amigos	74	21,7 (17,6 - 26,4)	48	16,9 (13,0 - 21,7)
Em uma consulta para queixas gerais	45	13,2 (10,0 - 17,2)	32	11,3 (08,1 - 15,5)

Tabela 1. Apresenta o perfil dos participantes incluídos no estudo em seus dois pontos de medição, sendo T0 (n=341) realizado entre agosto e setembro de 2019 e T1 (n=288) entre janeiro e fevereiro de 2022. Itatiba-SP, 2024

	T0		T1	
	n	%(95%IC)	n	%(95%IC)
Tempo até à primeira consulta				
Até 7 dias	116	36,0 (31,0 - 41,4)	63	33,3 (27,0 - 40,3)
Até 30 dias	75	23,3 (19,0 - 28,2)	50	26,4 (20,6 - 33,1)
Até 90 dias	52	16,1 (12,5 - 20,6)	34	17,9 (13,1 - 24,0)
91+ dias	79	24,6 (18,4 - 31,6)	42	22,2 (20,3 - 40,1)
Local do primeiro atendimento				
Atenção primária	45	13,2 (10,0 - 17,2)	42	16,2 (12,2 - 21,2)
Serviços hospitalares ou de emergência	45	13,2 (10,0 - 17,2)	30	11,6 (08,2 - 16,1)
Ambulatório	99	29,0 (24,5 - 34,1)	50	19,3 (15,0 - 24,6)
Centro psicossocial	78	22,9 (18,7 - 27,6)	72	27,9 (22,7 - 33,6)
Serviço privado	74	21,7 (18,7 - 27,6)	64	24,8 (19,9 - 30,4)
Encaminhamento para o serviço atual				
Demanda espontânea	116	34,0 (29,2 - 39,2)	128	44,4 (38,8 - 50,2)
Atenção primária	75	22,0 (17,9 - 26,7)	82	28,4 (23,5 - 33,9)
Rede de urgência e emergência ou hospital	38	11,1 (08,2 - 14,9)	17	05,9 (03,7 - 09,2)
Ambulatório	77	22,6 (18,5 - 27,3)	23	07,9 (05,3 - 11,7)
Serviço privado	35	10,3 (07,5 - 13,9)	12	04,1 (02,4 - 07,1)
Assistência social/Judiciário	-	-	26	09,0 (06,2 - 12,9)
Tempo para acessar o serviço atual				
Até 7 dias	161	48,8 (43,4 - 54,2)	83	44,6 (37,6 - 51,8)
Até 30 dias	99	30,0 (25,3 - 35,1)	61	32,8 (26,4 - 39,8)
Até 60 dias	37	11,2 (08,2 - 15,1)	17	09,1 (05,7 - 14,1)
> 60 dias	33	10,0 (07,2 - 13,7)	25	13,4 (09,2 - 19,0)
Tempo de atendimento no serviço atual				
Até 1 anos	119	34,9 (30,0 - 40,1)	113	40,0 (34,5 - 45,8)
Até 3 anos	60	17,6 (13,9 - 22,0)	62	21,9 (17,5 - 27,1)
Até 5 anos	45	17,6 (13,9 - 22,0)	22	07,8 (05,2 - 11,5)
> 5 anos	117	34,3 (29,5 - 39,5)	85	30,1 (25,0 - 35,7)
Cuidados prévios em saúde mental na atenção primária				
Não recebeu	212	62,2 (56,9 - 67,1)	185	64,2 (58,5 - 69,5)
Recebeu	129	37,8 (32,8 - 43,1)	103	35,7 (30,4 - 41,4)
Visita de Agente Comunitário de Saúde				
Não recebe	206	60,4 (55,1 - 65,5)	175	60,7 (55,0 - 66,2)
Recebe	135	39,6 (34,5 - 44,9)	113	39,2 (33,7 - 44,9)
Percepção sobre rede de apoio				
Fraca	59	17,3 (13,7 - 21,7)	92	31,9 (26,8 - 37,5)
Regular	137	40,2 (35,1 - 45,5)	111	38,5 (33,1 - 44,2)
Forte	145	42,5 (37,4 - 47,8)	85	29,5 (24,5 - 35,0)

Fonte: elaboração própria.

Informações relacionadas ao desfecho do estudo foram obtidas para todos os participantes. A prevalência de manter um vínculo com a atenção primária (ou seja, ter comparecido aos serviços de atenção primária pelo menos uma vez nos últimos 6 meses) foi de

56,9% (IC 95% 51,5–62,0) em T0 e 67,1% (IC 95% 62,1–72,8) em T1. A proporção do desfecho para cada estrato das variáveis estudadas em ambos os pontos de medição pode ser observada na *tabela 2*.

Tabela 2. Apresenta a proporção do desfecho de acordo com cada estrato das covariáveis incluídas no estudo em seus dois pontos de medição, sendo T0 (n=341) realizado entre agosto e setembro de 2019 e T1 (n=288) entre janeiro e fevereiro de 2022. Itatiba-SP, 2024

	T0		T1		p-valor
	n	% (95%IC)	n	% (95%IC)	
Sexo					
Feminino	165	69,1 (61,8 - 75,6)	140	68,5 (60,4 - 75,6)	0,761
Masculino	176	45,4 (38,3 - 52,8)	148	66,8 (58,9 - 73,9)	
Cor					
Branca	190	59,5 (52,4 - 66,2)	122	68,0 (59,3 - 75,6)	0,997
Parda	119	58,8 (49,8 - 67,3)	99	67,6 (57,9 - 76,0)	
Preta	32	34,4 (20,4 - 51,6)	66	68,1 (56,2 - 78,1)	
Idade					
18-30	44	50,0 (34,8 - 64,2)	57	68,4 (55,5 - 79,0)	0,423
31-45	113	53,1 (0,43 - 0,62)	112	66,9 (57,8 - 74,9)	
46-60	124	60,5 (51,7 - 68,6)	96	64,5 (54,6 - 73,4)	
61+	60	61,7 (49,0 - 72,9)	23	82,6 (62,8 - 93,0)	
Escolaridade					
0 a 4 anos	65	60,0 (47,9 - 71,0)	17	76,4 (52,7 - 90,4)	0,694
5 a 8 anos	144	58,3 (50,2 - 66,1)	127	66,1 (57,5 - 73,7)	
9+ anos	132	53,8 (45,3 - 62,1)	142	67,6 (59,5 - 74,7)	
Trabalho					
Desempregado	264	60,2 (54,2 - 65,9)	189	66,1 (59,1 - 72,5)	0,431
Empregado	77	45,4 (34,8 - 56,5)	99	70,7 (61,1 - 78,7)	
Renda per capita					
< 0,5 salário mínimo	80	61,2 (50,3 - 71,2)	66	74,2 (62,5 - 83,2)	0,383
0,5 a 1 salário mínimo	155	54,8 (47,0 - 62,5)	106	67,9 (58,5 - 76,0)	
> 1 salário mínimo	88	61,4 (50,9 - 70,9)	62	62,9 (50,4 - 73,8)	
Diagnóstico					
Transtornos afetivos e neuróticos	122	72,1 (63,6 - 79,3)	88	73,8 (63,8 - 81,9)	0,486
Psicose	74	55,4 (44,1 - 66,2)	62	62,9 (50,4 - 73,8)	
Abuso de substâncias psicoativas	83	36,1 (26,6 - 46,9)	90	66,6 (56,4 - 75,5)	
Ainda não diagnosticado	62	56,4 (44,1 - 68,1)	48	64,5 (50,4 - 76,5)	
Identificação da necessidade de cuidados de saúde mental					
Em uma situação de crise	127	59,1 (50,4 - 67,2)	99	68,9 (59,0 - 76,9)	0,978

Tabela 2. Apresenta a proporção do desfecho de acordo com cada estrato das covariáveis incluídas no estudo em seus dois pontos de medição, sendo T0 (n=341) realizado entre agosto e setembro de 2019 e T1 (n=288) entre janeiro e fevereiro de 2022. Itatiba-SP, 2024

	T0		T1		p-valor
	n	% (95%IC)	n	% (95%IC)	
Autodiagnóstico seguido por demanda espontânea	95	55,8 (45,8 - 65,4)	104	70,1 (60,8 - 78,1)	
Indicado por família e amigos	74	45,9 (35,1 - 57,2)	48	66,6 (52,5 - 78,3)	
Em uma consulta para queixas gerais	45	71,1 (56,6 - 82,3)	32	68,7 (51,4 - 82,0)	
Tempo até à primeira consulta					
Até 7 dias	116	54,3 (45,2 - 63,1)	63	73,0 (60,9 - 82,4)	0,442
Até 30 dias	75	65,3 (54,0 - 75,1)	50	66,0 (52,1 - 77,5)	
Até 90 dias	52	53,8 (40,5 - 66,7)	34	73,5 (56,8 - 85,4)	
91+ dias	79	108,8 (78,3 - 13)	42	59,5 (44,4 - 72,9)	
Local do primeiro atendimento					
Atenção primária	45	71,1 (56,6 - 82,3)	42	78,5 (64,0 - 88,2)	0,631
Rede de urgência e emergência ou hospital	45	48,9 (35,0 - 63,0)	30	73,3 (55,5 - 85,8)	
Ambulatório	99	66,7 (56,9 - 75,2)	50	70,0 (56,2 - 80,9)	
Centro psicossocial	78	43,6 (33,1 - 54,6)	72	66,6 (55,1 - 76,4)	
Serviço privado	74	54,0 (42,8 - 64,9)	64	65,6 (53,4 - 76,0)	
Encaminhamento para o serviço atual					
Demanda espontânea	116	43,1 (34,4 - 52,2)	128	62,5 (53,8 - 70,4)	0,040
Atenção primária	75	73,3 (62,4 - 82,0)	82	79,2 (69,2 - 86,6)	
Serviços hospitalares ou de emergência	38	73,3 (62,4 - 82,0)	17	47,0 (32,6 - 61,4)	
Ambulatório	77	59,7 (48,6 - 70,0)	23	78,2 (68,1 - 88,3)	
Serviço privado	35	62,9 (46,3 - 76,8)	12	58,3 (31,9 - 80,6)	
Assistência social/Judiciário	-	-	26	65,3 (46,2 - 80,5)	
Tempo para acessar o serviço atual					
Até 7 dias	161	47,2 (39,6 - 54,9)	83	67,4 (56,8 - 76,5)	0,700
Até 30 dias	99	66,7 (56,9 - 75,2)	61	68,8 (56,4 - 79,0)	
Até 60 dias	37	64,9 (48,8 - 78,2)	17	58,8 (36,0 - 78,3)	
> 60 dias	33	69,7 (52,6 - 82,6)	25	76,0 (56,5 - 88,5)	
Tempo de atendimento no serviço atual					
Até 1 anos	119	50,4 (41,6 - 59,2)	113	68,1 (59,0 - 76,0)	0,787
Até 3 anos	60	45,0 (33,1 - 57,5)	62	70,9 (58,7 - 80,7)	
Até 5 anos	45	57,8 (43,3 - 71,0)	22	59,0 (38,7 - 76,7)	
> 5 anos	117	69,2 (60,4 - 76,9)	85	68,2 (57,7 - 77,1)	
Cuidados prévios em saúde mental na atenção primária					
Não recebeu	212	48,6 (41,9 - 55,3)	185	62,7 (55,5 - 69,3)	0,015
Recebeu	129	70,5 (62,2 - 77,7)	103	76,7 (67,6 - 83,8)	
Visita de Agente Comunitário de Saúde					
Não recebe	206	49,0 (42,3 - 55,8)	175	62,8 (55,4 - 69,6)	0,028
Recebe	135	68,9 (60,6 - 76,1)	113	75,2 (66,5 - 82,2)	

Tabela 2. Apresenta a proporção do desfecho de acordo com cada estrato das covariáveis incluídas no estudo em seus dois pontos de medição, sendo T0 (n=341) realizado entre agosto e setembro de 2019 e T1 (n=288) entre janeiro e fevereiro de 2022. Itatiba-SP, 2024

	T0		T1		p-valor
	n	% (95%IC)	n	% (95%IC)	
Percepção sobre rede de apoio					
Fraca	59	76,3 (64,0 - 85,3)	92	72,8 (62,9 - 80,8)	0,250
Regular	137	56,9 (48,6 - 64,9)	111	62,1 (52,8 - 70,6)	
Forte	145	49,0 (41,0 - 57,0)	85	69,4 (58,9 - 78,1)	

Fonte: elaboração própria.

Em T1, foram observadas diferenças significativas do ponto de vista estatístico em relação a ocorrência do desfecho e o serviço que realizou o encaminhamento do usuário para o serviço atual ($p=0,040$), recebimento de cuidados prévios de saúde mental na atenção primária ($p=0,015$) e recebimento de visitas de ACS ($p=0,028$).

Maiores prevalências de manutenção de vínculo com a atenção primária foram observadas entre os usuários encaminhados inicialmente pela própria atenção primária (79,2% $n=82$) e pelo ambulatório (78,2% $n=23$), já as menores prevalências referiam-se a indivíduos encaminhados por serviços hospitalares ou de emergência (47,0% $n=17$) e serviços privados (58,3% $n=12$).

No que se refere ao recebimento de cuidados de saúde mental na atenção primária, entre os que afirmaram ter recebido, a prevalência do desfecho foi de 76,7% ($n=103$) em comparação a 62,7% ($n=185$) entre os que não receberam. De forma semelhante, aqueles que afirmaram receber visita de ACS apresentaram uma prevalência do desfecho de 75,2% ($n=113$) comparada a 62,8% ($n=175$) entre os que não recebiam.

Discussão

Os resultados deste estudo sugerem que a implementação do apoio matricial teve um impacto positivo na manutenção do vínculo

dos usuários de serviços especializados de saúde mental com a atenção primária no município estudado. Observou-se um aumento na prevalência de usuários que mantiveram esse vínculo ao longo do tempo, passando de 56,9% em T0 para 67,1% em T1, indicando que o apoio matricial pode ter efeito sob o fortalecimento da continuidade do cuidado entre os serviços de saúde mental especializados e a atenção primária.

Embora os estudos voltados para avaliar quantitativamente a efetividade do apoio matricial no alcance de seus objetivos sejam escassos¹⁰, pesquisas conduzidas internacionalmente têm sido enfáticas em demonstrar que as propostas de cuidados colaborativos são efetivas para alcançar melhores resultados clínicos junto aos pacientes⁹. Esses estudos evidenciam que os modelos colaborativos garantem acesso em tempo oportuno aos serviços de saúde¹⁶, além de melhorar a satisfação tanto dos usuários quanto dos profissionais com os serviços recebidos e prestados¹⁷⁻¹⁹. Nosso estudo contribui com essa literatura ao adicionar uma outra perspectiva ainda pouco explorada, que é a manutenção do vínculo com a atenção primária, aspecto fundamental para continuidade no cuidado, integralidade e melhores desfechos de saúde para pessoas que convivem com transtornos mentais²⁰.

O aumento na manutenção do vínculo com a atenção primária, conforme evidenciado em nosso estudo, destaca uma perspectiva frequentemente negligenciada nas discussões

sobre apoio matricial. Embora o foco geralmente esteja nas possibilidades de acesso a cuidados especializados²¹, é essencial reconhecer que a continuidade do cuidado na atenção primária oferece às pessoas acesso a uma gama abrangente de serviços de saúde. Nesse contexto, é relevante mencionar que um estudo anterior revelou que, ao comparar usuários de diferentes níveis de atenção, aqueles que receberam cuidados mínimos de saúde física com maior frequência foram os atendidos na atenção primária²².

Embora nosso estudo não tenha explorado detalhadamente os mecanismos que levaram ao aumento da manutenção do vínculo com a atenção primária, é importante considerar duas possibilidades complementares. Primeiramente, o apoio matricial pode ter contribuído para a prevenção de rupturas no acompanhamento de novos casos, que não perderam acompanhamento na atenção primária após encaminhados para serviços especializados. Em segundo lugar, o apoio matricial também pode ter facilitado a contrarreferência de casos estabilizados ou crônicos da atenção especializada de volta para a atenção primária. Essa dinâmica é essencial para a organização eficiente da rede de cuidado, pois permite que a atenção especializada foque em casos mais complexos enquanto a atenção primária assume um papel central na continuidade do cuidado longitudinal¹¹.

Em ambas as situações, a interlocução promovida pelo apoio matricial é um elemento-chave do processo, pois estabelece uma comunicação efetiva entre os profissionais da atenção primária e os serviços especializados, garantindo que os usuários sejam acompanhados de forma contínua e integrada. Esse diálogo entre os pontos de atenção fortalece a coordenação do cuidado, amplia as possibilidades de retorno seguro à atenção primária e promove uma gestão mais equitativa e eficiente dos recursos disponíveis na rede de atenção à saúde mental¹¹.

Destaca-se que, embora os resultados de aumento do vínculo com a atenção primária

possam não parecer tão expressivos (cerca de 10%), eles são significativos considerando o contexto desfavorável em que foram obtidos. O período do estudo abrangeu parte do período pandêmico, quando o acesso aos serviços de saúde foi amplamente desafiado por restrições, medidas de isolamento social e redirecionamento de recursos para o combate à covid-19²³. Esses fatores dificultaram a continuidade dos cuidados e o acesso regular aos serviços de saúde, incluindo os de saúde mental²⁴. Portanto, o fato de ter havido um aumento no vínculo com a atenção primária, mesmo diante dessas adversidades, ressalta a resiliência do apoio matricial como estratégia de integração dos cuidados de saúde mental, evidenciando seu potencial para fortalecer a continuidade do cuidado mesmo em circunstâncias desafiadoras.

Entendemos que é fundamental reconhecer que o delineamento do nosso estudo não nos permite atribuir de forma conclusiva o aumento do vínculo com a atenção primária ao apoio matricial. Nossos resultados devem ser interpretados com cautela, pois não utilizamos um delineamento experimental rigoroso que pudesse isolar o efeito do apoio matricial de outros fatores potenciais. Além disso, não consideramos controle por outros aspectos que poderiam influenciar as mudanças observadas, como políticas locais de saúde, variações nos recursos disponíveis ou alterações nas práticas clínicas durante o período do estudo. Portanto, enquanto nossos achados são indicativos de uma tendência positiva, são necessárias investigações adicionais, preferencialmente com desenhos metodológicos mais robustos, para confirmar a contribuição específica do apoio matricial para o fortalecimento do vínculo com a atenção primária.

A despeito dessa limitação, cabe destacar que uma análise mais detalhada de nossos resultados revelou associações significativas entre o desfecho de manutenção do vínculo e algumas variáveis específicas. Pontua-se que o serviço responsável pelo encaminhamento para o serviço atual foi um fator significativo,

com usuários encaminhados pela própria atenção primária ou por ambulatorios apresentando maiores taxas de manutenção do vínculo. Assim, corroborando com estudos anteriores^{12,25}, esses resultados sugerem que a origem do encaminhamento pode influenciar a continuidade do cuidado, possivelmente refletindo a eficácia dos processos de transição e comunicação entre os serviços.

O recebimento prévio de cuidados de saúde mental na atenção primária também foi associado a uma maior prevalência de manutenção do vínculo, indicando que o envolvimento inicial com a atenção primária pode promover uma continuidade de cuidado mais efetiva. Essa associação pode ser explicada pela maior familiaridade dos pacientes com os serviços e profissionais da atenção primária, bem como pela possível continuidade das intervenções iniciadas nesses serviços.

Além disso, a visita de ACS foi identificada como um fator associado à manutenção do vínculo, sugerindo que a presença desses profissionais no acompanhamento dos pacientes pode facilitar a comunicação e o acesso aos serviços de atenção primária. Destaca-se que os ACS podem desempenhar um papel crucial na integração do cuidado, atuando como uma ponte entre os usuários e os serviços de saúde, o que pode contribuir para uma maior adesão ao tratamento e continuidade do cuidado^{26,27}. Ainda assim, é importante destacar que o envolvimento dos profissionais da atenção primária, especialmente os ACS, em ações de saúde mental, como o apoio matricial, é frequentemente negligenciado¹⁰. Nesse sentido, nossos resultados ressaltam a necessidade de valorização desses profissionais e inclusão nas discussões sobre a integração dos cuidados de saúde mental e geral.

Por fim, além das limitações já mencionadas, outros elementos que devem ser considerados na interpretação dos resultados dizem respeito às informações terem sido obtidas de forma autorreferida e retrospectiva, o que pode introduzir vieses de memória e informação, afetando a precisão dos dados relatados pelos

participantes. Adicionalmente, o estudo incluiu apenas indivíduos que acessaram os serviços especializados e permaneceram vinculados a eles, o que limita sua representatividade, não refletindo necessariamente as experiências de todas as pessoas com transtornos mentais no município estudado.

Conclusões

Este estudo demonstrou que a implementação do apoio matricial desempenhou um papel relevante na manutenção do vínculo dos usuários com a atenção primária, com um aumento na prevalência do desfecho entre os períodos analisados. Este resultado sublinha a relevância dessa estratégia para fortalecer a continuidade do cuidado e a integração entre os serviços especializados de saúde mental e a atenção primária, promovendo um modelo de atenção mais colaborativo e integrado.

As diferenças observadas entre as diferentes origens de encaminhamento sugerem a necessidade de políticas e práticas que garantam uma transição com mais corresponsabilização entre os níveis de cuidado, especialmente para aqueles provenientes de serviços hospitalares ou privados, que apresentaram menor manutenção do vínculo com a atenção primária após o atendimento em serviços especializados.

Destacou-se ainda a associação positiva entre o recebimento prévio de cuidados de saúde mental na atenção primária e a manutenção do vínculo. Esse aspecto sinaliza que o envolvimento inicial dos usuários com a atenção primária favorece a familiaridade com os serviços, o que pode facilitar a continuidade das intervenções e a adesão ao cuidado a longo prazo.

Por fim, destaca-se a relevância das visitas realizadas pelos ACS, que também se mostraram associadas a uma maior prevalência de manutenção do vínculo. Esse achado reforça o papel crucial dos ACS como facilitadores do acesso e da comunicação entre os usuários e os serviços de saúde, evidenciando a importância

de sua valorização e capacitação em ações de saúde mental no contexto do apoio matricial.

Nesse sentido, nossos resultados indicam que o apoio matricial, além de promover a integração entre os serviços especializados e a atenção primária, também potencializa o papel dos profissionais e processos que atuam na interface entre esses serviços, contribuindo para uma atenção mais efetiva e integral. Reforça-se, assim, a necessidade de ampliar e consolidar estratégias como o apoio matricial, considerando seu impacto positivo na continuidade do cuidado e na organização das redes de atenção à saúde mental.

Colaboradores

Silva BM (0009-0006-9486-9509)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Campos RTO (0000-0003-0469-5447)* contribuiu para concepção e delineamento do estudo e revisão crítica do manuscrito. Treichel CAS (0000-0002-0440-9108)* contribuiu para concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. ■

Referências

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all [Internet]. Geneva: WHO; 2022. [acesso em 2024 ago 25]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789240049338>
2. Reilly ST, Olier I, Planner C, et al. Inequalities in physical comorbidity: a longitudinal comparative cohort study of people with severe mental illness in the UK. *BMJ Open*. 2015;5(9):e009010. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009010>
3. Storm M, Fortuna KL, Gill EA, et al. Coordination of services for people with serious mental illness and general medical conditions: perspectives from rural northeastern United States. *Psychiatr Rehabil J*. 2020;43(3):234-43. DOI: <https://doi.org/10.1037/prj0000404>
4. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de atenção psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(3):e00042620. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>
5. Athié K, Menezes AL, Silva AM, et al. Perceptions of health managers and professionals about mental health and primary care integration in Rio de Janeiro: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):532. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1740-8>
6. Amaral C, Onocko-Campos R, Oliveira P, et al. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. *Int J Ment Health Syst*. 2018;12:65. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0237-8>
7. Kates N. Mental health and primary care: contributing to mental health system transformation in Canada. *Can J Commun Ment Health*. 2017;36(4):33-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.7870/cjcmh-2017-033>
8. Sutter M, Sutter A, Sundahl N, et al. Inter-professional collaboration reduces the burden of caring for patients with mental illnesses in primary healthcare. A realist evaluation study. *Eur J Gen Pract*. 2019;25(4):236-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13814788.2019.1640209>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Reist C, Petiwala I, Latimer J, et al. Collaborative mental health care: a narrative review. *Medicine (Baltimore)*. 2022;101(52):e32554. DOI: <https://doi.org/10.1097%2FMD.0000000000003254>
10. Treichel CAS, Campos RTO, Campos GWS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do Apoio Matricial em saúde mental no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e180617. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.180617>
11. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
12. Treichel CAS, Bakolis I, Onocko-Campos RT. Determinants of timely access to Specialized Mental Health Services and maintenance of a link with primary care: a cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst*. 2021;15:84 DOI: <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00507-6>
13. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:59.
14. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. Fortaleza: World Medical Association; 2013 [acesso em 2024 jan 5]. Disponível em: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>
15. von Elm E, Altman DG, Egger M, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *PLoS Med*. 2007;4(10):e296. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040296>
16. Tong G, Xiang Y-T, Xiao L, et al. Measurement-based care versus standard care for major depression: a randomized controlled trial with blind raters. *Am J Psychiatry*. 2015;172(10):1004-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14050652>
17. Grote NK, Katon WJ, Lohr MJ, et al. Culturally relevant treatment services for perinatal depression in socio-economically disadvantaged women: the design of the MOMCare study. *Contemp Clin Trials*. 2014;39:34-49. DOI: <https://doi.org/10.1016%2Fj.cct.2014.07.001>
18. Grote NK, Katon WJ, Russo JE, et al. Collaborative care for perinatal depression in socioeconomically disadvantaged women: a randomized trial. *Depress Anxiety*. 2015;32(11):821-34. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22405>
19. Jackson-Triche ME, Unützer J, Wells KB. Achieving mental health equity: collaborative care. *Psychiatr Clin North Am*. 2020;43(3):501-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2020.05.008>
20. Dimenstein M, Macedo JP, Fontenele MG. Atenção psicossocial nos serviços de atenção primária à saúde: desafios à integração no Brasil. *Mental*. 2022;14(25):1-13. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1679-4427.v14n25.0004>.
21. Lima MC, Gonçalves TR. Apoio matricial como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. *Trab educ saúde*. 2020;18(1):e0023266. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00232>
22. Treichel CAS, Campos RTO. Avaliação da atuação da rede comunitária de saúde mental em um município paulista de médio porte. *Saúde debate*. 2022;46(132):121-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213208>
23. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saúde Pública*. 2020;36(8):e00149720. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>
24. 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. *Saude soc*. 2022;31(4):e210649pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-1290202210649pt>

25. MacDonald K, Fainman-Adelman N, Anderso K, et al. Pathways to mental health services for young people: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol.* 2018;53(10):1005-38. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1578-y>
26. Silva MAC, Aguiar MGG, Moreira TDS. Entre os nós da rede de saúde mental: as práticas de agentes comunitários de saúde. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2017;40(3):500-12. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n3.a2185>
27. Amaral CEM, Torrenté MON, Torrenté M, et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. *Interface (Botucatu).* 2018;22(66):801-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0473>

Recebido em 14/08/2024

Aprovado em 30/12/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp)

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

A recomposição do movimento sanitário na conjuntura 2013-2022: organicidade e ampliação dos sujeitos políticos coletivos

The recomposition of the health movement in the 2013-2022 context: Organicity and expansion of collective political subjects

Jamilli Silva Santos¹, Carmen Fontes Teixeira²

DOI: 10.1590/2358-289820251449805P

RESUMO O objetivo deste trabalho é descrever e analisar a composição do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) no período 2013-2022, partindo do pressuposto de que a composição original pode ter se modificado em função das mudanças no cenário sociopolítico e da capacidade de mobilização dos militantes junto a diversos sujeitos políticos na conjuntura mais recente. Parte de um estudo mais amplo, a metodologia deste artigo utiliza a análise de documentos e notícias veiculados nos sites do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), e entrevistas realizadas com informantes-chave. Os resultados indicam a permanência do protagonismo político de sujeitos políticos coletivos historicamente vinculados ao MRSB, como o Cebes e a Abrasco, em torno dos quais se agregaram entidades que atuam no espaço setorial da saúde. Com a criação da Frente pela Vida (FpV), em 2020, verificou-se a ampliação do movimento, pela agregação de organizações e entidades que atuam no espaço societal. Conclui-se que o MRSB se mantém vivo e atuante, destacando-se que a atuação da FpV pode sinalizar a retomada da ‘via sociocomunitária’ na defesa da democracia, da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Ativismo político. Reforma do setor saúde. Política de saúde.

ABSTRACT The objective of this paper is to describe and analyze the composition of the Brazilian Health Care Reform Movement (MRSB) in the period 2013-2022, assuming that the original composition of the movement may have changed due to changes in the sociopolitical scenario and the ability of activists to mobilize with various political actors in the most recent context. Part of a broader study, the methodology of this article uses the analysis of documents and news published on the websites of Brazilian Center for Health Studies (CEBES) and the Brazilian Association of Public Health (ABRASCO), and interviews conducted with key informants. The results indicate the continued political protagonism of collective political actors historically linked to the MRSB, such as CEBES and ABRASCO, around which entities operating in the health sector have gathered. With the creation of the Frente pela Vida (FpV) in 2020, the movement expanded through the aggregation of organizations and entities that operate in the societal space. It is concluded that the MRSB remains alive and active, highlighting that the actions of the FpV may signal the resumption of the ‘socio-community path’ in the defense of democracy, Brazilian Health Reform and the Unified Health System.

KEYWORDS Political activism. Health care reform. Health policy.

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Escola de Enfermagem – Salvador (BA), Brasil.
jamilli.santos@ufba.br

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Humanidades Artes e Ciências (IHAC) – Salvador (BA), Brasil.



Introdução

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) vem sendo estudada como um fenômeno sócio-histórico, desencadeado em meados dos anos 1970, a partir da conformação do movimento sanitário ou Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB)^{1,2}.

A articulação desse movimento envolveu, originariamente, o movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), entidade que estabeleceu as bases conceituais e políticas da proposta contida no documento 'A questão democrática na área da saúde'³; a mobilização de Médicos Residentes e a articulação de entidades representativas de profissionais de saúde, principalmente o Movimento de Renovação Médica⁴; a mobilização de docentes e pesquisadores das áreas de medicina preventiva e social, saúde pública e saúde comunitária¹; e o Movimento Popular em Saúde (Mops), que emergiu de experiências comunitárias católicas em bairros das periferias urbanas, principalmente nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo^{5,6}.

Essa articulação resultou na luta pelo reconhecimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado na Constituição Federal de 1988 e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja implementação, ao longo dos últimos 35 anos, tem sido atravessada por enormes dificuldades decorrentes da adoção de políticas neoliberais, a partir dos anos 1990, e, mais recentemente, dos efeitos da crise econômica de 2008 e das mudanças no cenário político a partir de 2013⁷.

No que diz respeito à atuação do MRSB nesse período, uma revisão da produção científica⁸ evidenciou que, a partir da refundação do Cebes, em 2006^{9,10}, ocorreu a retomada do movimento sanitário, em um contexto marcado pelo refluxo e pela reconfiguração das lutas políticas e dos movimentos sociais^{7,11,12}. Também foram localizados alguns trabalhos que analisam as trajetórias do Cebes e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)¹³⁻¹⁵,

teses e dissertações¹⁶⁻¹⁹, e publicações diversas com temas relacionados à RSB²⁰⁻²².

Poucas publicações se dedicam à problematização das formas de organização e estratégias de atuação do movimento sanitário na conjuntura posterior às jornadas de junho de 2013, na qual a relação entre democracia e saúde foi recolocada no centro do debate político²³⁻²⁵, estimulando a reflexão sobre até que ponto o MRSB está 'vivo' e como tem se posicionado diante da ação/omissão do Estado em face dos problemas de saúde e dos desafios postos ao sistema de saúde, ou seja, até que ponto o MRSB tem resistido, enfraquecido ou se revitalizado perante as múltiplas crises – política, econômica, social e sanitária – que o País tem atravessado.

O objetivo deste artigo, portanto, é descrever e analisar a composição do MRSB no período 2013-2022, levando em conta que a composição original pode ter se modificado em função das mudanças no cenário socio-político mais geral da sociedade brasileira, e, especialmente, das análises de conjuntura feitas por suas lideranças e da capacidade de mobilização e de ação dos seus militantes junto aos diversos sujeitos políticos no âmbito do Estado e/ou da sociedade civil.

Material e métodos

A literatura acerca do MRSB evidencia divergências com relação à sua caracterização enquanto um 'movimento social'^{1,2,5}, apontando a ausência de uma base social ampla, porquanto esse movimento tem sido constituído a partir da articulação de entidades e associações de profissionais de saúde, docentes e pesquisadores da área de saúde coletiva, sendo que a participação de sindicatos e organizações populares tem se dado, na maioria das vezes, pela adesão de dirigentes dessas organizações, não envolvendo o contingente de população por eles representado.

Apesar disso, assume-se neste estudo como ponto de partida o conceito de 'movimento

social' sistematizado por Gohn²⁶, entendendo que o MRSB pode ser considerado um movimento social composto por sujeitos individuais e coletivos que, enquanto 'atores sociais'²⁷, articulam-se em torno de proposições políticas com relação à ação do Estado na área de saúde, desenvolvendo uma *práxis*^{28,29} que contempla a participação e a tomada de posição no processo político que ocorre no âmbito do setor saúde e no espaço societal²⁷.

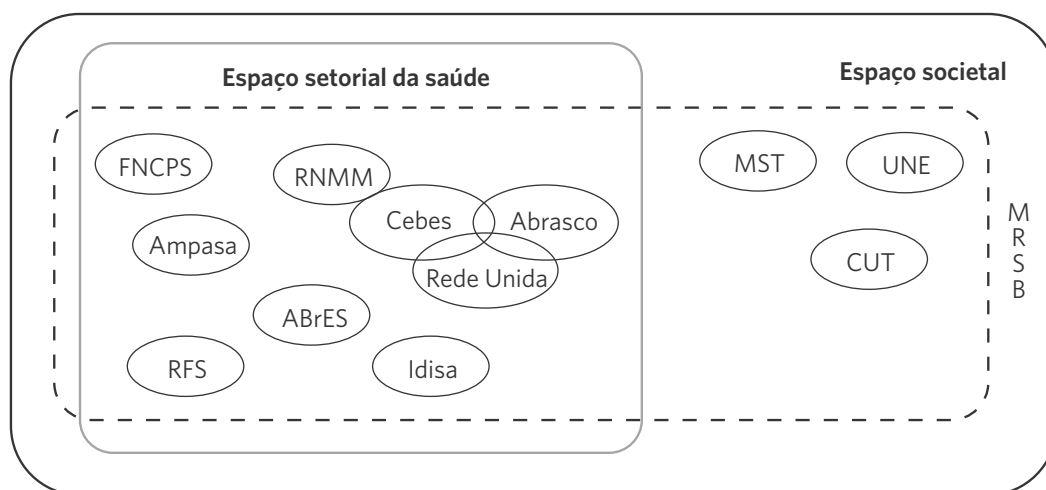
Considerando a correlação de forças políticas da sociedade brasileira, investigou-se a composição do movimento no período mais recente tomando como ponto de partida a análise de documentos e notícias veiculados nos sites do Cebes e da Abrasco. Foram também realizadas entrevistas com representantes dessas entidades e informantes-chave identificados por meio da técnica 'bola de neve'³⁰, sendo que 15 informantes concordaram em participar do estudo, incluindo intelectuais orgânicos do MRSB e representantes de entidades vinculadas ao MRSB.

Assim, tendo em vista a proposta metodológica de Gohn²⁶ para análise dos movimentos sociais, o estudo do MRSB contemplou duas dimensões: composição e organização. A análise da composição do MRSB partiu da identificação de seus sujeitos e entidades, bem como das semelhanças e diferenças com relação à composição do movimento em sua emergência, ou seja, tratou-se de caracterizar as mudanças que ocorreram ao longo do

tempo, comparando-se os achados derivados da revisão documental acerca do período em estudo com informações extraídas da revisão bibliográfica sobre o MRSB em suas origens. Ademais, buscou-se, também, analisar a forma como esses sujeitos e entidades se organizam, ou seja, como se caracteriza a sua estrutura formal (estabelecimento de funções, divisões de tarefas, cargos, tempo de mandato, entre outras) ou informal (atuação mais no plano das ideias).

Dessa forma, foi possível identificar um núcleo central do MRSB composto por Cebes, Abrasco e outras entidades que atuam no espaço setorial da saúde e se articularam ao movimento no processo de luta pela RSB e pelo SUS, quais sejam: Associação Brasileira Rede Unida (Rede Unida), Associação Brasileira de Economia em Saúde (ABrES), Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa), Rede Feminista de Saúde (RFS), Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa), Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) e Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares (RNMMP). Ademais, foram analisadas 3 entidades que atuam no espaço societal: a União Nacional dos Estudantes (UNE), a Central Única dos Trabalhadores (CUT) e o Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra (MST), buscando-se identificar sua possível adesão ao projeto do MRSB (*figura 1*).

Figura 1. Entidades do MRSB, no período 2013-2022, segundo espaço social em que atuam



Fonte: elaboração própria.

Foram cumpridos os critérios estabelecidos pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012³¹ e nº 510/2016³² e orientações para procedimentos em pesquisas em ambiente virtual definidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa³³, sendo o projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva conforme Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 50945621.8.0000.5030 e parecer nº 5.034.236.

Resultados

A seguir, são apresentadas as características gerais das principais entidades que compõem o MRSB, incluindo as posições com relação à política e ao sistema de saúde, o espaço de atuação, finalidades, natureza e composição de suas bases.

Cebes e Abrasco: entidades orgânicas ao MRSB

O Cebes assume posições políticas sobre diversos e controversos temas (contrárias ao capitalismo, ao fascismo, ao patriarcado, à homofobia, à lesbofobia, à transfobia e ao racismo, e em defesa da legalização do aborto),

realizando ações de articulação política e mobilização da sociedade, tendo em vista a defesa da democracia e da saúde em uma perspectiva suprapartidária, embora muitas de suas lideranças, de ontem e de hoje, tenham vinculação orgânica com partidos do campo da esquerda^{34,35}.

A Abrasco, por sua vez, constitui uma entidade científica cujos associados são indivíduos e instituições vinculados ao campo da saúde coletiva, atuando no fortalecimento desse campo e na ampliação do diálogo da comunidade científica com os serviços de saúde³, contribuindo, desde a sua criação, para a luta pela democratização da saúde pautada no projeto de Reforma Sanitária^{13,36,37}.

Desde a emergência do MRSB, Cebes e Abrasco têm protagonizado a organização do processo da RSB, nem sempre concomitantemente³⁸, com períodos de maior ou menor mobilização política, por influências externas da conjuntura e/ou questões internas, a exemplo da ocorrência de crises que demandaram, inclusive, no caso do Cebes, sua refundação em 2006¹⁰.

A ação política dessas entidades deriva do “conjunto de crenças, valores e ideais que fundamentam suas reivindicações”²⁶⁽²⁵⁸⁾ e do seu projeto político. Assim, a Abrasco tem uma atuação mais ‘circunscrita’ ao setor saúde,

enquanto o Cebes, com projeto mais amplo e composição mais difusa, busca incidir nas relações (estruturais) entre saúde e sociedade que determinam as condições de vida da população, assumindo, inclusive, posição sobre diversos temas do debate político geral como a posição contrária ao capitalismo e à mercantilização da saúde, a favor da descriminalização das drogas e da legalização do aborto. Entretanto, apesar das diferenças na identidade, composição e formas de organização interna, as proposições para a saúde apresentadas são, em geral, convergentes e alinhadas com o ideário da RSB, com a defesa dos direitos sociais e, em particular, com o direito universal à saúde³⁹.

Entidades articuladas ao MRSB

A Rede Unida⁴⁰ é uma associação internacional que

[...] articula projetos, instituições e pessoas interessadas na construção coletiva de sistemas de saúde públicos, de acordo com os princípios da universalização, equidade, participação social, respeito à diferença, preservação da natureza, e defesa da democracia.

A entidade visa a contribuir para a “renovação permanente na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde”⁴¹⁽⁷⁾ e desenvolve uma série de ações como assessoria, consultoria, pesquisa e produção editorial, além de cursos, simpósios e atividades de comunicação social, a fim de influenciar as políticas públicas de saúde e educação⁴⁰⁻⁴².

A ABrES⁴³ reúne professores, pesquisadores e estudantes, além de gestores, técnicos e profissionais do SUS,

[...] interessados na área da economia da saúde, colaborando para o seu desenvolvimento científico, sua difusão acadêmica e sua aplicação no sistema de saúde brasileiro e latino-americano.

Essa associação aciona um

conjunto de elementos teóricos e metodológicos do campo da economia da saúde capazes de subsidiar a formulação de políticas públicas, o planejamento e a gestão do SUS⁴⁴.

O Idisa reúne, além de especialistas e estudiosos da gestão pública do SUS, que militam no meio acadêmico, especialistas em direito sanitário que atuam no Ministério Público, na magistratura e nas três esferas de gestão do sistema, com ampla produção técnica^{45,46}. Defende o SUS e atua na formação e capacitação de gestores e trabalhadores do SUS, bem como na

[...] realização de estudos, pesquisas e ações no tocante à legitimidade e legalidade dos atos pertinentes à organização, à gestão e ao efetivo funcionamento do sistema de saúde⁴⁷.

A RFS é integrada por organizações não governamentais, grupos feministas, pesquisadoras e grupos acadêmicos de pesquisa, conselhos e fóruns de direitos das mulheres, além de ativistas do movimento de mulheres e feministas, profissionais da saúde e outras que atuam no campo da saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos, reconhecendo a violência sexual, racial e doméstica como violações dos direitos humanos, além de defender a legalização do aborto⁴⁸.

A Ampasa, criada em 2004, é constituída por membros dos Ministérios Públicos dos Estados, do Distrito Federal e Territórios e da União, da ativa e aposentados. Verificou-se certo alinhamento dos objetivos da entidade com o movimento sanitário na medida em que defende o

[...] direito fundamental da saúde, [...] velando pela sua plena implementação, adequação, efetividade, eficiência, eficácia, progressividade, financiamento e não retrocesso constitucional⁴⁹.

A FNCPS, criada em 2010, originou-se da articulação dos Fóruns de Saúde dos estados de Alagoas, Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo e do

município de Londrina em torno da procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1923/98, contrária à Lei nº 9.637/98, que criou as Organizações Sociais de Saúde (OSS), que tramitava no Supremo Tribunal Federal desde 1998. Posteriormente, outras entidades e sindicatos aderiram a esse movimento, com a criação de novos fóruns de saúde estaduais e municipais⁵⁰. Entre suas proposições, defende a Auditoria Cidadã da Dívida Pública, a eliminação de todos os ‘novos’ modelos de gestão (OSS, Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh e Parceria Público-Privada – PPP), defende a seguridade social, políticas sociais intersetoriais e, ainda,

[...] as lutas dos trabalhadores com vistas à superação da sociedade capitalista, a defesa intransigente de uma sociedade justa, plena de vida, sem discriminação de gênero, etnia, raça, orientação sexual e sem divisão de classes sociais⁵¹.

A RNMMP surgiu em 2015 da necessidade de fazer um contraponto à ofensiva conservadora na categoria médica, com o objetivo de constituir um polo aglutinador de profissionais e estudantes de Medicina sensíveis às causas populares, além de defender o direito universal à saúde – um SUS público, integral, equânime e de qualidade – e enfatizar que a formação médica deve “atender às necessidades do povo brasileiro em sua totalidade e não aos interesses mercantis”⁵².

A UNE, fundada em 1937, atualmente, representa cerca de seis milhões de universitários do País⁵³ e se articulou ao MRSB na conjuntura recente. Entre suas proposições políticas gerais, a temática da saúde aparece de forma indireta associada à defesa de políticas públicas que respeitem a diversidade e sejam sustentáveis do ponto de vista social e ambiental, além do fortalecimento da democracia e da redução das desigualdades sociais⁵⁴.

A CUT, associação civil composta por organizações sindicais de trabalhadoras e

trabalhadores, está entre as entidades do campo sindical que há mais tempo se relacionam com o MRSB⁵⁵. Suas proposições relativas à saúde incluem a defesa da saúde “100% pública, gratuita e de qualidade para todos (as)”⁵⁶⁽⁷³⁾.

O MST foi fundado em 1984 com o objetivo de lutar pela terra, pela reforma agrária e por uma sociedade justa e fraterna. Principal movimento social do campo no Brasil e um dos mais importantes no mundo, o MST defende um projeto popular para o Brasil, fruto da organização e mobilização dos trabalhadores rurais e urbanos, que buscam transformar a realidade e garantir direitos sociais^{57,58}.

A ampliação e rearticulação do MRSB, de 1976 a 2022

A partir da caracterização das entidades que se articularam em torno dos princípios e das propostas do MRSB, pode-se constatar que, embora representem e defendam interesses de grupos específicos, essas entidades apresentam proposições políticas mais amplas que dialogam entre si, vez que defendem a necessidade de mudanças na organização social e política brasileira, com redução de desigualdades, eliminação da pobreza e promoção da justiça social. Assim, defendem a democracia, a garantia dos direitos sociais, e vinculam suas demandas e reivindicações à construção de um projeto de desenvolvimento nacional sustentável e soberano, relacionado a questões diversas como a realização de reformas (Agrária, Política), democratização da cultura e da comunicação, além do combate a todas as formas de violência e discriminação.

Pode-se depreender que essas proposições políticas mais amplas constituem o ‘princípio articulatório externo’²⁶ em torno do qual essas entidades se agregaram e se articularam ao MRSB, em distintas conjunturas, contribuindo para a atualização permanente da análise da situação e da elaboração de proposições, críticas e reações em defesa do direito universal à saúde, do SUS e da democracia.

De fato, desde a criação do Cebes, em 1976, e da Abrasco, em 1979, ocorreu, paulatinamente, a agregação das entidades que atuam no espaço setorial da saúde. Nos anos 1980, no processo de mobilização em torno da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da Assembleia Nacional Constituinte, agregaram-se a Associação Paulista de Saúde Pública (APSP) e a Rede Unida. A partir de meados da década de 1990, com a implantação do SUS, deu-se a aproximação da ABrES, do Idisa e da RFS, em um cenário de refluxo dos movimentos sociais no qual o debate em torno da RSB esteve ausente da agenda do governo¹⁴, e do discurso do próprio movimento sanitário². Com a mudança do cenário político, em 2003, entretanto, retomou-se um debate acerca da necessidade de se rearticular o MRSB, sendo criado o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (FRSB), em 2005, sob a liderança da Abrasco e do Cebes, incluindo a Rede Unida, Idisa, ABrES, Ampasa e, posteriormente, a APSP.

A despeito de suas especificidades, verificou-se que, enquanto entidades vinculadas ao setor saúde, todas têm como eixo central de suas proposições políticas a defesa do direito universal à saúde, o que, retomando as categorias analíticas indicadas por Gohn²⁶, pode ser considerado como princípio articulatório interno, vez que em torno dele se agregaram as entidades consideradas orgânicas do movimento sanitário (Cebes e Abrasco), além das demais que foram se aproximando nas conjunturas seguintes, compondo suas bases, seja pela congruência mais ampla de perfil (APSP, Rede Unida, RFS, FNCPS e RNMMP), seja pela contribuição ao MRSB diante da sua expertise em temas mais específicos relacionados à saúde (ABrES, Idisa e Ampasa).

A partir de 2013, configurou-se uma conjuntura complexa marcada por diversas modificações regressivas associadas ao fortalecimento de grupos conservadores, da direita, do ultraliberalismo econômico, do autoritarismo e do neofascismo⁵⁹, com o fortalecimento de organizações e partidos do campo da direita e da ultradireita, enfraquecimento de partidos

do centro político e rearticulações das organizações de esquerda e do próprio movimento popular, que têm enfrentado o crescimento das igrejas evangélicas neopentecostais⁶⁰. Nesse período, o movimento sanitário manteve uma participação frequente no debate de temas controversos no âmbito da Política de saúde, especialmente a partir do ano de 2015, quando a mudança da direcionalidade das políticas adotadas pelos governos posteriores ao impedimento da presidente eleita, em 2014, agudizou a crise e o desmonte progressivo do SUS⁷.

A eclosão da pandemia da covid-19, em 2020, marcou, entretanto, um momento de rearticulação do MRSB com a criação da Frente pela Vida (FpV), quando se colocou o desafio de enfrentar o negacionismo e o descaso do Governo Federal com o enfrentamento da pandemia, e se revitalizou o debate em torno da defesa da democracia⁶¹. A organização da FpV estimulou a articulação das entidades do MRSB que atuam no espaço setorial da saúde, com um conjunto de entidades e organizações da sociedade civil que atuam no espaço societal mais amplo, ultrapassando as articulações anteriores promovidas pelo Cebes, Abrasco e outras entidades orgânicas do movimento sanitário, cabendo destacar a participação do CNS, que atuou ativamente junto à frente, compondo, com Cebes, Abrasco, Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) e Rede Unida o núcleo central de entidades responsáveis por sua criação e direção⁶².

O lançamento oficial da FpV deu-se em uma conferência on-line realizada em 29 de maio de 2020. Depois disso, outras entidades científicas da saúde se agregaram ao movimento, como ABrES, APSP, Associação Brasileira de Médicas e Médicos pela Democracia (ABMMD), RNMMP, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e várias outras. Uma das primeiras atividades da recém-criada FpV foi a primeira Marcha Virtual pela Vida, realizada em 9 de junho de 2020, que contou com o apoio de mais de 500 entidades, além de movimentos sociais, artistas, ativistas e intelectuais^{63,64}. Em 2021, a Frente já contava com mais de 560 entidades científicas e

organizações representativas de diversos segmentos da sociedade civil, como mulheres, população negra, lésbicas, gays, bissexuais, transgênero, queer, intersexo, assexual e outras identidades de gênero e orientações sexuais que não se encaixam no padrão cis heteronormativo (LGBTQIA+), indígenas, trabalhadores urbanos e rurais, profissionais, estudantes, professores, usuários e instâncias do controle social do SUS, além de representações ligadas a diversas igrejas.

Durante o período analisado neste estudo (2013-2022), em que pese a alternância de momentos em que o MRSB se encontrava mais ou menos organizado e atuante, as entidades que compunham o núcleo central do movimento protagonizaram diversas ações, realizadas tanto de forma isolada quanto em conjunto com outros sujeitos coletivos que conformavam o FRSB e, mais recentemente, a FpV. De modo geral, seja enquanto fórum ou frente, essas entidades realizaram reuniões de caráter organizativo e discussão de estratégias de atuação, produziram grande quantidade e diversidade de documentos, participaram de atos públicos, campanhas e movimentos em defesa do SUS e da democracia, e contra ações do executivo e legislativo que impunham retrocessos aos direitos sociais. Além disso, acionaram os demais poderes da república em razão da tramitação de diversas matérias que versavam sobre temas diretamente relacionados às políticas sociais e à saúde, em particular.

A ampla articulação dos mais diversos sujeitos políticos individuais e coletivos da saúde e do espaço social mais amplo em torno da FpV foi avaliada positivamente pelos entrevistados desta pesquisa, predominando a percepção da FpV como uma atualização da RSB e, portanto, do próprio MRSB⁸. Entre os intelectuais orgânicos do MRSB, contudo, prevaleceu uma percepção mais cautelosa acerca da FpV, entendida, no máximo, como um novo movimento de reaproximação do movimento sanitário da sociedade civil pelas entidades, ou mesmo, no limite, como uma rearticulação das próprias entidades da RSB, que voltaram a trabalhar de forma conjunta.

A percepção acerca do MRSB e da FpV entre os representantes das demais entidades analisadas variou conforme a trajetória de militância política dos entrevistados. Entre os que representavam entidades do espaço setorial da Saúde (RFS, FNCPS e RNMMP), predominou o reconhecimento do MRSB e uma avaliação positiva acerca da FpV. Quanto às entidades do espaço societal, os representantes do MST e da CUT relataram, especificamente, a existência de aproximações com o MRSB ao longo da trajetória de suas entidades, ao contrário dos representantes da UNE e da Redes da Maré, que informaram, respectivamente, conhecer pouco e desconhecer o movimento sanitário. Ademais, apesar de formalmente vinculadas à FpV, os representantes do MST, da UNE e da Redes da Maré não conheciam a Frente e não tinham informações sobre a vinculação de suas entidades à mesma, não sabendo informar, inclusive, como se deu o processo de articulação entre elas.

Nesse sentido, percebeu-se que a compreensão sobre a FpV não é homogênea entre os sujeitos sociais individuais e coletivos que a compõem, oscilando entre dois polos. O mais otimista a considera uma atualização do MRSB, e é conformado, principalmente, pelas entidades do seu núcleo diretivo, que reúne sujeitos políticos individuais e coletivos historicamente vinculados ao MRSB. O polo menos otimista, mais objetivo, congrega entidades do espaço social mais amplo, que compreendem a importância da defesa de questões relativas à saúde em seus projetos, ainda que tal demanda tenha surgido mais recentemente, congregando, portanto, sujeitos políticos individuais e coletivos que não têm trajetória de militância na saúde, e, assim, não se identificam como parte do MRSB.

Discussão

A organização do movimento sanitário no período 2013-2022 deu-se por meio da articulação de um conjunto de sujeitos políticos

individuais e coletivos em torno da convergência de proposições políticas mais amplas relacionadas à defesa da democracia, dos direitos sociais e de um projeto de desenvolvimento e soberania nacional sustentável e pautado na justiça social. Pode-se apontar, nesse período, a permanência do protagonismo político do Cebes e da Abrasco, enquanto sujeitos coletivos historicamente vinculados ao MRSB, em torno dos quais se agregaram distintas entidades que atuam no espaço setorial e societal.

Apesar dessa agregação e expansão, a composição do MRSB manteve homogeneidade, uma vez que se identificou a permanência de um núcleo central de sujeitos políticos coletivos, responsável por direcionar as principais iniciativas do movimento, evidenciando-se o surgimento de um novo formato de articulação do movimento sanitário (a FpV), em 2020, no cenário conformado pela emergência da crise sanitária da pandemia da covid-19.

A despeito das iniciativas de articulação e ação conjunta das entidades do MRSB em torno de um princípio articulatório comum, definido pela defesa da democracia e do direito universal à saúde, é importante destacar que as posições adotadas por essas entidades com relação a temas específicos evidenciam divergências que, provavelmente, derivam das diferenças de concepção e de projeto político específico de algumas entidades. Assim, por exemplo, foi possível identificar as diferentes posições da FNCPS e de entidades sindicais a respeito da relação público-privada na saúde, bem como divergências entre as posições adotadas pelo FRSB e a FNCPS, também apontadas no estudo de Silva⁶⁵. Nessa perspectiva, Bravo e Pelaez⁶⁶ apontam que o FRSB defendeu um “projeto da reforma sanitária flexibilizada”, que se expressa na proposição de um “SUS possível” mediante

[...] arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais

para a adequação da política de saúde às exigências de um rebaixamento da proposta inicial da reforma sanitária⁶⁶.

Quanto à relação dos trabalhadores com a RSB, alguns estudos apontam que, apesar do apoio ideológico ao SUS, categorias profissionais e correntes do movimento sindical optaram, nas últimas décadas, pela priorização de questões corporativas marcadas pela defesa de planos de saúde empresariais^{2,67-69}, afastando-se, portanto, do projeto original da RSB, embora se tenha verificado uma reaproximação dessas entidades com o MRSB, sobretudo a partir do ano de 2020, com a pandemia e a criação da FpV.

Em síntese, a análise da conformação e atuação do MRSB evidencia que o movimento sanitário se mantém vivo e atuante, assim como também indicaram outros autores^{59,70,71}. Sua reconfiguração, verificada com a criação da FpV, pode sinalizar o que Cohn e Gleriano⁷² apontaram como

[...] nova janela de oportunidade para retomar a RSB [...] por meio da reconquista da identificação e do diálogo com as novas formas de estruturação e constituição de sujeitos sociais comprometidos com a questão da saúde como um direito.

A revitalização do MRSB com a FpV também foi apontada por Paim⁷⁰, com destaque para a retomada da ‘via sociocomunitária’ acionada pela mobilização de lideranças partidárias, institucionais, sindicais e de movimentos sociais diversos. Por fim, embora não se possa afirmar que a FpV seja o sujeito ‘portador da antítese’ no sentido indicado por Paim⁷³, também não há dúvida de que a práxis dessa frente conflui para um movimento que aponta “caminhos vigorosos de reconstrução da democracia”⁷⁴, através da ampla mobilização de sujeitos, entidades e organizações da sociedade civil que se opõem ao avanço do autoritarismo protagonizado pelo crescimento e fortalecimento das forças sociais de direita e ultradireita no País.

Conclusões

Resta acompanhar se os princípios articulatórios internos e externos do MRSB que estimularam sua criação serão suficientes para manter coesa essa grande articulação de sujeitos políticos capitaneada pela FpV, tendo em vista os inúmeros desafios da atual conjuntura política em saúde em face da coexistência de pautas universalistas em defesa dos direitos sociais, com pautas identitárias e corporativistas que conduzem à compartimentalização do debate e acirram tensões internas ao MRSB. Acrescente-se, ainda, a necessidade

de atualização do debate teórico e das estratégias de atuação política, a necessidade de renovação dos quadros do MRSB e o desafio posto pela incorporação das novas tecnologias e meios de comunicação à militância política, nos espaços institucionalizados de participação e no espaço virtual das redes sociais.

Colaboradoras

Santos JS (0000-0001-8965-0904)* e Teixeira CF (0000-0002-8080-9146)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Escorel S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. p. 385-434.
2. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz; 2008.
3. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. A questão democrática na área da saúde [Internet]. [local desconhecido]: Cebes; 1979 [acesso em 2015 out 4]. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/10/Cebes_Saúde-e-Democracia.pdf
4. Campos GWS. A reforma sanitária necessária. In: Berlinguer G, Teixeira SF, Campos GWS. Reforma sanitária: Itália e Brasil. São Paulo: Editora Cebes; Hucitec. 1988. p. 179-194.
5. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
6. Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.
7. Teixeira CF, Santos JS, Souza LEPP, et al. SUS – A difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2023.
8. Santos JS. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na conjuntura 2013-2020: resistência e revitalização [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2023. 332 p.
9. Paim JS. Sujeitos da antítese e os desafios da práxis da Reforma Sanitária Brasileira. Saúde debate. 2017;41(esp3):255-264. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S319>
10. Santos JS, Teixeira CF. Crise, refundação do Cebes e reafirmação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Saúde debate. 2016;40(esp):136-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042016S12>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Campos GWS. SUS: o que e como fazer? *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):1707-1714. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>
12. Paim JS. Reforma sanitária brasileira (RSB): expressão ou Reprodução da revolução passiva? In: Fleury S, organizadora. *Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 85-113.
13. Lima NT, Santana JP, Paiva CHA, organizadores. *Saúde coletiva: a Abrasco em 35 anos de história*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. 324 p.
14. Camargo ATSP, Costa AM, Lobato LVC, organizadoras. *Cebes 40 anos: memórias do futuro*. Rio de Janeiro: Cebes; 2016. 404 p.
15. Costa AM, Rizzotto MLF, Lobato LVC, et al. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: movimento em defesa do direito à saúde. *Saúde debate*. 2020;44(esp1):135-141. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020S111>
16. Dantas AV. *Do Socialismo à Democracia: dilemas da classe trabalhadora no Brasil recente e o lugar da Reforma Sanitária Brasileira [tese]*. Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação da Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2014. 378 p.
17. Santos RT. *O fantasma da classe ausente: as tradições corporativas do sindicalismo e a crise de legitimação do SUS [tese]*. Belo Horizonte: Programa de Pós-graduação da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais; 2014. 165 p.
18. Silva THS. *Força ou consenso: a Reforma Sanitária Brasileira entre o Dilema Reformista e o Minotauro da Saúde [dissertação]*. São Paulo: Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2016. 193 p.
19. Monteiro MG. *Trayectoria y cambios de dirección en las políticas públicas: análisis de la reforma del sistema sanitario brasileño (1975-2015) [tese]*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; Departamento de Ciencia Política y Derecho Público; 2016. 327 p.
20. Fleury S, organizadora. *Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.
21. Observatório de Análise Política em Saúde, Centro de Documentação Virtual. *Boletim Informativo: Projeto Análise de Política de Saúde no Brasil (2003-2017)*. OAPS. 2018;4(17).
22. Baptista TWF, Borges CF, Rezende M. Outros olhares para a Reforma Sanitária Brasileira. *Saúde debate*. 2019;43(esp8):5-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S800>
23. Rizzotto MLF. Nenhum passo atrás na conquista do direito à saúde. *Saúde debate*. 2016;40(109):4-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610900>
24. Santos NR. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):1729-1736. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>
25. Fleury S. Apresentação. In: Fleury S, organizadora. *Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 9-14
26. Gohn MG. *Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. 11. ed. São Paulo: Loyola; 2014.
27. Testa M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1995.
28. Coutinho CN. *Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político*. Rio de Janeiro: Campus; 1992.
29. Konder L. A filosofia da práxis. In: Konder L. *O futuro da filosofia da práxis: o pensamento de Marx no século XXI*. Rio de Janeiro: Paz e terra; 1992. p. 95-128.
30. Bienarcki P, Waldorf D. Snowball Sampling: problems and techniques of chain referral sampling. *nowball sampling: Problems and techniques of chain referral sampling*. *Sociol Methods Res*. 1981;10(2):141-63. DOI: <https://doi.org/10.1177/004912418101000205>

31. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção I; Edição 112:59-62
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. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24; Seção I; Edição 98:44-46.
33. Ministério da Saúde (BR). Carta Circular nº 1/2021, de 3 de março de 2021. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 2022 jan 14]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/sobre-o-conselho/camaras-tecnicas-e-comissoes/conep/legislacao/cartas-circulares/carta-circular-no-1-de-3-de-marco-de-2021.pdf>
34. Sophia DC. Saúde e Utopia. O Cebes e a Reforma Sanitária Brasileira. São Paulo: Hucitec/Sobravime; 2015. 328 p.
35. Jacobina AT. A relação do Cebes com o PCB na emergência do movimento sanitário. Saúde debate. 2016;40(esp):148-162. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042016S13>
36. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Estatuto da Associação Brasileira de Saúde Coletiva [Internet]. Rio de Janeiro: Abrasco; 2019 [acesso em 2021 fev 17]. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/09/EstatutoAbrasco_26_09_2019.pdf
37. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Sobre a Abrasco. Portal Abrasco [Internet]; 2021 [acesso em 2021 fev 17]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/sobreabrasco/>
38. Souto LRF, Oliveira MHB. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. Saúde debate. 2016;40(108):204-218. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>
39. Centro Brasileiro de Estudos de saúde. Cebes na luta: transformar e radicalizar a Democracia para assegurar Direitos Sociais e Saúde. Tese do Cebes 2017-2019 [Internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2018 [acesso em 2018 set 24]. Disponível em: https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2018/07/Tese2017-19_Cebes.pdf
40. Associação Brasileira Rede Unida. Apresentação. Portal Rede Unida [Internet]; 2021 [acesso em 2021 fev 19]. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/pt-br/institucional/apresentacao/>
41. Associação Brasileira Rede Unida. Estatuto. Portal Rede Unida [Internet]; 2021 [acesso em 2021 fev 19]. Disponível em: http://www.redeunida.org.br/static/file/estatuto_rede_unida.pdf
42. Associação Brasileira Rede Unida. História. Portal Rede Unida [Internet]; 2021 [acesso em 2021 fev 19]. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/pt-br/institucional/historia/>
43. Associação Brasileira de Economia em Saúde. Quem somos. Portal ABRÉS [Internet]; 2021 [acesso em 2021 fev 17]. Disponível em: <https://abresbrasil.org.br/quem-somos/>
44. Associação Brasileira de Economia em Saúde. Como se associar. Portal ABRÉS [Internet]; 2021 [acesso em 2021 fev 17]. Disponível em: <https://abresbrasil.org.br/como-se-associar/>
45. Instituto de Direito Sanitário Aplicado. Sobre o IDISA. Portal Idisa [Internet]; 2021 [acesso em 2021 fev 18]. Disponível em: <http://idisa.org.br/quem-somos>
46. Instituto de Direito Sanitário Aplicado. A história. Portal Idisa [Internet]; 2021 [acesso em 2021 fev 18]. Disponível em: <http://idisa.org.br/historia>
47. Instituto de Direito Sanitário Aplicado. Estatuto. Portal Idisa [Internet]; 2021 [acesso em 2021 fev 18]. Disponível em: <http://idisa.org.br/estatuto>

48. Rede Feminista de Saúde. Apresentação. Portal RFS [Internet]; 2022 [acesso em 2022 mar 14]. Disponível em: <https://redesaude.org.br/institucional/>
49. Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde. Estatuto. Portal Ampasa [Internet]; 2021 [acesso em 2021 fev 17]. Disponível em: <http://www.ampasa.org.br/estatuto.php>
50. Bravo MIS. Frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal. *Serv Soc Soc.* 2011;(105):185-187. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000100012>
51. Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e sua participação no contexto da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Portal FNCPS [Internet]; 2016 [acesso em 2020 ago 1]. Disponível em: <https://www.contraprivatizacao.com.br/2016/01/>
52. Rede Nacional de Médicas e Médicas Populares. Quem somos. Portal RNMMP [Internet]; 2022 [acesso em 2022 fev 8]. Disponível em: <https://medicospopulares.org/quem-somos/>
53. União Nacional dos Estudantes. Sobre. Portal UNE [Internet]; 2022 [acesso em 2022 fev 17]. Disponível em: <https://www.une.org.br/a-une/>
54. União Nacional dos Estudantes. Bandeiras. Portal UNE [Internet]; 2022 [acesso em 2022 fev 17]. 2022. Disponível em: <https://www.une.org.br/a-une/bandeiras/>
55. Telles MWP, Teixeira CF. Movimento sindical e Reforma Sanitária Brasileira: propostas da CUT para a saúde no período 1981-1991. *Saúde debate.* 2017;41(esp3):34-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S303>
56. Central Única dos Trabalhadores. Caderno de teses. 13º ConCUT – Congresso Lula Livre. Sindicatos fortes, direitos, soberania e democracia [Internet]; 2019 out 7-10; Praia Grande, São Paulo: CUT; 2019 [acesso em 2022 fev 17]. Disponível em: <https://assets.cut.org.br/system/uploads/ck/Caderno%20de%20Teses%2013o%20CONCUT.pdf>
57. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Portal. MST [Internet]; 2022 [acesso em 2022 jan 14]. Disponível em: <https://mst.org.br/>
58. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. O MST. Nossa História (84-86). Portal MST [Internet]; 2022 [acesso em 2022 jan 14]. Disponível em: <https://mst.org.br/nossa-historia/84-86/>
59. Reis CR, Paim JS. A RSB durante os governos Dilma: uma análise da conjuntura. *Saúde debate.* 2021;45(130):563-574. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113001>
60. Almeida RD. Bolsonaro presidente: conservadorismo, evangelismo e a crise brasileira. *Novos estud CEBRAP.* 2019;38(1):185-213. DOI: <https://doi.org/10.25091/S01013300201900010010>
61. Teixeira CF, Santos JS. Análise estratégica da atuação do governo federal brasileiro na pandemia de COVID-19: 2020-2021. *Ciênc saúde coletiva.* 2023;28(5):1277-1286. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.10502022>
62. Santos JS, Teixeira CF. Análise política da ação do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na pandemia da COVID-19: 2020-2021. *Ciênc saúde coletiva.* 2023;28(5):1287-1296. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.14042022>
63. Frente pela Vida. Posicionamento da Abrasco: Declaração Marcha pela Vida. Abrasco [Internet]. Rio de Janeiro; 2020 maio 29 [acesso em 2021 jun 21]. Disponível em: <https://abrasco.org.br/manifesto-frente-pela-vida/>
64. Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Lançada a Frente pela Vida. Portal SBPC [Internet]; 2020 maio 29 [acesso em 2021 jun 21]. Disponível em: <http://portal.sbpnet.org.br/noticias/lançada-a-frente-pela-vida/>
65. Silva AX. A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso. *Rev katálysis.* 2014;17(2):159-1566. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200002>

66. Bravo MIS, Pelaez EJ, Menezes JSB. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. *SER social*. 2020;22(46):191-209. DOI: https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25630
67. Menicucci TMG. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. *Saude Soc*. 2006;15(2):72-87. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200008>
68. Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;18(1):273-280. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100028>
69. Santos RPO. Reforma Sanitária Brasileira e o sindicalismo na saúde: quais perspectivas no contexto atual? *Saúde debate*. 2019;43(esp8):234-247. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S817>
70. Paim JS. A Covid-19, a atualidade da reforma sanitária e as possibilidades do SUS. In: Santos AO, Lopes LT, organizadoras. *Reflexões e futuro*. Brasília, DF: Conass; 2021. p. 310-324.
71. Fleury S. Construir o Amanhã hoje – Desafios enfrentados pela 17ª Conferência Nacional de Saúde. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho [Internet]. Rio de Janeiro; 2023 jul 6 [acesso em 2023 ago 3]. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=construir--o-Amanh%C3%A3-hoje-Desafios-enfrentados-pe-la-17-Conferencia-Nacional-de-Saude-por-Sonia--Fleury>
72. Cohn A, Gleriano JS. A urgência da reinvenção da Reforma Sanitária Brasileira em defesa do Sistema Único de Saúde. *R Dir Sanit*. 2021;21:e0012. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2021.159190>
73. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):1723-1728. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
74. Santos RT, Guimarães JR. Democracia sem sentimento de república: o SUS nos tempos da Covid-19. *Saúde debate*. 2020;44(esp4):73-87. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E404>

Recebido em 16/09/2024
 Aprovado em 09/12/2024
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

‘Eu nem penso em saúde’: as implicações das construções de masculinidades na saúde dos homens em situação de rua de Florianópolis-SC

‘I don’t even think about health’: The implications of masculinity constructions on the health of homeless men in Florianópolis-SC

Dalvan Antonio de Campos^{1,2}, Rodrigo Otávio Moretti-Pires²

DOI: 10.1590/2358-289820251449061P

RESUMO O objetivo deste trabalho foi identificar as implicações das construções das masculinidades na determinação social da saúde de homens em situação de rua. Realizou-se uma etnografia urbana entre outubro de 2018 e setembro de 2019 com homens em situação de rua no bairro Centro em Florianópolis-SC. Para coleta de informações, realizou-se observação participante com registro de 73 dias no diário de campo, 8 entrevistas e 5 gravações de conversas no cotidiano. Realizou-se análise temática para tratamento do material proveniente da coleta de campo, buscando evidenciar as experiências e percepções dos homens em situação de rua, suas articulações e divergências, com enfoque na relação das construções de masculinidades com o processo saúde-doença. Foram identificados e discutidos três temas: percepção sobre a saúde e as estratégias de cuidado; naturalização das violências e suas repercussões; e relação com os serviços de saúde. O contexto da vida na rua produz vulnerações pela precariedade de acesso às necessidades básicas, influenciando nas manifestações e práticas de masculinidades. A acentuação de características como autossuficiência, violência e força influenciaram na maior exposição a situações de risco e resistência ao cuidado em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Masculinidades. Pessoas em situação de rua. Determinação social da saúde. Saúde dos homens.

ABSTRACT The objective of this study was to identify the implications of constructions of masculinities on the social determination of health among homeless men. An urban ethnography was conducted between October 2018 and September 2019 with homeless men in the downtown area of Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. Data collection involved participant observation, with 73 days of field notes, 8 interviews, and 5 recordings of everyday conversations. Thematic analysis was performed to examine the material collected, exploring the experiences and perceptions of homeless men regarding the similarities and divergences in the construction of masculinities and health-disease processes. Three themes were identified and discussed: perception of health and care strategies; naturalization of violence and its impacts on physical; and relationship with health services. The context of street life produces vulnerabilities due to the precariousness of access to basic needs, influencing the manifestations and practices of masculinities. The accentuation of characteristics such as self-reliance, violence, and strength influenced the greater exposure to risk situations and resistance to healthcare.

KEYWORDS Masculinities. Homeless person. Social determination of health. Men’s health.

¹Universidade do Planalto Catarinense (Uniplac) – Lages (SC), Brasil.
dalvandecampos@gmail.com

²Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil.

Introdução

Os estudos sobre masculinidades, alinhados com as discussões de gênero, têm aprofundado as análises para compreensão dos impactos da construção social dos homens no contexto da saúde¹. Analisado como um determinante social, permite identificar comportamentos e práticas desse grupo, bem como suas relações com o processo saúde-doença e na morbimortalidade, com pouca atenção para os que moram nas ruas².

As masculinidades, em uma perspectiva plural, são configurações e práticas em torno das posições dos homens na estrutura das relações de gênero. Ou seja, não são identidades, mas sim práticas mais ou menos estáveis, construídas na relação com as mulheres e com outros homens³. Utiliza-se o conceito de gênero como construção social imersa nas relações de poder, localizadas e atravessadas por fatores socioculturais, históricos, econômicos, educacionais e geracionais, ou seja, uma prática performativa e não algo reificado⁴.

A População em Situação de Rua (PSR) é um grupo heterogêneo que possui como características em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, utilizando de forma temporária ou permanente logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, bem como as unidades de acolhimento para pernoite ou como moradia provisória⁵.

Os estudos nacionais e internacionais apresentam maiores proporções de homens na PSR⁵⁻⁷. No Brasil, eles são aproximadamente 80% da população, mesmo panorama da região Sul e do município de Florianópolis^{5,8-10}. O aumento da PSR impele os governos e instituições públicas e privadas de todo mundo a realizarem estratégias de monitoramento, compreensão e atuação sobre esse fenômeno^{11,12}.

As pesquisas realizadas com este grupo costumam abordar as desigualdades econômicas e sociais promovidas pela disparidade na distribuição das riquezas. As dificuldades de acesso

a emprego, renda, moradia e outros direitos humanos básicos direcionam as trajetórias das pessoas para as ruas¹³. Além disso, o uso de drogas lícitas e ilícitas, problemas de saúde e conflitos familiares são motivadores para esse deslocamento e manutenção nas ruas⁵.

No tocante à relação com o processo saúde-doença, sabe-se que a socialização dos homens, principalmente as embasadas em padrões tradicionais de masculinidades, promovem sentimento de invulnerabilidade, autocuidado precário, afastamento dos serviços de saúde e piores níveis de saúde¹. Os homens em situação de rua, quando comparados com a população em geral, são acometidos por alguns problemas de saúde com maior frequência e gravidade, como as dores crônicas, feridas nos pés e pernas, infestações, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/HIV/aids, doenças crônicas não transmissíveis, consumo de álcool e drogas, cáries e perda de dentes, tuberculose e problemas de saúde mental^{4,13,14}. Além disso, sofrem com situações de violência e traumas provenientes de agressões físicas^{15,16}.

No cenário internacional, há evidências de que os homens em situação de rua constroem suas masculinidades fundamentadas em características violentas e estão mais susceptíveis a ideação suicida, depressão, insegurança alimentar e nutricional, uso de álcool e outras drogas e infecção por HIV/aids^{2,17-19}. Além disso, apresentam maior resistência na busca e aceitação de apoio dos serviços de saúde e assistência social^{2,17,19}.

Assim, o objetivo deste trabalho foi identificar as implicações das construções das masculinidades na determinação social da saúde dos homens em situação de rua.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho etnográfico²⁰. Utilizou-se a etnografia urbana que pressupõem o contato no espaço urbano direto e por um longo período com o grupo social investigado, com observação no cotidiano^{21,22}.

A pesquisa de campo foi realizada no bairro Centro, em Florianópolis-SC, local com maior concentração de pessoas em situação de rua da cidade. Em 2017, o município contabilizava 499 pessoas em situação de rua, com 79% (n = 394) do gênero masculino¹⁰.

A coleta foi realizada entre 10 de outubro de 2018 e 15 de setembro de 2019, junto a PSR em seu cotidiano nas marquises, bancos da praça, calçadas, escadarias e em caminhadas pela cidade. Não foram realizadas articulações com instituições públicas, privadas ou da sociedade civil organizada que atuam no apoio, atenção e assistência à PSR, pois a pesquisa visava compreender as vivências no cotidiano das ruas.

No início do campo, o pesquisador frequentou os espaços de permanência dos homens em situação de rua em dias e horários diferentes. A entrada no campo se deu por estabelecimento de vínculo com um interlocutor chave, possibilitando a presença do pesquisador no cotidiano da vida nas ruas. A partir desta vinculação, as decisões de onde ficar e dos contatos feitos eram tomadas com o auxílio desse interlocutor.

Como ferramentas de coleta, foram utilizadas a observação participante com registro das informações em diário de campo, bem como entrevistas individuais semiestruturadas e gravações de conversas²³. O diário de campo foi a principal fonte de informações da pesquisa. As anotações foram organizadas conforme os dias de ida ao campo, com um total 73 notas. Também foram realizadas 8 entrevistas individuais e 5 gravações de conversas.

O roteiro das entrevistas foi o seguinte: cotidiano como homens em situação de rua; relações entre as pessoas em situação de rua e com as pessoas não moradoras de rua; especificidades de ser homens em situação de rua: preocupações, pensamentos, atitudes e comportamentos; formas de lidar com o cuidado da saúde e tratamento de doenças como homens em situação de rua. As gravações das conversas foram realizadas em momentos ocasionais em

que o pesquisador se reunia com homens em situação de rua nas calçadas e marquises, após autorização de todos. As conversas não eram direcionadas pelo pesquisador.

Para identificação das falas e registros escritos, utilizou-se nomes fictícios, além da seguinte codificação: DC e a data do registro para diário de campo; ENT para entrevistas; e GC para gravação das conversas.

Realizou-se análise temática, conforme Braun e Clarke²³, para tratamento do material proveniente da coleta de campo, buscando evidenciar as experiências da PSR, suas articulações e divergências. Após a descrição, foi realizado o diálogo com outros trabalhos que abordam a temática das masculinidades, PSR, determinação social da saúde e saúde dos homens.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 50123115.6.0000.0121 e Parecer nº 1.355.586, e seguiu os procedimentos éticos da Resolução nº 466/2012²⁴ do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Foram contatados 41 interlocutores, sendo que 87,8% (n = 36) eram homens e 78% (n = 32) declararam-se heterossexuais. Quanto à faixa etária, 78% (n = 32) tinham entre 25 e 54 anos, com predomínio de interlocutores entre 25 e 34 anos. Em relação a raça/etnia, 65,9% (n = 17) declararam-se negros ou pardos.

Com relação à escolaridade, 63,4% (n = 26) acessaram o ensino fundamental, sendo que 36,6% (n = 15) não o concluíram. Além disso, 12,2% (n = 5) nunca acessaram a escola e declararam-se analfabetos. A média do tempo de rua foi de 6 anos, com 58,5% (n = 24) vivendo entre 1 e 6 anos e 12,2% (n = 5) vivendo mais de 10 anos nas ruas.

Em relação ao local de origem dos interlocutores, apenas 1 era estrangeiro, proveniente da

Argentina. Os demais eram brasileiros, sendo 73,25% (n = 30) provenientes dos estados da região Sul, seguida da região Sudeste com 12,2% (n = 5).

Na análise temática, foram identificados três temas, listados a seguir: percepção sobre a saúde e as estratégias de cuidado; naturalização das violências e suas repercussões; e relação com os serviços de saúde.

Percepção sobre a saúde e as estratégias de cuidado

Entre os homens em situação de rua, aspectos relacionados à saúde eram pouco abordados, preocupando-se com isso quando alguma doença se agravava. A prioridade era suprir as necessidades básicas e imediatas. Ou seja, enquanto conseguiam se deslocar e fazer as atividades, mesmo que acometidos por alguma doença ou ferimento, entendiam-se saudáveis. Quando ficavam debilitados, de modo que o 'correr' diário fosse comprometido, entendiam-se como adoecidos.

Vou te dizer... fazia tempo que não ficava doente. Dava uma coisa ou outra só que não me derrubava desse jeito. Esse frio tá me matando. E sou forte, não me entrego pra dorzinha qualquer... só que tô fraco, não consigo nem me mexer que dói, só sai daqui pra ir no banheiro lá no terminal. Fiquei o dia aqui e o Cláudio que apoiou com umas comidas. (DC - 26.06.19 - Artur).

Eu sigo até quando dá... enquanto tô de pé fazendo meus corres tá tudo certo. Às vezes sinto uma dor na garganta ou uma tosse que vai e vem... só que isso é tranquilo. (ENT - Camilo).

A PSR é acometida principalmente por lesões nas pernas e pés, dor crônica, tuberculose, hanseníase, HIV/aids, sífilis, hepatites, doenças crônicas não transmissíveis e problemas de saúde mental¹⁴. Estudos apontam que homens em situação de rua têm uma percepção negativa em relação à saúde^{10,25}, todavia Aguiar e Iriart²⁶ apontam que esses homens

se consideram saudáveis enquanto conseguem manter-se vivos e resistir ao cotidiano de dificuldades nas ruas.

No campo da saúde, a presença de enfermidades e as condições de vidas precárias vivenciadas por esses homens são imediatamente colocadas em uma perspectiva de problema, entretanto, percebe-se uma tensão entre essa concepção e as percepções dos homens em situação de rua. A partir de suas vivências e da necessidade de desenvolver estratégias para resolver seus problemas cotidianos, eles mudam a percepção sobre o que é saúde, devendo ser levado em consideração na abordagem por profissionais da saúde^{27,28}.

Os homens em situação de rua resistem em aceitar ajuda e reconhecer que precisam tratar-se quando identificam que estão doentes e reconhecem sua debilidade. Isso mantém-se mesmo quando outros colegas da rua oferecem apoio. Há recusa, justificada por falas que reforçam o *status* de 'macho', evocando vivências pregressas e ironizando as ações de apoio.

Osni aparentava estar bem, apesar da dor a debilitação, e ao ser sugerido que fosse buscar ajuda para cuidar do ferimento ficou irritado e passou a dizer que era 'macho' e já tinha passado por coisa muito pior na rua. (DC - 30.05.19 - Osni).

Artur ironizava as tentativas de ajuda dizendo 'lá vem mais um querendo ficar de babá' se referindo a quem se aproximasse perguntando como estava. (DC - 26.06.19 - Artur).

As construções sociais que recaem sobre os homens tendem a reforçar códigos de autossuficiência e invulnerabilidade, em especial nas manifestações hegemônicas de masculinidades³. Conforme apontam Barbosa et al.²⁹, apesar das diferentes construções de masculinidades, os homens não buscam apoio de pessoas próximas ou serviços de saúde, buscam somente quando não conseguem suportar os sintomas.

Entre os homens em situação de rua, estudos apontam para uma hiper masculinização com

reforço nas práticas ligadas ao masculino hegemônico como força, violência e autossuficiência, devido às peculiaridades vivenciadas no contexto da rua, o que contribui para um distanciamento das relações de cuidado^{2,17}.

Deve-se considerar as características sociais e econômicas dos homens em situação de rua, que geralmente têm baixa renda, baixo nível de escolaridade e são pretos ou pardos, fatores relacionados às desigualdades sociais e que influenciam negativamente os níveis de saúde e no acesso aos serviços³⁰. Percebe-se que práticas e percepções ligadas ao estereótipo do 'macho', agravados por outras vulnerabilidades, influenciam na não aceitação de ajuda pelos homens em situação de rua, agudizando os problemas de saúde.

A necessidade de suprir as necessidades do dia a dia é colocada como um motivo para esquecerem da saúde. Aspectos como prevenção de doenças ou promoção da saúde são desconsiderados por esses homens, ou seja, apenas lidam com a saúde a partir do comprometimento do corpo, quando as doenças se agravam.

Um pior que o outro aqui nessa rua. Já estamos acostumados a segurar no osso as coisas que vem. Aqui ninguém pensa em saúde, pode estar morrendo que fica por aí jogado! Esses dias era eu que estava com a mão arrebentada e fiquei por aí, até melhorar sozinho. (DC – 17.05.19 – Heitor).

Uma pesquisa sobre promoção de ações educativas de saúde para PSR aponta que a negligência vivenciada por parte da sociedade e Estado faz com que se distancie cada vez mais dos cuidados em saúde³¹. Ao receberem informações básicas sobre saúde, associados a outras oportunidades para estabilizarem suas vidas, mudam sua percepção sobre si, sobre cuidados em saúde e adotam mudanças de comportamento³¹.

Destaca-se que, entre os homens em situação de rua, essas práticas transcendem o acesso a informações, visto que cuidar da saúde não é uma possibilidade para eles, interseccionando

a situação de vulnerabilidade com aspectos das constituições do masculino. Ou seja, mesmo quando identificam algum problema e buscam solucioná-los, encontram no grupo uma resistência para mudança.

Ao buscar se cuidar, deixando de comer a sopa que lhe fazia mal e por conta de estar se 'sentido pesado', o Luciano é ironizado pelo colega de mar- quise que diz nunca ter visto gente de rua fazendo regime e perguntou se ele estava querendo 'ficar magrinha!?!'. (DC – 29.03.19).

As masculinidades se dão principalmente entre as diferentes formas de ser homem, sendo construídas e reafirmadas nos grupos. A autopercepção negativa dos homens em situação de rua acerca da sua situação atual, bem como a ideia de que o cuidado é um comportamento ligado ao feminino, faz com que se reforce o comportamento de aversão ao cuidado em saúde^{26,28}.

Entretanto, essa resistência em cuidar-se tem seus limites, sendo que com o agravamento dos problemas eles usam estratégias para lidar com as situações. A resistência à ida aos serviços de saúde, ou mesmo ao uso de medicamentos, é remediada com uso de álcool e outras drogas para suportarem os sintomas e esperarem o tempo e os problemas passarem.

Estou com muita tosse e dor nas costas... já faz uns dias que estou tossindo muito. De vez em quando isso acontece. Não paro de fumar e a 'pedra' dá uma aliviada na hora. (GC – Marcos, Cláudio e Augusto).

Osni com a perna muito machucada disse que ia esperar melhorar com o passar do tempo e ia 'tomando uma cachaça' pra aliviar a dor. (DC – 17.05.2019 – Osni).

O uso de substâncias psicoativas é relatado entre a PSR, sendo um aspecto relacionado às trajetórias de ida para as ruas e quebra de vínculos, bem como a adaptação às adversidades do contexto e na criação de vínculos¹⁵. O uso

abusivo de álcool é compreendido como um problema de saúde, embora esteja relacionado com a demonstração de comportamentos ligados ao ser 'homem de verdade' nas construções de masculinidades tradicionais³².

Entretanto, conforme Vale e Vecchia³³, em estudo sobre o cuidado em saúde e redes de apoio social entre a PSR, o álcool e outras substâncias psicoativas são utilizados para lidar com os adoecimentos. Na ausência de outros recursos, essas substâncias são utilizadas como sedativo, analgésico e lenitivo, auxiliando os homens em situação de rua a conviver com os problemas de saúde. Assim, apesar dos efeitos deletérios identificados na literatura, neste contexto o álcool aparece enquanto um adjuvante para resistir nas ruas.

Naturalização das violências e suas repercussões

Identificou-se entre os homens em situação de rua a constante manifestação de atitudes percebidas como violentas no campo da saúde. O tom impositivo e ameaças constantes nas conversas, bem como o uso da força para impor determinadas ordens estava presente no cotidiano e nas relações.

Conforme Ferreira e Pinheiro³⁴, a percepção social de marginalidade e perigo acerca da PSR faz com que se vincule a ideia de práticas violentas a essa população. Entretanto, destacam que a violência é um fenômeno complexo e relacional, que não deve ser entendido somente enquanto os atos de violência, mas enquanto um processo social, localizado historicamente e muitas vezes naturalizado no cotidiano das ruas.

A constituição do masculino tem em sua base a violência, seja na imposição de comportamentos esperados para meninos se tornarem 'homens de verdade', ou na forma de lidar e resolver os problemas. Percebe-se que os homens estão mais envolvidos em atos violentos e são os mais acometidos pelas causas externas³⁴.

Esse comportamento violento, atribuído socialmente aos homens, parece

intensificar-se no contexto da rua, tornando-se uma forma de relação entre a PSR. Os homens em situação de rua constantemente falam alto, de forma impositiva ou ainda fazendo ameaças uns aos outros, todavia isso nem sempre é entendido por eles como relação de violência. Ou seja, comportamentos identificados como violentos fora do contexto da rua são naturalizados nas relações e adaptações àquele contexto.

Além de uma característica do masculino, as violências se vinculam a necessidade de resolver os problemas cotidianos. Isso acontece pois os agentes de segurança do Estado tratam a PSR como marginais, criminosos e um perigo para as pessoas não moradoras de rua. Assim, além do medo de serem alvo de ações repressoras, não contam com a proteção dos agentes de segurança do Estado.

Aqui na rua é nós por nós... se dá algum desentendimento tem que resolver na hora não tem ninguém por nós. E os polícias vê a gente como problema né. (DC - 14.03.19 - Heitor).

Os polícias ficam ali na deles no posto policial... se a gente faz alguma coisa que eles não gostam já vem pra cima. Só que se tiver rolo de peregrino eles deixam até se matar. (ENT - Renato),

Os Homens em Situação de Rua (HSR) que estavam sentados conversando, vendo a briga pela bolsa e pelo dinheiro, saíram da praça por medo de serem repreendidos pela polícia, mesmo não estando envolvidos na situação. (DC - 25.07.19).

A violência do Estado contra a PSR não é um fenômeno recente e reflete a opressão das populações vulneráveis no Brasil. Para abordar a história da 'Operação mata-mendigos', realizada entre 1962 e 1963, no Rio de Janeiro, Antonio³⁵ resgata os registros de livros e outros materiais que relatam as ações de extermínio da PSR por parte das forças policiais. Nota-se que, apesar das mudanças sociais e constitucionais no país, ainda se mantém uma percepção de criminalização da pobreza e repressão violenta.

Nascimento-Nonato e Raiol³⁶ listam outros casos de violência de grande repercussão contra a PSR, como a chacina da Candelária em 1993, o assassinato de indígena Galdino Jesus dos Santos em 1997 e a chacina da Praça da Sé em 2004, que motivou a criação do Movimento dos Moradores de Rua, bem como as ações de higiene social realizadas antes da Copa do Mundo 2014 e dos Jogos Olímpicos em 2016. Entretanto, esses casos são apenas um reflexo do que acontece diariamente nas ruas do Brasil.

Corroborando, Jorge³⁷, em estudo sobre violência e cidadania entre a PSR de Porto Alegre, aponta que a violência policial foi relatada como um dos principais medos entre os homens em situação de rua, sendo que se afastam quando percebem a aproximação dos agentes. Além disso, eles apresentam uma percepção negativa sobre si, bem como desconhecem seus direitos como cidadãos.

Apesar da violência ser um aspecto constante e constitutivo das relações sociais dos homens em situação de rua, elas têm um impacto direto na saúde física e mental. Observou-se que as situações de conflito podem ocasionar ferimentos graves que necessitam de acompanhamento e cuidado de profissionais da saúde, em geral realizado nas emergências hospitalares.

Aqui se resolve assim não tem conversa e piedade na rua não mô querido! Vacilou, toma porrada... e não tem essa de amigo nessas horas não. (DC – 25.07.19 – Cláudio).

Tem hora que dá umas brigas feias de mandar gente pro hospital... Eu mesmo já tive que me meter em umas encrencas por aí... Tem que resolver e ninguém tem piedade é a tua vida ou a do outro ali. (ENT – Camilo).

Conforme aponta Holanda²⁸, o sistema da rua é difícil, pesado e cruel. Em seu trabalho, traz o relato de Roberto, seu interlocutor na Praça Ferreira Lima em Fortaleza-CE, que presencia o assassinato a golpes de barra de ferro de um colega de rua devido a um conflito

interno. Apesar de acompanhar todo o ocorrido, finge ter visto nada pelo medo de represálias dos assassinos. Entretanto, fica receoso, decidindo não mais pernoitar naquele local com medo de ser agredido.

Os conflitos ocorrem devido a infração de regras internas estabelecidas entre as PSR, por desentendimentos ou por rixas já estabelecidas. Nas ruas, os conflitos acontecem com o uso de facas, barras de ferro, pedras e paus que levam consigo ou conseguem na hora, podendo provocar ferimentos graves, deslocamentos territoriais ou mesmo a morte^{28,38}.

Nos casos de ferimentos graves, em que não conseguem suportar ou resolver sozinhos, os homens em situação de rua procuram os serviços de saúde. No Sistema Único de Saúde (SUS), a principal porta de entrada dessa população, geralmente com quadros agudizados, são as emergências hospitalares⁵. Em pesquisa realizada com a PSR brasileira, 43,8% dos respondentes afirmaram buscar por esse nível de atenção em casos de problemas de saúde¹³.

Relação com os serviços de saúde

Entre os homens em situação de rua, o cuidado em saúde não representava uma preocupação constante, sendo que isso influenciava na relação deles com os serviços de saúde, principalmente com a Atenção Primária à Saúde (APS). As burocracias enfrentadas, como a exigência de documentos, número limitado de vagas e fluxos para atendimento no serviço foram apontados como principais entraves para acesso aos serviços de saúde.

Na verdade a gente na rua cuida muito pouco... porque as possibilidades para nós são raras e quando a gente procura algum socorro existe muita burocracia... É documento que precisa que a gente nem sabe o que é... e tem poucas vagas também. (Reg. GC – Renato, Eduardo e Camilo).

Já tive que ir na emergência uma vez e não me atenderam porque não tava com documento... Já aconteceu no POP também... (ENT – Augusto).

Estudo realizado com a PSR em Belo Horizonte-MG identificou dificuldade de acesso aos serviços públicos devido a burocracia e exigência de documentos para tal. Além disso, nos casos em que conseguiam acessar os serviços de saúde e eram encaminhados para outros pontos da rede de atenção, fora da região central, acabavam abandonando o tratamento pela falta de recursos financeiros para o transporte³⁹.

Friedrich et al.⁴⁰ identificam que a territorialização nos serviços da APS, como ferramenta de organização dos serviços, é um entrave burocrático para atenção à saúde da PSR por parte dos profissionais da saúde em Porto Alegre-RS. Um dos principais argumentos para o não atendimento dessas pessoas é a ausência de residência fixa e endereço fixo.

A abordagem inadequada com manifestação de preconceito faz com que a PSR se distancie dos serviços, pois sente-se menosprezada pela sua condição atual. No caso dos homens em situação de rua, esse fator influencia de forma central, visto que ao sentirem-se em uma situação de submissão frente aos profissionais, têm sua masculinidade confrontada.

Pelo fato de ser morador de rua a gente é menosprezado pela sociedade... quando vai nos lugares eles até atendem, mas a gente tem uma inteligência suficiente... a gente vê... a gente vê praticamente o desprezo das pessoas... mas a gente é homem tem que dá um jeito... precisa e a gente corre atrás. (GC – Renato, Eduardo e Camilo).

Não vou nos serviços porque parece que tão fazendo um favor pra ti sabe... tudo de cara fechada olhando com nojo e desconfiado... fico com vergonha e raiva dessas coisas sabe. (ENT – Sergio).

Dentre os principais entraves para os homens acessarem os serviços de saúde estão aspectos relacionados às construções sociais das masculinidades, como a aversão ao cuidado, o medo e a vergonha de descobrir doenças e sentirem-se vulneráveis⁴¹. Os homens não se vinculam a atividades de

prevenção de doenças e promoção de saúde pela autopercepção de invulnerabilidade, sendo mais acometidos por doenças com impacto na qualidade e expectativa de vida¹.

Entre os homens em situação de rua, além dos aspectos relacionados às construções de masculinidades, destaca-se que o preconceito é agravado pela vergonha, devido à sua condição de higiene, vestimentas, rótulos sociais negativos, falta de documentos e impossibilidade de comprovar endereço^{39,40}. Esses aspectos fazem com que esses homens se sintam menosprezados, o que afeta a sua percepção, agravando o distanciamento dos serviços de saúde⁴².

Assim, afastam-se desses serviços públicos, não realizando o cuidado dos problemas de saúde que enfrentam, tendo suas situações de saúde agravadas. Ou ainda, desenvolvem estratégias e improvisações, mediante aos recursos e possibilidades disponíveis no contexto da rua, para amenizar as dores e outros sintomas enfrentados pelo acometimento por doenças e agravos^{31,33}.

Além disso, identificou-se desconhecimento acerca dos serviços de saúde disponíveis, principalmente os da APS. Em geral, os homens em situação de rua identificam os serviços de assistência social como referência, buscando apoio à saúde por meio deles para o acesso a medicamentos e outras necessidades do cotidiano.

Eu já fui umas vezes ali no POP e na câmara de vereadores pedir um recurso para comprar um remédio e dizem que nunca tem. (GC – Renato, Eduardo e Camilo).

Consultório de que? Não conheço isso não... sei que tem o postinho lá na Prainha só que não frequento não. Enquanto tô andando, tô bem. (ENT – Artur).

Essa distância da APS demonstra uma falta de inserção desses serviços no cotidiano da PSR. Mesmo com a presença do Consultório na Rua (CnR) no município, durante a pesquisa de campo não foi identificada a presença desses profissionais nas ruas ou relatos por parte

dos interlocutores. Entretanto, a percepção de autossuficiência dos homens, buscando resolver por conta própria ou acessando os serviços somente em situações graves, também é um fator que influencia nessa falta de relação.

Hallais e Barros⁴³ apontam que um dos principais desafios para que os CnR funcionem de forma efetiva é a mudança na lógica de atenção, voltando as atividades para próximo da PSR. A dificuldade de estrutura e recursos, bem como a falta de preparo dos profissionais vinculados às equipes, faz com que restrinjam suas atividades às unidades de saúde, carecendo de reconhecimento da PSR na comunidade.

Considerações finais

A análise das construções sociais de masculinidades entre homens em situação de rua revela um cenário de profunda vulnerabilidade, onde as normas de gênero e as condições de vida nas ruas se interseccionam, impactando na percepção sobre a saúde e processo saúde-doença. Percebeu-se que esses homens reproduzem e agudizam padrões de masculinidade hegemônica, marcados pela autossuficiência, invulnerabilidade e resistência ao cuidado com a saúde, características que contribuem para a precariedade no cuidado em saúde e no acesso aos serviços, em especial da APS.

O distanciamento dos serviços de saúde, devido a organização e estruturação inadequada para atender as necessidades da PSR, somado à violência como linguagem e estratégia de sobrevivência nas ruas, são elementos que reforçam as barreiras estruturais e simbólicas para o cuidado. Essa realidade, aliada à omissão do Estado e à inadequação das políticas públicas, agrava a situação de vulnerabilidade social e sanitária dos homens em situação de rua.

Este estudo, portanto, reafirma a necessidade urgente de que as políticas e serviços de saúde sejam preparados e estruturados para lidar com as particularidades dessa população, adotando abordagens intersetoriais que considerem os determinantes sociais de saúde, as dimensões de gênero e masculinidades, bem como as especificidades da vida nas ruas. É preciso dar condições para que os homens em situação de rua pensem em saúde, entendam-se como sujeitos de direito e que precisam e podem receber cuidado.

Colaboradores

Campos DA (0000-0001-6914-1184)* e Moretti-Pires RO (0000-0002-6372-0000)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Ribeiro CR, Gomes R, Moreira MCN. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. *Physis*. 2017;27(1):41-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000100003>
2. Abreu MD, Campos DA, Cardoso HM, et al. Construções de masculinidades entre pessoas moradoras de rua: uma revisão de escopo. *Saude Soc*. 2024;33(2):e220927pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024220927pt>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Connell RW, Messerschmidt JW. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. *Rev Estud Fem*. 2013;21(1):241-282. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100014>
4. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Editora José Olympio; 2018.
5. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania (BR). População em situação de rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registro administrativo e sistemas do Governo Federal. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania; 2023.
6. Henry M, Bishop K, Sousa T, et al. The 2017 Annual Homeless Assessment Report (AHAR) to Congress. USA: The U.S. Department of Housing and Urban Development; 2017. 94 p.
7. Australia Government. Specialist homelessness services annual report 2021–22. Australian Institute of Health and Welfare; 2023.
8. Porto Alegre (RS), Fundação de Assistência Social e Cidadania. Relatório Final de Pesquisa: Cadastro de Adultos em Situação de Rua de Porto Alegre/RS. Porto Alegre: FASC; 2016.
9. Curitiba (PR), Fundação de Ação Social. Pesquisa sobre população em situação de rua de Curitiba. Curitiba: FAS; 2016.
10. Instituto Comunitário Grande Florianópolis (SC). Diagnóstico Social Participativo da População em Situação de Rua na Grande Florianópolis. Florianópolis: ICOM; 2017.
11. Natalino MAC. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil 2012 a 2022. Rio de Janeiro: Ipea; 2023.
12. Organização das Nações Unidas. Informe de la Relatora Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho humano. Ginebra: Consejo de Derechos Humanos; 2015.
13. Giorgetti C. Moradores de rua: uma questão social? São Paulo: Fapesp – Educ; 2014.
14. Ministério da Saúde (BR). Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
15. Campos AG, Leão ER. What is the pain in homeless people? *J Nurs UFPE Online*. 2015;9(10):1626-1629. DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.8463-73861-2-SM.0910sup201534>
16. Resende VM, Santos AA. A representação de pessoas em situação de rua quando vítimas de chacina: uma análise discursiva crítica. *Rev Lat Am Estud Discurso*. 2016;12(2):81-102.
17. Genuchi MC. The role of masculinity and depressive symptoms in predicting suicidal ideation in homeless men. *Arch Suicide Res*. 2019;23(2):289-311. DOI: <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1428705>
18. Oliffe JL. Connecting Masculinities to Men's Illness Vulnerabilities and Resilience. *Qual Health Res*. 2023;33(14):1322-1332. DOI: <https://doi.org/10.1177/10497323231198967>
19. Kennedy DP, Brown RA, Golinelli D, et al. Masculinity and HIV risk among homeless men in Los Angeles. *Psychol Men Masc*. 2013;14(2):156-167. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0027570>
20. Bosi MLM, Mercado FJ. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2007.
21. Magnani JGC. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. *Rev Bras Ci Soc*. 2002;17(49):11-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092002000200002>
22. Cardona MGG, Cordeiro RM, Brasilino J. Observação no cotidiano: um modo de fazer pesquisa em psicologia social. In: Spink MJ, editor. *Escritos de Educação*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2014. p. 123-148.

23. Braun V, Clarke V. What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers?. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2014;9:26152. DOI: <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152>
24. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção I; Edição 112:59-62.
25. Andrade LP, Costa SL, Marquetti FC. A rua tem um imã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. *Saúde Soc*. 2014;23(4):1248-1261. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400011>
26. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(1):115-124. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100012>
27. 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):227-239. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213216>
28. Holanda JG. Se virando no sistema da rua: Moradores de rua, conceitos e práticas. *Civitas Rev Ciênc Soc*. 2019;19(1):28-44. DOI: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2019.1.30941>
29. Barbosa APS, Andrade TLC, Silva KSM, et al. Avanços e desafios na saúde do homem: uma revisão de literatura. *Res Soc Dev*. 2023;12(2):e10012240006. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i2.40006>
30. Cassal M, Fernandes T. A População Negra em Situação de Rua e a Covid-19. *Tessituras*. 2020;8(1):97-104.
31. Menezes AC, Campos TD. Promoção de ações educativas de saúde na população em situação de rua. In: Sanabio D, Barros EBR, editores. *Trabalhos da II Mostra de Extensão da PUC Minas*. Belo Horizonte: PUC Minas; 2017. p. 148-156.
32. Braga AA, Carauta AAF. Futebol, gênero e homossexualidade nas redes sociais: a masculinidade no circuito comunicacional do WhatsApp. *Intercom Rev Bras Ciênc Comun*. 2020;43(1):165-190. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-5844202019>
33. Vale AR, Vecchia MD. “UPA é nós aqui mesmo”: as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. *Saúde Soc*. 2019;28(1):222-234. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180601>
34. Ferreira DG, Bortoli MC, Pexe-Machado P, et al. Sexual violence against men in Brazil: underreporting, prevalence, and associated factors. *Rev Saúde Pública*. 2023;57:23. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004523>
35. Antonio MD. A “Operação mata-mendigos” (Rio de Janeiro, 1962-1963) às margens de alguns livros. *Simbólica*. 2020;7(2):163-180. DOI: <https://doi.org/10.47456/simbitica.v7i2,%20jan.-jun..32598>
36. Nascimento-Nonato D, Raiol RWG. Pessoas em situação de rua e violência: entrelaçados em nome da suposta garantia de segurança pública. *Rev Direito em Debate*. 2018;27(49):90-116. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-6622.2018.49.90-116>
37. Jorge LS. Violência x cidadania: percepções do controle social exercido aos moradores de rua no município de Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2020.
38. Caravaca-Morera JA, Padilha MI. A dinâmica das relações familiares de moradores de rua usuários de crack. *Saúde debate*. 2015;39(106):748-759. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030015>
39. Medeiros RP. Entre as andanças e as travessias nas ruas da cidade: territórios e uso de drogas pelos moradores de rua. *Civitas Rev Ciênc Soc*. 2019;19(1):142-158. DOI: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2019.1.30759>

40. Friedrich MA, Wetzel C, Camatta MW, et al. Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua. *J Nurs Health*. 2019;9(2):e1992022. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v9i2.13443>
41. Silva AS, Barbosa MGA, Rocha AA, et al. Saúde do homem: dificuldades encontradas pela população masculina para ter acesso aos serviços da unidade de saúde da família (USF). *Braz J Health Rev*. 2020;3(2):1966-1989. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-055>
42. Hamada RK, Alves MJM, Hamada HH, et al. População em situação de rua: a questão da marginalização social e o papel do estado na garantia dos direitos humanos e do acesso aos serviços de saúde no Brasil. *Rev APS*. 2018;21(3). DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16041>
43. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(7):1497-1504. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00143114>

Recebido em 17/11/2023

Aprovado em 09/12/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Bolsa de doutorado do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Editora responsável: Gicelle Galvan Machineski

Return-to-Work challenges from workers' perspective after work-related sick leave

Desafios do Retorno ao Trabalho na perspectiva dos trabalhadores após afastamento por agravos do trabalho

Karen Grecco de Freitas¹, Patrícia Campos Pavan Baptista², João Alberto Camarotto¹, Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva¹, Fernanda Maria de Miranda¹, Vivian Aline Mininel¹

DOI: 10.1590/2358-2898202514491471

ABSTRACT Return to Work (RTW) involves several social stakeholders to build collective and integrated strategies based on shared objectives that facilitate employees' reintegration and retention at work. This process must consider the biopsychosocial aspects of workers and workplace conditions. This qualitative research aimed to identify RTW challenges from workers' perspectives after work-related sick leave. We interviewed eight workers who were victims of occupational diseases or accidents and were treated by a Brazilian Public Occupational Health Service. We analyzed the statements considering theoretical and methodological approaches of RTW, Psychodynamics of Work, and Discourse Analysis. The results showed that RTW persists as a problematic experience and workers do not receive adequate support from stakeholders. Services are unprepared and incipient in case management, emerging and escalating negative feelings throughout the RTW process. We believe that Public Occupational Health Services should lead the RTW process with the involvement of stakeholders and focus on disease-affected workers' needs.

KEYWORDS Occupational health. Return to Work. Accidents, occupational. Occupational diseases.

RESUMO O Retorno ao Trabalho (RT) envolve diversos atores sociais na construção de estratégias baseadas em objetivos comuns que facilitam a reintegração e manutenção dos trabalhadores no trabalho. Este processo deve considerar os aspectos biopsicossociais dos trabalhadores, bem como as condições do local de trabalho. Buscou-se identificar os desafios do RT na perspectiva dos trabalhadores após afastamento por agravos do trabalho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Foram entrevistados oito trabalhadores vítimas de doenças ou acidentes ocupacionais atendidos por um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Os discursos foram analisados considerando abordagens teórico-metodológicas do RT, da Psicodinâmica do Trabalho e da Análise do Discurso. Os resultados mostraram que o RT continua a ser uma experiência difícil e os trabalhadores não recebem apoio eficaz dos diferentes atores sociais; há despreparo e incipiência dos serviços na gestão dos casos, surgindo e intensificando sentimentos negativos ao longo do processo de RT. Acredita-se que os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador devem liderar o processo de RT com o envolvimento dos atores sociais e centrar-se nas necessidades dos trabalhadores vítimas de agravos do trabalho.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do trabalhador. Retorno ao Trabalho. Acidentes de trabalho. Doenças profissionais.

¹Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos (SP), Brasil.
vivian.aline@ufscar.br

²Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.



Introduction

Work is a relevant determinant of health. It can positively affect workers and provide social status, personal development, social relationships, and improved self-esteem, household income, and economic aspects¹. Moreover, work is not an external environment but something internal that triggers satisfaction and recognition². On the other hand, work can also cause distress and alienation, forcing workers to struggle to protect themselves from the impositions of labor organization³ and the accident and disease risks.

Over the years, workers' distress has increased due to substandard working conditions from poor public policies that accentuated control over work-related social movements, particularly the unions⁴.

Workplace organization imposes rules for conducting work that affects workers' health and elevates work absenteeism^{5,6}, escalating individual distress. On this matter, the International Labor Organization (ILO) estimates approximately 2.78 million annual deaths due to work-related injuries, 2.4 million of which refer to illnesses, besides 374 million non-fatal work accidents⁷.

The Brazilian National Social Security Institute (INSS) is a governmental insurance/compensation system for regular jobs, paid by employees and employers, which includes employees hired by the Consolidated Labor Laws (CLT), domestic workers, self-employed, and independent workers. The INSS grants benefits for work disability from the 16th day of sick leave conditioned to a physician medical examination report⁸. Notably, informal work represents almost 50% of the Brazilian workforce, and any compensation system does not cover workers in this condition. However, they can access and receive assistance from the Brazilian Unified Health System (SUS) – a universal public system.

SUS financial support is essential for funding public health actions and services, leading to improvements in people's quality

of life and health indicators, especially for the low-income population in the several health-care lines⁹, which include workers' care. The SUS offers universal access to all healthcare services, regardless of employment condition, which includes the Public Occupational Health Services – POHS (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Ceresst), a strategy to ensure workplace and workers' health promotion. Some 215¹⁰ POHS are spread across Brazil, and each has a multi-professional team that works together in prevention and the promotion of occupational health through inspections in work environments, workers' assistance, and technical support to Primary Healthcare (PHC).

To ensure the success of Return to Work (RTW), rehabilitation of work-related injuries or illnesses must address workers' physical and psychological aspects by a multidisciplinary team, considering their skills to adapt to work¹¹. Different stakeholders' collaboration and commitment are needed to reestablish workers' biopsychosocial health and capacities and then provide workplace accommodations and support to enable their reintegration.

Stakeholders and workers must interact through a multi and transdisciplinary action to identify the factors influencing RTW and design strategies based on different contexts¹². This process is based on communication, negotiation, and personal perspectives to reach decisions that address workers' and employers' needs¹³. Strategies must focus on workers' active participation considering the new health conditions, professional requirements, the workplace¹⁴, and perceived self-efficacy¹⁵.

A literature review pointed out that interventions with positive results for RTW included several components, including health, service management, and workplace accommodations, considering individual and social factors. Multifactorial and multidisciplinary interventions reflect in the final results and decrease time away from work and expenses with disabilities¹⁶. Meanwhile, in Brazil, interventions for RTW that can include different

stakeholders and workers' biopsychosocial aspects are still embryonic, such as a few examples implemented by some POHS¹⁷⁻¹⁹.

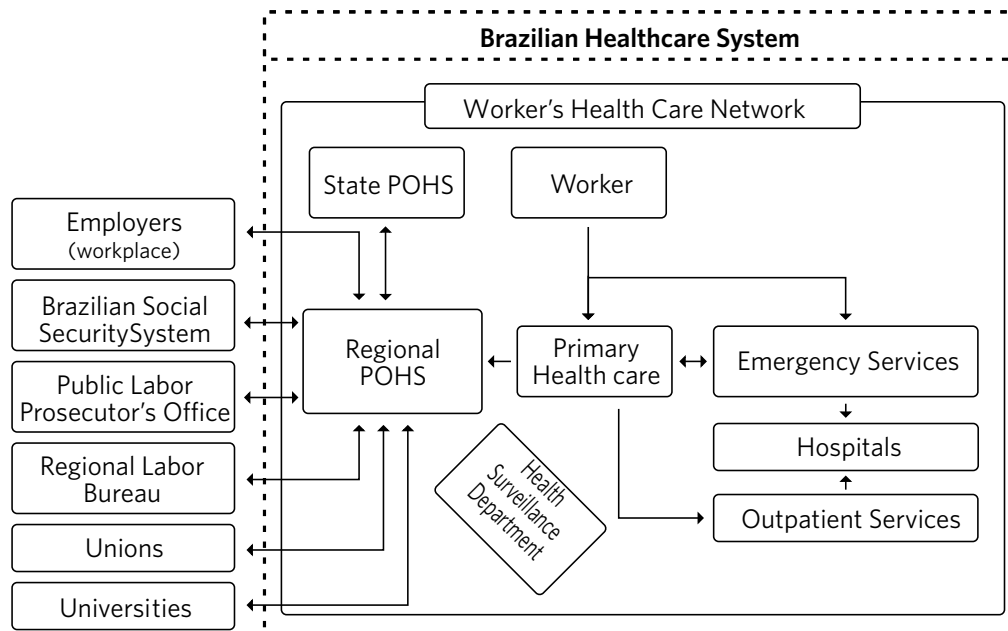
Considering the above, this study aimed to identify RTW challenges from workers' perspectives after work-related sick leave.

Material and methods

This qualitative and descriptive-exploratory study was based on the French Discourse

Analysis (DA), which identifies the senses and meanings of situations experienced by individuals²⁰. It was conducted in a regional POHS in the countryside of the state of Sao Paulo, Brazil. This service relies on a multiprofessional team involving nurses, doctors, social workers, physiotherapists, psychologists, engineers, occupational safety technicians, administrative assistants, cleaning assistants, drivers, and occupational health surveillance inspectors. POHS communication with different stakeholders can be seen in *figure 1*.

Figure 1. POHS communication with Brazilian different stakeholders



Source: Created by the authors (2023).

Inclusion criteria were to be a worker of legal age who had been away from work for at least fifteen days due to work-related injuries or illnesses, who had been assisted by POHS in 2017 and 2018, and who had already returned to work at the time of contact. Despite recognizing the differences between the nature of work-related injuries and illnesses, we opted to include the different situations that motivated work leave once

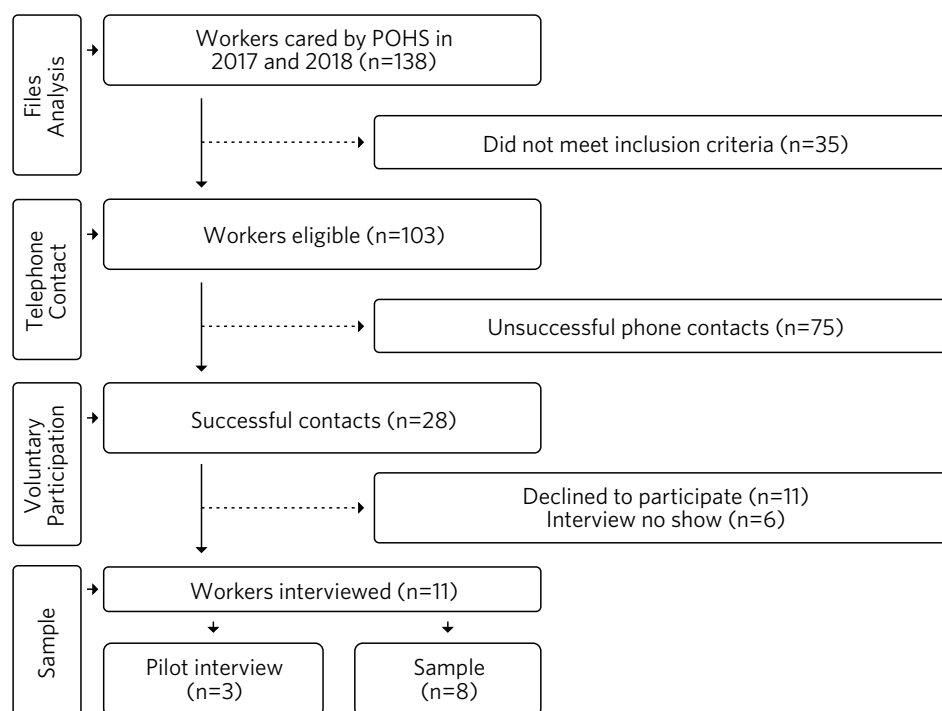
the object of investigation is RTW and the role of POHS in this process, regardless of the factor that triggered the leave.

We collected data in two stages; first, we analyzed 2017 and 2018 files from POHS to identify workers meeting the inclusion criteria. Then, we performed face-to-face semi-structured individual interviews following a pre-conceived roadmap with characterization data and six questions

regarding RTW experience. Three pilot interviews were conducted to validate the roadmap, and they did not compose the

sample. *Figure 2* shows a flowchart of data collection procedures.

Figure 2. Sampling design for data collection



Source: Created by the authors (2023).

All interviews were held in a private room and were audio and video recorded, an indispensable strategy for the theoretical and methodological framework adopted in the study, which considers verbal and non-verbal discourses. Data were analyzed based on the French DA, evolving to three-stage analysis without pre-established interpretation: de-superficialization was used for the passage from the linguistic surface (stage 1: text) to the discursive object (stage 2: discursive formation), and interpretation gestures were included for reaching the discursive process (stage 3: ideological formation)²¹.

We aimed to achieve the senses and meanings in each worker's statement. Therefore,

it was necessary to understand concepts pointed out in DA as a production condition, which refers to circumstances in which discourses are produced; corpus, which includes material for analysis, selecting discursive fragments; forgetting n.1 related to enunciation, an unconscious and ideological process in which subjects have the illusion of being the origin of their statement; forgetting n.2 linked to subjectivity, in which subjects select the words and discursive sequences from others to use in their statement; and metaphor and metaphorical effect, which represents a slip in the discourse, referring to some discursive formation, promoting a change of meaning²¹.

This research was approved by the Research Ethical Committee of the Federal University of Sao Carlos, Brazil, under the Certificate of Presentation for Ethical Appreciation N° 08627819.6.0000.5504 and approval N° 3.291.225. All participants signed the consent form for participation. All ethical human research principles, as outlined in the Resolutions of the National Health Council (CNS) N° 466²², dated December 12, 2012, and N° 510²³, dated April 7, 2016, were respected.

Results

We interviewed eight participants, five men and three women aged between 26-66 years, working in these professions: clerk, production assistant, smelter, logistics assistant, engine rectifier, cleaning assistant, driver, and nursing technician. Concerning education level, four did not complete elementary education, three completed high school/vocational training, and one completed higher education.

Sick leave occurred from 2014 to 2018, with a minimum duration of one month and a maximum of two years. Five of them left due to work-related illnesses (spondylolisthesis, painful shoulder syndrome, adaptation disorder, low back pain, and tendinopathy in the right shoulder), and three due to work-related injuries (falling at the same level, falling to a lower level, and fracture of the left ankle due to a motorcycle accident). At that time, all workers received compensation from INSS, but only five reported that their conditions were recognized as work-related.

All workers reported returning to the same employer after rehabilitation. However, two returned to different activities. Most workers had their work positions changed after a specific RTW time. At the interview, two workers were unemployed, two retired (but they

did informal side jobs to supplement their income), and four were employed – only two in formal employment; the other two became Uber driver and painter. Moreover, all workers reported health impairment resulting from the injury that triggered their work leave; however, only six did rehabilitation at the POHS.

Through DA, we found that all respondents assumed predominantly the discursive formation of workers in a subordinate relationship, resulting from hierarchical power relationships in their work experiences. As a result of de-superficialization, workers were characterized as hired workers with formal jobs and pre-established working hours without holding higher or hierarchical positions in the companies.

Concerning non-verbal discourse, some workers showed anxiety during the interview; some more intensely expressed by holding and shaking hands, hitting keys on the chair, and having difficulty finding words to explain how they felt. Sometimes they laughed ironically and sarcastically, paused throughout statements, expressed pain, showed indignation, breathed deeply, emphasized some words, and simply gazed. However, some statements were clear and objective, with expressions of satisfaction and joy when discussing work, implying its meaning. These behaviors expressed in non-verbal discourse show work's marks on workers and the RTW experience.

Workers' statements were separated into discursive fragments (*corpus*) and were shown in *tables 1 to 3*. To protect their identities, they received the letter 'W' referring to the first letter of 'Worker' followed by a cardinal number. Each table contains a segment corresponding to the guiding question and some discursive fragments that define that segment. *Table 1* presents the RTW process corpus as per the participants.

Table 1. Discursive fragments about the RTW process

"Ah! It was very smooth, I started coming back little by little, I went back to the same job and in the same position, but I went back slowly, you know?! [...] I did the same thing but not in the same place [...] I worked with people I used to work before, so I got back much more slowly, without intense demand... that's it". W.1 (anxious behavior, squeezing fingers on legs).

"[silence] no, for me it was normal... I came back normally as if nothing had happened [...] I didn't show that I was suffering [...] my work there is [...] it was a lot for one person, but I was there, steady and strong, you know?! We need to work, we depend on it, you know... you have to do it... [laughs] It is not a job you say 'wow' but it is your job... you must do everything there yourself". W.3 (anxious behavior).

"At first, it was a little hard, I had a hard time to get back to my activities, because the pain still bothered me a little so much [...] so, I did not stay long in the company afterward, I was no longer able to develop my work as before, understand?!". W.4 (anxious behavior).

"Ah it was difficult, right, because the INSS [National Social Security Institute] discharged me without me being properly able to go back to work... I suffered a lot [...] if you went to court, sometimes you won, sometimes you didn't; so that you lost time and you didn't receive any compensation from the employer [...] you were obliged to sacrifice yourself [...] the INSS is complicated... sometimes you have a medical certificate proving everything [...] and sometimes doctors don't consider it, I don't know why". W.5 (objective speech, suggesting indignation).

"Look, the process was very hard, because I stayed... how long it took... [company] didn't have a place yet to place me [...] I mean... I wanted to go back to work, but they didn't have a place to place me yet, right, so I was waiting at home [...] so, this is a concern when we come back from leave for rehabilitation, it was kind of complicated, I had to fight [laughs irony]". W.8 (looks up, contemplative, seeming to look for words to explain).

Source: Prepared by the authors.

RTW was considered a complicated process, and workers highlighted the challenge of performing activities with a newly impaired condition, facing the lack of assistance and disregard of stakeholders such as the INSS and employers. Even when workers shared positive experiences (as cited by W.1), in a slip in the discourse, we can see him mentioning that the workplace still requires adjustment. W.3 mentioned obligations and overload imposed by the workplace and the need to remain strong and look perfectly able to perform job tasks; distress is aggravated when workers do not feel capable of carrying out a task, as pointed out by W.4. Table 2 shows the workers' feelings during the RTW.

Table 2. Discursive fragments about the workers' feelings during the RTW

"Ah, I felt a little insecure at first with the movement... and not being able to go back to work, but then I felt confident and it was smooth, I had no issues". W.1 (objective speech).

"Look, I felt humiliated [...] before I had the accident, my superior and everyone used to talk to me, and when I returned they started chit-chatting about me in the corner [...] looking at me from head to toe". W.2 (responds quickly and directly).

"[...]it is as if you already feel like a person who has not already fit, being no longer useful [...] it interferes a lot with the psychological [...] people charge you [...] they will not assess in-depth if you are really able to do that again [...] in fact, they [employers] want results, they want a performance from you [...] then you feel like... it's not right like this, but kind of invalid because... you want to do it, but you can't do it anymore... and people look at you with that kind of demand, you know? They think 'he is dragging his feet about work', get it?!". W.4 (anxious behavior, keeps rolling paper with hands).

"Ah, a feeling of revolt... [facial expression of lamentation] because you have no right attendance... because there is all evidence proving that you had an accident, injury, and all. I went through medical examination [...] and you have to work and sometimes with pain". W.5

"Look... [slight smile of irony] summing up... like a trash, nothing, dog without owner [...] I felt like crap myself, a human beggar, a parasite. I was totally dependent on everyone. Today I am still dependent, but at least I can walk; I lie down on the days I have pain [...] so I didn't fall because I wanted to, I didn't throw myself... it was an accident, and the company I work for did not provide any assistance [...] so I was nothing more than a crumpled paper to be thrown in the trash. And today I was left out". W.6

Source: Prepared by the authors.

Workers pointed out negative feelings about the RTW process, such as humiliation, revolt (indicated by W.2 and W.5), and profound distress manifested by guilt, uselessness, and incompatibility with productivity and multifunctionality expected by the labor market (as said by W.4 and W.6). Workers' distress deteriorates due to sustained need

to prove the (dis)ability and their new health conditions (as stated by W.5). W.6 expressed through a metaphorical effect that he feels like 'dog without his owner', 'trash', 'parasite', i.e., helpless by all, fighting for their recognition and acceptance. Table 3 shows additional RTW considerations made by the participants.

Table 3. Discursive fragments about the additional RTW considerations

<i>"It was not respected [referring to the medical letter for job accommodation]. I was in the same role, they just made me change machines, my machine was an average machine, he [employer] put me to work with a bigger machine [ironic laughs]". W.2</i>
<i>"We always wait, because you give yourself so much to someone or a company and then you think it was not what you thought it was. So it's just a matter of employers looking a little more closely at employees [...] you cannot treat a human being as if he or she were a machine, an instrument you put there, click on the button and go... you end up carrying out your task until you feel burned out but it's not like that, get it?! It's a life and a life is priceless". W.4 (anxious behavior).</i>
<i>"The INSS does not provide rehabilitation, the person goes back to work even worse, then the person has to be absent again... there is no validity, the treatment does not coincide with the date, it seems that the insurer and healthcare systems do not speak the same language. There must be a follow-up by both with the right treatment and person". W.5.</i>
<i>"[...]everywhere I go, this work is not done with employees. For instance, when an employee is having a problem, they keep replacing... they do not assess why it is happening, what is happening [...] and the big problem I see is the poorly prepared leadership". W.8 (objective speech).</i>

Source: Prepared by the authors.

At the end of each interview, we provided workers with the opportunity to make their final considerations. All of them reinforced the invisibility of the working class associated with its historical disrespect, mostly with punitive measures (as experienced by W.2). Historically, workers have been marked by exploitation, lack of trust, and hierarchical imposition, suffering punishments from different areas.

Discussion

In many situations, workers hide their distress in a defensive strategy to circumvent it³ and for fear of supervisors' and peers' retaliation and stigmatization. On the other hand, many workers leave the company because they can not meet the job demands. Workers experience

hardships and feelings of embarrassment due to fear of judgment and labeling by peers, caused by employers' unpreparedness to offer a compatible job with the new condition²⁴.

Beyond physical impairment and distress, workers also faced the limitation of healthcare services and professionals in handling cases. They needed to present evidence that proves their disability in several situations. However, not always employers and supervisors recognized it, so they had to submit to tasks unsuited for their abilities, as experienced by W.5. Lack of communication about worker disabilities also happened between health providers and the compensation system. Sometimes, workers are judged as pretending their situation by doctors, who deny the link of injury or illness with work, suggesting a "disqualification of the social recognition of illness due to work"²⁵⁽⁹⁾.

The new health conditions of workers on RTW are often invisible to employers, who, therefore, do not offer possibilities of accommodations or work position changes. Workers must fight to be respected in their needs and reach appropriate readaptation (as said by W.8), which is not always possible due to the unbalanced power between them and the employers. Practicing a collaborative model aimed at disability management involving different stakeholders, including the worker, has a satisfactory impact on RTW²⁶, resulting in environments modified per the workers' needs and health conditions. Invisibility is found in many musculoskeletal or mental disabilities. If, on the one hand, the pathology itself carries this trait, on the other, peers and supervisors also tend to struggle in recognizing the issue. In this aspect, peers and supervisors should not be blamed, as they are frequently unaware of the disease's nature and evolution and they reflect the organizational culture.

Workers' invisibility can be explained by contradictions in the country's worker health development models. Although advances have been made in those models, the social determination of the health-disease process is still secondary, keeping actions focused on instruments and standards limited to the workplace²⁷.

Brazilian public health policies consider work a determinant of health, and SUS must provide unrestricted services and actions aimed at all workers. In this sense, the Health Care Network (RAS) plays an important role in identifying and monitoring the impacts of work-related distress on the population's health through its relationship with society and holistic view of healthcare. It also promotes occupational health, strengthening such policies and workers' rights²⁸.

However, a study pointed out that the RAS actions in this area are unstructured and fragmented despite occupational health having a considerable legal framework. Gaps are identified as the lack of recognition of work-related injuries through the SUS entry points,

fragmented care actions, lack of knowledge regarding the surveillance of working bodies in occupational health, conducting actions with a curative rather than preventive nature, and the lack of the worker's leadership²⁹, point to challenges in implementing networking and, consequently, comprehensive health care³⁰.

Even so, the SUS stands out as an important stakeholder in the RTW process, where the worker seeks healthcare, disease diagnosis, and its connection with labor, treatment, rehabilitation, and guidance. The POHS acts and provides technical support to all SUS services in the aforementioned occupational health actions.

The SUS role does not exempt workers from seeking proof of the connection between their illness and work through examinations, expert opinions, or the registration of occupational accident communication, which, even so, may lead to non-recognition by the INSS³¹.

At the INSS, the challenges faced by the workers in the RTW process are enhanced due to the resumed assessment based on the biomedical model for admission to rehabilitation and subsequent RTW, which cancels the assessment by the multi-professional team and emphasizes the physical aspect to be admitted to such program³².

Social relationships in the workplace were adversely modified after reintegration and made workers feel excluded and victims of prejudice and stigma, which also happened in other places, such as the compensation system, showing the exclusion of workers if there is no proof of their disability. The participants affirmed that they are neglected and ignored even when workers have some evidence. A study suggests that compensation systems should use a framework to recognize the relationship between injuries or illnesses and work because, in some cases, medical experts' distrust of workers' psychosocial aspects generates anger, humiliation, embarrassment, and impotence³¹.

In this context, the workers' experiences emerged in verbal and non-verbal discourses,

bringing impacts of the disarticulation of stakeholders and the approaches, with stances that may suggest feelings and behaviors resulting from the experiences during the process of sick leave and RTW, such as distress, stress, tension, feelings of depreciation and disbelief. However, by placing themselves objectively, they may also express their convictions and viewpoints on the situation experienced.

Workers feel guilty about these feelings. It is a common practice to blame workers for mistakes and point them out as replaceable, not considering how workplace organization and conditions can contribute to injuries and illnesses³³. When workers workability and productivity are affected by occupational problems, they are replaced and abandoned.

Disability appraisal and INSS benefits are granted upon assessment by a federal medical expert to workers with a formal employment contract or social security contributors³⁴. This fact attributes the recognition of the work-related injury to the analysis of documentation provided by the worker, the employer accident's recording, and the crossing of data relating to the illness, occupation, and economic activity of the company to which the worker is linked and is subjected to the expert physician's judgment.

It is up to other stakeholders, especially the public health sector, to incorporate excluded workers and implement care and surveillance actions in occupational health in unarticulated fashion. This group comprises workers who are not insured by Social Security or who are ineligible for this organization's Rehabilitation Program for subsequent RTW, given the reduction of its objective to professional guidance and the exclusion of "attention in physical and psychosocial rehabilitation for workers with disabilities"³⁵⁽⁴⁾.

Work is so meaningful and central in individuals' lives³⁶ that health problems that compromise workers' performance cause loss of identity, as evidenced by W.4. Societies are still marked by capitalist market logic and are based on consumerism. Power is concentrated

in the hands of the few, who remain with an individualistic, unequal, hierarchical behavior. They do not show concrete social policies based on equity, access, and fair opportunities for each worker³⁷, considering individuals' conditions and needs.

Capitalism's impulse continues to deteriorate workers' health in favor of profits in a historic way, currently reaching reductions and simplifications of occupational safety standards³⁸, with contract flexibility, new recruitment forms, and substandard work. Capitalist and neoliberal logic shapes work precariousness since it requires heavy burdens and exploits workers. Profits are at the expense of health, with physical and psychological impacts on workers. W.4 expresses this claim, calling for a human and holistic perspective from employers to workers who are still ignored as human beings and treated subordinatedly. The increasing demand for productivity makes workers the victims of capital and its alienating manipulation, which enslaves workers to its logic of maintaining enrichment and social position to those who hold power. We should not disregard that organizations exploit workers to the limit,

imposing on them the deeper meaning of their commercialization: the abbreviation of their time of use as a result of their deepened characteristic of highly disposable merchandise due to illness³⁹⁽⁴²³⁾.

Workers also pointed out that institutional unpreparedness in occupational health management compromises their constant relocation between jobs. There is no dialogue between workers and employers to invest in improvements based on workers' considerations. This disarticulation extends to the insurer/compensation and healthcare systems (as cited by W.5), promoting disastrous effects on workers' lives and health, such as RTW impairment and loss of compensation benefits, besides psychological, economic, and social impacts on workers.

This also reinforces the relevance and need for work disability management and the implementation of RTW programs with a biopsychosocial approach for workers, considering their feelings and meanings triggered by work, besides the work environment⁴⁰. Different stakeholders must be involved in this process, such as representations from the workplace, the health system, and social security. Furthermore, partnership must be promoted and co-responsibility for RTW must be highlighted, in addition to the active participation of workers throughout the entire process¹⁷.

Concerning insurer/compensation and healthcare systems interaction, there are no cooperation movements, communication, or even crossing information systems that allow understanding of workers' health conditions, with failures in the performance of both sectors⁴¹. Difficulty in interaction and collaboration is also seen worldwide due to service fragmentation and the restriction of professionals' time, which leads to insufficient use of information and consequently to the same approaches by different stakeholders⁴², although public policies have disseminated the development of intersectoral actions over time.

The lack of clear guidelines for their implementation in the daily practice of services has been recurrent, and their effective exercise brings challenges to the sectors involved⁴³⁽⁴⁰⁴⁰⁾.

Due to the transfer of responsibility for implementing occupational health actions to the professionals who perform them and lack of funding, actions are centralized on the healthcare system⁴³.

In this way, the intersectorality remains a challenge for occupational health actions. Different stakeholders, with specific responsibilities for the same public, perform fragmented actions or sometimes implement confused and overlapping actions caused by poor coordination. This backdrop also reflects high work demands and an insufficient

number of professionals to perform occupational health actions⁴⁴, contributing to the lack of partnership.

Finally, workers' participation in decision-making is a point of singular importance to consider in the RTW process. This should make actions consistent since workers know all their job specifications, identifying and analyzing expectations and strategies incompatible with their health condition⁴⁵. Therefore, shared and participative leadership is crucial in promoting dialogue, listening, and valuing everyone involved.

This study has limitations: We had to interrupt data collection due to the COVID-19 pandemic restrictions, which limited the number of interviews. Nevertheless, we believe this did not compromise the findings and their importance to the research field.

Final considerations

Most workers still experience a difficult RTW, aggravated by the lack of coordination of all stakeholders. They also mentioned the unpreparedness, disrespect, and institutional neglect by lack of assistance from the compensation/insurance system, which disregarded workers' health conditions, discharging them early, resulting in worse disability and increased distress. It also perpetuates incipency among the sectors concerning the workers' health, bringing out negative feelings and escalating the worker's distress in the RTW process.

Given these workers' challenges, the POHS stands out in providing assistance and orientation to all workers and monitoring work-related illness cases. It also provides technical support to SUS services for occupational health actions and can establish partnerships with stakeholders. However, its RTW actions are still incipient, emphasizing the individual aspect and actions with a curative nature.

Notably, in the Brazilian context, there are no specific policies aimed at RTW, which contributes to weak actions, lack of

partnership among stakeholders, and no active worker participation to ensure a safe and sustained RTW.

Therefore, stakeholders need to move toward establishing interaction, discussions, collaboration, and active participation of workers to seek a sustained RTW, focusing mainly on workplace adjustments and negotiation to their new health condition. For the Brazilian context, it means strength in the intra (i.e., with different services and professionals from SUS) and intersectoral coordination (i.e., INSS, POHS, Ministry of Labor regionals, and occupational safety and health inside companies).

Strengthening PHC and occupational health services is crucial to ensuring proper occupational health prevention and promotion strategies because those sectors are linked and care for workers' health. Also, PHC could map the workers' health profile in its area and work together with other sectors, like workplace surveillance, to look for safe and healthy work environments.

Surveys covering operational and stakeholder interaction difficulties contribute to the design of strategies to address obstacles,

adapt the approach, and increase the worker's involvement in the RTW process.

Collaborators

Freitas KG (0000-0003-1282-4894)* contributed to the conception and design of the work; data acquisition, analysis, and interpretation for the work; writing of the manuscript and critical review of the intellectual content; final approval of the version to be published. Baptista PCP (0000-0003-1433-6456)*, Camarotto JA (0000-0003-2578-609X)*, Silva JAM (0000-0002-8307-8609)* and Miranda FM (0000-0003-2198-2827)* contributed to analysis and interpretation for the work; writing of the manuscript and critical review of the intellectual content; final approval of the version to be published. Mininel VA (0000-0001-9985-5575)* contributed to the conception and design of the work; data analysis and interpretation for the work; writing of the manuscript and critical review of the intellectual content; final approval of the version to be published. ■

References

1. World Health Organization. Protecting workers' health [Internet]. Geneva: WHO; 2017. [accessed 2023 Nov 2]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers'-health>
2. Amaral GA, Mendes AMB, Chatelard DS, et al. Siting the Concept of Sublimation within the Psychodynamics of Work. *Revista Polis e Psique* [Internet]. 2017 [accessed 2024 Dec 20];7(3):200-23. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2017000300012&lng=pt&tlng=
3. Dejours C. Trabajar hoy: Nuevas formas del sufrimiento y de acción colectiva. In: Wlosko M, Ros C, coordinación general y compilación. *El trabajo entre el placer y el sufrimiento*. Provincia de Buenos Aires: Edunla Cooperativa; 2019. p. 51-69.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Dejours C. Psychodynamique du travail et politique: quels enjeux ?. *Travailler*. 2016;36(2):75-90. DOI: <https://doi.org/10.3917/trav.036.0075>
5. Rudbeck M, Johansen JP, Omland Ø. A Follow-Up Study on Return to Work in the Year After Reporting an Occupational Injury Stratified by Outcome of the Workers' Compensation System. *JOEM*. 2018;60(6):542-7. DOI: <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001274>
6. Bubonya M, Cobb-Clark DA, Wooden M. Mental health and productivity at work: Does what you do matter? *Labour Economics*. 2017;46:150-65. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2017.05.001>
7. Internacional Labour Organization. Safety and Health at the Heart of the Future of Work - Building on 100 years of experience [Internet]. Geneva: ILO; 2019 [accessed 2023 Nov 3]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_687610.pdf
8. Coelho RM, Nunes MAP, Gomes CVC, et al. Time trends and social security burden of temporary work disability due to chronic venous disease in Brazil. *BMC Public Health*. 2020;20(477). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08563-2>
9. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*. 2019;394:345-56. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)
10. Ministério da Saúde (BR), Vigilância em Saúde e Ambiente, Saúde do Trabalhador. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador [Internet]. [accessed 2024 Dec 20]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador/renast>
11. Vargas AC, Santos ACT, Souza RM, et al. Users' perception of a professional rehabilitation service. *Rev Bras Saude Ocup*. 2017;42:e11. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-636900011716>
12. Bilodeau K, Tremblay D, Durand MJ. Exploration of the contexts surrounding the implementation of an intervention supporting return-to-work after breast cancer in a primary care setting: starting point for an intervention development. *J Multidiscip Healthc*. 2018;11:75-83. DOI: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S152947>
13. Ansoleaga E, Garrido P, Domínguez C, et al. Return to work enablers for workers with work-related mental illness. *Rev Med Chile*. 2015;143:85-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000100011>
14. Pardo JMV, García AL-G. Psychosocial Factors as Predictors for Difficult Labor Return after Incapacity. *Med Segur Trab* [Internet]. 2018 [accessed 2024 Dec 20];64(250):50-74. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v64n250/0465-546X-mesetra-64-250-00050.pdf>
15. Corbière M, Negrini A, Durand M-J, et al. Validation of the Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) with Workers Suffering from a Common Mental Disorder or Musculoskeletal Disorder. R-982 Studies and Research Projects. Montréal: IRSST; 2017. DOI: <http://doi.org/10.13140/RG.2.2.14662.93762>
16. Cullen KL, Irvin E, Collie A, et al. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *J Occup Rehabil*. 2018;28:1-15. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9690-x>
17. Lima MAG, Carvalho RCP, Andrade AGM, et al. Logical model of a return to work program: guiding tool to prevent disability. *Rev Bras Saude Ocup*. 2019;44:e29. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000018318>
18. Takahashi MABC, Simonelli AP, Sousa HP, et al. Rehabilitation program for of workers with RSI/WRMD at Cerest-Piracicaba, São Paulo, Brazil. *Rev bras Saude ocup*. 2010;35(121):100-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000100011>
19. Bartilotti CB, Andrade PR, Varandas JM, et al. Extended rehabilitation program: a multidimensional

- approach to the occupational rehabilitation process. ACTA FISIATR [Internet]. 2009 [accessed 2024 Dec 20];16(2):66-75. Available from: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatr/article/view/103169/101558>
20. Pêcheux M. Língua, linguagens, discurso. In: Piovezani C, Sargentini V, organizers. Legados de Michel Pêcheux: inéditos em análise de discurso. São Paulo: Contexto, 2011. p. 63-76.
 21. Orlandi EP. Análise de Discurso: Princípios e Procedimentos. Campinas: Pontes; 2015. 100 p.
 22. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2013 jun 13 [accessed 2024 Dec 11]; Seção I:59. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
 23. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2016 maio 24 [accessed 2024 Dec 11]; Seção I:44-46. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
 24. Pina JA, Stotz EN, Jackson Filho JM. "Compatible" Workers, a Compound Fracture in the Automobile Industry: Intensification of Labor and the Health Implications. Cad Saúde Pública. 2018;34(7). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00114017>
 25. Silveira AL, Merlo ARC. Work and Disease: Temporalization of Agro-Industry Workers. Rev Subjet. 2019;19(3):1-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.rs.v19i3.e9131>
 26. Mustard CA, Skivington K, Lay M, et al. Implementation of a disability management policy in a large healthcare employer: a quasi-experimental, mixed-methods evaluation. BMJ Open. 2017;7:e014734. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014734>
 27. Hurtado SLB, Simonelli AP, Mininel VA, et al. Workers' health policies in Brazil: historical contradictions and possibilities for development. Ciênc saúde coletiva. 2022;27(08):3091-102. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.04942022>
 28. Nascimento MM, Silva Júnior VB. The importance of occupational health in primary care. Braz J Health Rev. 2024;7(2):1-13. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n2-033>
 29. Silva MF da, Mieiro DB, Camarotto JA, et al. Workers' Health Surveillance from managers' and decision-makers' perspectives. Rev bras saúde ocup. 2023;48:e1. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/05221pt2023v48e1>
 30. Barros LM, Lima MAG, Neves RF. Long-Term Work Disability: Loss of Rights, Survival and Tangency of Primary Health Care. Ciênc saúde coletiva. 2023;29(9):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.01422023>
 31. Zavarizzi CP, Alencar MCB. Work leave and therapeutic pathways of workers affected by RSI/WRMSD. Saúde debate. 2018;42(116):113-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811609>
 32. Kulaitis F, Silva KC. Recent changes in the Brazilian Social Security Institute's professional rehabilitation program. Trab educ saúde. 2022;20:e00335165. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00335>
 33. Araújo MRM, Morais KRS. Labor precariousness and the worker's overthrow process. Cad Psicol Soc Trab. 2017;20(1):1-13. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v20i1p1-13>
 34. Ferreira LP, Mello MCMB, Souza FNF, et al. Work-Related Voice Disorder: Achievements and Challenges in Latin America. São Paulo: Sintropia; 2022. 402 p.

35. Tessarro MTV, Querol MAP, Almeida IM. Challenges of the vocational rehabilitation developed by the Brazilian Social Security Institute (INSS): a cultural-historical approach. *Rev Bras Saude Ocup.* 2022;47:e12. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/26320pt2022v47e12>
36. Dejours C, Deranty J-P, Renault E, et al. *The Return of Work in Critical Theory: Self, Society, Politics.* New York: Columbia University Press; 2018. 248 p.
37. Drolet M-J, Désormeaux-Moreau M, Soubeyran M, et al. Intergenerational occupational justice: Ethically reflecting on climate crisis. *J Occup Sci.* 2020;27(3):417-31. DOI: <https://doi.org/10.1080/14427591.2020.1776148>
38. Alcantara AC. Worker's health in times of social insecurity. *SER Soc.* 2020;22(47). DOI: <https://doi.org/10.26512/sersocial.v22i47.25515>
39. Antunes R, Praun L. The society of illness at work. *Serv Soc Soc.* 2015;123:407-27. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.030>
40. Loisel P, Durand MJ. Applying transdisciplinary to the complexity of work disability prevention [Internet]. Québec: Université de Sherbrooke; 2005 [accessed 2024 Dec 11]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Patrick-Loisel/publication/267956389_Applying_transdisciplinarity_to_the_complexity_of_work_disability_prevention/links/550f06a70cf2ac2905adfd47/Applying-transdisciplinarity-to-the-complexity-of-work-disability-prevention.pdf
41. Vaitsman J, Lobato LVC. Continuous Cash Benefit (BCP) for disabled individuals: access barriers and intersectoral gaps. *Ciênc saúde coletiva.* 2017;22(11):3527-36. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.20042017>
42. Lammerts L, Schaafsma FG, Mechelen WV, et al. Execution of a participatory supportive return to work program within the Dutch social security sector: a qualitative evaluation of stakeholders' perceptions. *BMC Public Health.* 2016;16(323). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2997-x>
43. Lancman S, Daldon MTB, Jardim TA, et al. Workers' health intersectorality: old questions, new perspectives? *Ciênc saúde coletiva.* 2020;25(10):4033-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.27572018>
44. Lancman S, Bruni MT, Giannini R, et al. Working in health and safety at work: reflections on the construction of an integrated policy. *Ciênc saúde coletiva.* 2022;27(11):4265-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022711.06272022>
45. 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>

Received on 12/01/2023

Approved on 09/27/2024

Conflict of interests: non-existent

Financial support: This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001

Editor in charge: Ronaldo Teodoro

Análise da qualidade da base de dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC)

Analysis of the database quality of the National Controlled Products Management System (SNGPC)

Michele Costa Caetano¹, Mônica Rodrigues Campos², Isabel Cristina Martins Emmerick³, Vera Lucia Luiza²

DOI: 10.1590/2358-289820251449350P

RESUMO O objetivo do estudo foi analisar a qualidade dos dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), disponíveis em acesso aberto, quanto aos antimicrobianos (ATM) e propor melhorias. Trata-se de estudo exploratório e descritivo dos registros das vendas de ATM das farmácias e drogarias privadas brasileiras, realizadas nos meses de junho de 2017 a 2020. Foram consideradas três dimensões da qualidade: completude, clareza metodológica e validade. Análise dos dados realizada utilizando-se estatística descritiva. Apesar de o banco fornecer dados relevantes sobre o consumo de ATM, este apresenta problemas que limitam ou dificultam sua análise. Os principais entraves encontrados foram: falta de padronização do nome e descrição dos ATM, presença de informações diversas no campo de descrição da apresentação e ausência de dados individualizados anonimizados. O SNGPC é uma importante fonte de dados do consumo de ATM no Brasil, tendo em vista que farmácias e drogarias privadas são as principais fontes de acesso da população a esses medicamentos. No entanto, o SNGPC necessita de melhorias que facilitem sua utilização por pesquisadores, gestores e profissionais de saúde, possibilitando a realização de estudos mais robustos e o monitoramento sistemático do consumo de ATM para subsidiar estratégias de combate à resistência microbiana.

PALAVRAS-CHAVE Sistemas de Informação em Saúde. Base de dados. Vigilância em saúde pública. Uso de medicamentos. Anti-infecciosos.

ABSTRACT The study aimed to analyze the quality of the database regarding antimicrobials from the Brazilian National Controlled Products Management System (SNGPC) available in the public domain and propose improvements. This was an exploratory and descriptive study of antimicrobial sales records from Brazilian private pharmacies, conducted from June 2017 to 2020. Three quality dimensions were considered: completeness, methodological clarity, and validity. Data was analyzed using descriptive statistics. Although the database offers valuable information on antimicrobial consumption, it also poses several challenges that hinder or complicate the analysis. The main obstacles found were: a lack of standardization of the name and description of antimicrobials, the presence of different information in the presentation description field, and the absence of anonymized individualized data. The SNGPC is a key data source on antimicrobial consumption in Brazil, as private pharmacies and drugstores are the population's primary sources of access to these medications. However, the SNGPC requires improvements to facilitate its use by researchers, policymakers, and healthcare professionals. These improvements would enable more comprehensive studies and support the systematic monitoring of antimicrobial consumption, contributing to strategies to tackle antimicrobial resistance (AMR).

KEYWORDS Health Information Systems. Database. Public health surveillance. Drug utilization. Anti-infective agents.

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. michelecaetanorj@gmail.com

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

³UMass Chan Medical School – Worcester (MA), Estados Unidos da América.



Introdução

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são importantes fontes de dados secundários que podem retratar a situação sanitária de uma população, bem como os aspectos que envolvem o funcionamento do sistema de saúde. Para tal, são necessárias bases de dados válidas e confiáveis, que sejam capazes de direcionar e fundamentar a tomada de decisão, bem como a programação das ações em saúde baseadas em evidências¹.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a descentralização da prestação de serviços de saúde para a esfera local, ampliou-se a demanda por informações para apoiar os gestores do SUS. Nesse contexto, visando a aprimorar a qualidade dos SIS no Brasil, foi criado o Departamento de Informática do SUS (Datasus) e a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa).

O Brasil possui uma grande rede de SIS, com abrangência nacional, que gera continuamente um grande volume de dados, que é, em sua maioria, acessível pela internet. Essa ampla disponibilidade dos SIS facilita o acesso de gestores, profissionais de saúde e pesquisadores a esses dados, que podem ser utilizados para apoiar suas práticas, assim como permite o empoderamento da sociedade civil para a participação social^{2,3}.

A despeito dos avanços alcançados, observa-se, ainda, uma fragmentação dos sistemas existentes, o que acarreta subutilização dos dados disponíveis na tomada de decisão. Os principais usuários dos SIS, portanto, são pesquisadores. Em que pese a importância da academia na produção de conhecimento científico no campo da saúde, cabe ressaltar que a finalidade principal dos SIS é gerar as informações necessárias e oportunas para fundamentar a gestão dos serviços de saúde⁴.

Para que os SIS sejam utilizados de forma plena e forneçam informações verdadeiramente úteis na resolução de problemas de saúde pública, a sua qualidade é elemento essencial. Dessa maneira, compreender as fortalezas

e limitações dos dados disponibilizados por meio de avaliações sistemáticas é fundamental para que os SIS possam ser continuamente aprimorados^{1,3}.

Um dos problemas de saúde pública mais relevantes da atualidade no mundo é o risco crescente de mortes associadas à resistência microbiana (AMR, do inglês *antimicrobial resistance*). A AMR é um problema complexo e multifatorial, que está associado ao uso de antimicrobianos (ATM) em humanos e animais, assim como sua presença no meio ambiente⁵.

A despeito de a AMR ser algo esperado e que ocorre naturalmente a partir da exposição dos microrganismos aos ATM, o uso indiscriminado desses medicamentos tem proporcionado um avanço acelerado da AMR, colocando-a no *ranking* das 10 maiores ameaças à saúde pública global, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁶. Considerando-se o pilar do uso de ATM em humanos, o perfil de consumo desses medicamentos por pacientes ambulatoriais é um importante tópico de análise e intervenção, uma vez que a grande maioria das prescrições de ATM é voltada a esse público, sendo boa parte considerada inapropriada⁷⁻¹⁰.

No Brasil, o acesso aos ATM pela população ocorre predominantemente por meio das farmácias e drogarias privadas, por desembolso direto¹¹. Até 2021, esses estabelecimentos enviavam obrigatoriamente e mensalmente à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) os dados das vendas dos ATM por meio do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC)¹². Isso torna o SNGPC uma importante fonte de dados sobre o consumo ambulatorial de ATM no Brasil.

O SNGPC foi objeto recente na literatura científica¹³, porém, considera-se relevante analisar aqui o banco com base em dimensões da qualidade sistematizadas a partir de um foco mais gerencial do uso desses dados. Conforme sinalizado por Feliciano et al.¹⁴, os SIS são elementos importantes no processo decisório para o qual o asseguramento de sua qualidade é fundamental. Ademais, uma vez que o Plano de Ação Nacional de Prevenção e

Controle da Resistência aos Antimicrobianos no Âmbito da Saúde Única (PAN-BR) expirou em 2022 e o atual ainda não foi publicado até a data de fechamento deste texto, considera-se que essa discussão se faz bastante oportuna.

Assim, o presente estudo teve por objetivo descrever aspectos da qualidade dos dados do SNGPC disponíveis em acesso aberto, com foco nos ATM. Ele é um desdobramento de uma pesquisa mais ampla, realizada em 2021, que analisou o consumo ambulatorial de ATM no Brasil no setor privado e encontrou um conjunto de problemas na utilização do SNGPC.

Para aprimorar a utilização efetiva dessa base de dados tanto para a regulação quanto para a pesquisa, é importante que seus entraves sejam identificados. Desse modo, este estudo também se propôs a identificar os principais desafios na utilização do SNGPC, assim como as oportunidades de melhorias para apoiar os gestores no aperfeiçoamento constante dessa importante base de dados de abrangência nacional sobre o consumo de medicamentos.

Material e métodos

Empreendeu-se estudo exploratório e descritivo da qualidade dos dados do SNGPC dos meses de junho de 2017 a 2020, com foco nos ATM, considerando três dimensões da qualidade: completude, clareza metodológica e validade. Essas dimensões foram selecionadas por fazerem parte do elenco de dimensões da qualidade de um SIS descritas por Lima et al.³. As dimensões completude e validade estão entre as mais abordadas por estudos de avaliação dos SIS, junto com as dimensões cobertura e confiabilidade, embora ocorram variações a depender do SIS que está sendo avaliado¹⁵, tendo como base as informações disponibilizadas pela Anvisa no Portal Brasileiro de Dados Abertos (PBDA)¹⁶. Quanto ao período abordado, utilizou-se o último ano fechado da disponibilidade do banco.

Os dados do SNGPC estão disponíveis em arquivos para download no site do PBDA. Os

arquivos são organizados de tal forma que cada um deles refere-se a um mês de vendas de medicamentos industrializados sujeitos à escrituração nas farmácias e drogarias privadas. No portal, é possível encontrar os registros das vendas realizadas a partir de janeiro de 2014 até novembro de 2021. Após essa data, houve a suspensão temporária da utilização do SNGPC como forma de escrituração das movimentações dos medicamentos sob controle especial¹⁷.

A dimensão da completude é compreendida como o grau de preenchimento de uma variável no banco de dados, ou seja, corresponde à proporção de registros não nulos de determinada variável. Já a clareza metodológica diz respeito ao grau com que as instruções de utilização e preenchimento do SIS descrevem os dados necessários e de forma clara e acessível. Finalmente, a dimensão da validade trata do grau com que o dado é capaz de medir aquilo a que se propõe, ou seja, diz respeito à validade interna do dado dentro da própria variável³.

Uma série de etapas foi realizada para o tratamento dos dados, antes da análise. Inicialmente, os medicamentos foram classificados em: antimicrobianos; controlados; e não se aplicam ao SNGPC. Este último se refere aos medicamentos incluídos equivocadamente no sistema, visto que não fazem parte do elenco de medicamentos sob controle especial pela Anvisa.

Em seguida, foram filtrados apenas os ATM, que foram classificados em ATM de uso sistêmico (grupo ATC J01) e uso tópico (não J01). Os dados selecionados para o estudo da qualidade foram apenas aqueles relacionados às vendas de ATM de uso sistêmico.

Utilizou-se estatística descritiva para realizar a análise da qualidade dos dados, a qual possibilitou a definição de critérios de exclusão para a realização do estudo intitulado ‘Consumo de antimicrobianos nas farmácias e drogarias privadas brasileiras à luz do PAN-BR e da pandemia de COVID-19’, cujo objetivo foi analisar o consumo de ATM na rede privada de farmácias do Brasil, de 2017 a 2020¹⁸. Ademais,

a análise da qualidade dos dados permitiu a identificação de pontos de corte para exclusão de casos, com a finalidade de reduzir vieses de informação por perda de validade interna.

O SNGPC

O Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) foi desenvolvido e implantado em 2007 pela Anvisa, com o objetivo de gerenciar e monitorar, eletronicamente, a movimentação dos medicamentos sujeitos à escrituração obrigatória nas farmácias e drogarias privadas do Brasil^{19,20}. O envio dos dados era de encargo do farmacêutico responsável técnico ou do seu substituto legal¹².

O SNGPC substituiu de forma gradual a escrituração em livro físico pela escrituração eletrônica, o que permite a transmissão direta dos dados à Anvisa, conferindo maior eficiência e segurança a esse processo nas farmácias¹². Entre o elenco de medicamentos submetidos à escrituração no SNGPC, estão: os psicotrópicos, entorpecentes e demais produtos regulados na mesma portaria²¹; os ATM, incluídos em 2013²²; e os medicamentos que contêm cloroquina, hidroxicloroquina, nitazoxanida e ivermectina, incluídos em 2020, após o início da pandemia de covid-19^{23,24}. Os dois últimos foram excluídos da lista de substâncias sujeitas a controle em setembro de 2020²³.

O SNGPC possibilita a identificação de padrões e desvios na prescrição e no consumo dos medicamentos, bem como situações de risco à saúde da população^{25,26}. Esse sistema já permitiu analisar o consumo e a prescrição de inibidores do apetite²⁶; identificar o desvio de uso de fluoxetina²⁷; e explorar o consumo de benzodiazepínicos, inclusive sua relação com características sociodemográficas e sociais dos usuários^{28,29}.

Nesse sentido, as informações geradas pelo SNGPC têm efetivamente apoiado os órgãos de vigilância sanitária em ações de fiscalização e controle, além de subsidiarem os gestores na

elaboração de políticas estratégicas para conter o uso abusivo desse grupo de medicamentos, inclusive dos ATM^{28,29}.

A venda de ATM no Brasil foi regulamentada em 2010¹⁹ e atualizada em 2011²² e 2021²³, sendo exigida apresentação e retenção de receita no ato da compra, com o intuito de evitar o acesso indiscriminado da população aos ATM, minimizando a automedicação e o consequente risco de indução de AMR. A lista das substâncias classificadas como ATM sujeitas a controle está publicada em legislação específica²³.

Em 2020, a Anvisa disponibilizou o acesso aberto aos dados das vendas de medicamentos industrializados sujeitos à escrituração no SNGPC, de 2014 em diante, nas farmácias e drogarias privadas de todo o território nacional. Isso amplia as possibilidades de realização de estudos no campo da utilização de medicamentos.

O banco do SNGPC conta com as seguintes variáveis (*quadro 1*): ano da venda, mês da venda, Unidade da Federação da venda, município onde a venda foi realizada, princípio ativo do ATM vendido, descrição da apresentação do produto, quantidade das unidades vendidas, unidade de medida do produto, conselho prescriptor de quem prescreveu o ATM, Unidade da Federação do conselho do profissional prescriptor, tipo de receituário, CID-10, sexo e idade do paciente e unidade da idade (meses ou anos). Destaca-se que as variáveis CID-10, sexo, idade e unidade de idade são aplicáveis somente para as vendas de ATM.

Qualidade e desafios na utilização dos dados do SNGPC

O SNGPC dispõe de diversas variáveis de interesse para a análise do consumo de ATM no Brasil. Seus dados possibilitam gerar informações sobre o perfil e a tendência de utilização dos ATM, ao longo do tempo, pela população

brasileira. Ademais, também permitem conhecer as características dos usuários de ATM, tais como sexo e idade, bem como o padrão de consumo segundo porte municipal, regiões do País e profissional prescritor (médico, dentista e médico veterinário).

No entanto, foi identificado um conjunto de problemas relacionados ao preenchimento e à sistematização dos dados no SNGPC, sendo exemplificados no *quadro 1* alguns exemplos de inconsistências encontradas quando da análise exploratória.

Com relação à dimensão completude, observou-se que o campo referente à idade do paciente não foi preenchido em cerca de 2% das vendas analisadas (206.871 registros). Já o campo CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) não estava preenchido em nenhum dos registros de vendas de ATM até junho de 2019, e em menos de 1% das vendas de junho de 2020. É provável que essa incompletude no que tange ao CID-10 esteja relacionada à ausência dessa informação na receita apresentada pelos pacientes no momento da compra.

Quadro 1. Descrição das variáveis do SNGPC disponíveis em acesso aberto. Brasil, 2017 a 2020

Variáveis	Descrição da variável	Textos/Códigos	Exemplos de inconsistências
ANO_VENDA	Ano da venda do medicamento.	Números de 2014 a 2020	-
MES_VENDA	Mês de venda do medicamento.	Números de 1 a 12	-
UF_VENDA	Unidade Federativa (UF) de localização da farmácia ou drogaria onde a venda foi realizada.	Siglas das UF	-
MUNICIPIO_VENDA	Município de localização da farmácia ou drogaria onde a venda foi realizada.	Nome dos municípios	-
PRINCIPIO_ATIVO	Nome do princípio ativo do medicamento vendido.	Nome dos medicamentos pela DCB, mas com variações	Notações para amoxicilina: amoxicilina; amoxicilina base; amoxicilina tri-hidratada; amoxicilina trihidratada.
DESCRICAO_APRESENTACAO	Descrição da apresentação do medicamento que foi vendido.	Dose, forma farmacêutica, tipo de embalagem, quantidade de unidades por embalagem	Exemplo: 500 MG COM REV CT BL AL PLAS INC X 20. Significado: cada embalagem contém 20 comprimidos revestidos de 500mg cada.
QTD_VENDIDA	Número de embalagens vendidas numa mesma compra.	Número de caixas ou frascos vendidos	-
UNIDADE_MEDIDA	Define a unidade vendida.	Caixa ou frasco	Por vezes, as soluções orais foram classificadas como caixas, e os comprimidos como frascos.
CONSELHO_PRESCRITOR	Conselho de Classe do profissional que prescreveu o medicamento vendido.	CRM, RMS, CRO e CRMV	CRM-médicos; RMS-médicos do Programa Mais Médicos; CRO-dentistas; e CRMV-veterinários.
UF_CONSELHO_PRESCRITOR	UF do Conselho de Classe do prescritor.	Siglas das UF	-
TIPO_RECEITUARIO	Tipo de receituário utilizado na prescrição do medicamento vendido.	Códigos de 1 a 5	Descrição dos códigos desconhecida.

Quadro 1. Descrição das variáveis do SNGPC disponíveis em acesso aberto. Brasil, 2017 a 2020

Variáveis	Descrição da variável	Textos/Códigos	Exemplos de inconsistências
CID10	Classificação Internacional de Doença para qual o antimicrobiano foi prescrito.	Código CID-10	Campo aplicável apenas para as vendas de antimicrobianos.
SEXO	Sexo do paciente para quem o antimicrobiano foi prescrito.	Código 1 para masculino e 2 para feminino	Campo aplicável apenas para as vendas de antimicrobianos.
IDADE	Idade do paciente para quem o antimicrobiano foi prescrito.	Número referente à idade em meses ou anos	Campo aplicável apenas para as vendas de antimicrobianos.
UNIDADE_IDADE	Unidade da idade do paciente para quem o antimicrobiano foi prescrito.	Código 1 para anos e 2 para meses	Campo aplicável apenas para as vendas de antimicrobianos.

Fonte: elaboração própria.

i) CRM = Conselho Regional de Medicina; ii) RMS = Registro do Ministério da Saúde para médicos do Programa Mais Médicos; iii) CRO = Conselho Regional de Odontologia e iv) CRMV = Conselho Regional de Medicina Veterinária.

Quanto à dimensão clareza metodológica, foi observada a ausência da descrição dos códigos das variáveis 'SEXO', 'TIPO_RECEITUARIO' e 'UNIDADE_IDADE' no dicionário de variáveis do SNGPC, que se encontra disponível no *site* do PBDA. A ausência da descrição dos códigos das variáveis impossibilita a tradução do significado do registro presente no banco e, por conseguinte, impede a utilização dessas variáveis em qualquer tipo de análise.

No caso da variável 'UNIDADE_IDADE', foi possível deduzir qual código correspondia às unidades meses e anos, a partir da quantidade de registros e pelos valores correspondentes na variável 'IDADE'. Com relação à variável sexo, somente foi possível identificar seus códigos por meio do contato direto com profissional da Anvisa, responsável, à época, pelo sistema.

O campo relacionado à unidade da embalagem vendida ('UNIDADE_MEDIDA'), descrita como caixa ou frasco, apresentou inconsistência no seu preenchimento. Por vezes, soluções ou suspensões orais eram definidas como caixas, assim como sólidos orais eram determinados como frascos em alguns registros. Além disso, as apresentações tópicas, como os cremes dermatológicos, também foram definidas como caixas. Desse modo, houve comprometimento da clareza metodológica, impossibilitando o uso dessa

variável. Se mais bem definida e preenchida corretamente, poderia auxiliar como filtro entre ATM líquidos, sólidos e de uso tópico.

A alternativa para a obtenção de informação quanto à unidade da embalagem vendida foi o uso do campo 'DESCRICAO_APRESENTACAO'. A utilização dessa variável é complexa e laboriosa, pois trata-se de campo de texto aberto, em que não há padronização em seu preenchimento. O mesmo ocorre com o campo 'PRINCIPIO_ATIVO', representando o principal desafio na análise dos dados do SNGPC, também relacionado à dimensão clareza metodológica.

Considerando que a amostra analisada continha apenas ATM de uso sistêmico, dentro de um total de 58 princípios ativos selecionados, foram utilizadas, para eles, 108 descrições diferentes. Ou seja, 46,2% dos nomes não corresponderam a variações reais de princípios ativos. Para que fiquem evidentes os desafios encontrados, selecionou-se como exemplo a amoxicilina. Para esse fármaco foram identificadas quatro formas de notação: 'amoxicilina', 'amoxicilina base', 'amoxicilina tri-hidratada' e 'amoxicilina trihidratada'. Os ATM que apresentaram o maior número de variações nessa variável foram: amoxicilina/clavulanato (9), ciprofloxacino (6), amoxicilina (4), ampicilina/sulbactam (4) e ampicilina (4).

No campo de descrição da apresentação, a variabilidade de tipos de descrição ocorreu de forma muito mais significativa. Do total de 1.370 apresentações de ATM de uso sistêmico registradas no SNGPC, apenas 30% (411) correspondiam de fato a produtos distintos. Isso significa que o número de variações identificadas no banco é incompatível com a variedade de apresentações de ATM disponíveis no mercado farmacêutico e vendidas pelas farmácias e drogarias brasileiras.

Utilizando ainda a amoxicilina como exemplo, foram registradas vendas de 39 tipos de apresentações diferentes desse ATM, em que 24 correspondiam a comprimidos ou cápsulas, e 15 a suspensões orais. No entanto, foram registradas no banco 227 descrições diversas para a amoxicilina, o que significa que 82,8% das variações de tipo de descrição para esse ATM eram desnecessárias, sendo 75,2% (97) para as apresentações sólidas e 88,5% (130) para as suspensões orais. Isso indica que uma padronização da descrição do medicamento representaria um importante avanço na clareza da variável e, por conseguinte, do banco.

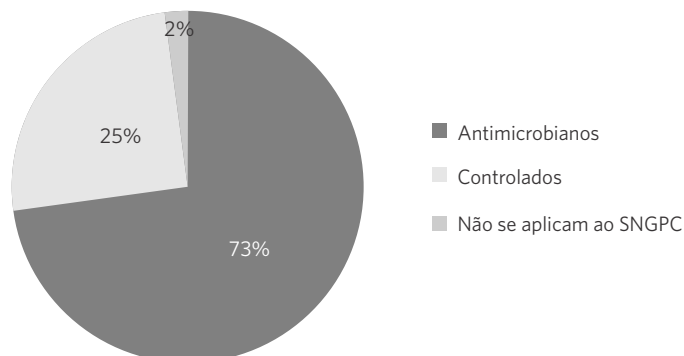
Quanto à dimensão da validade, foram identificados três problemas. O primeiro se refere à presença de registros de vendas de medicamentos que não estão sujeitos à escrituração no SNGPC (2%) (gráfico 1). Entre esses

itens, foram encontrados corticosteroides, anti-inflamatórios não esteroidais; vitaminas, anti-hipertensivos, relaxantes musculares, entre outros. Ainda que o valor encontrado tenha sido pequeno, apenas 2%, isso sugere uma necessidade de realizar treinamentos periódicos dos profissionais envolvidos na utilização do sistema ou validações que impeçam o registro incorreto.

Outro aspecto identificado foi a presença de registros de pacientes com mais de 120 anos em 13.723 vendas (0,11%), apontando a ocorrência de erros de preenchimento nesses casos. Isso resultou na exclusão de tais registros do banco utilizado para fins de pesquisa, na medida em que se tratava de dados inconsistentes.

O mesmo ocorreu com os registros de vendas que continham quantidades muito superiores ao máximo previsto para o tratamento de infecções para um indivíduo. Isso sugere que essas vendas tenham sido realizadas para estabelecimentos de saúde e não para um paciente específico. Inclusive, algumas apresentações continham na descrição do produto o termo 'embalagem hospitalar'. Destaca-se que a legislação não menciona a possibilidade de venda de ATM para unidades de saúde ou outros tipos de estabelecimentos de saúde pelas farmácias e drogarias, assim como a necessidade ou forma de registro direcionada para esses casos no SNGPC²⁰.

Gráfico 1. Distribuição das vendas de medicamentos antimicrobianos, controlados e que não se aplicam ao SNGPC, nos meses de junho. Brasil, 2017 a 2020



Fonte: elaboração própria.

Por fim, os dados do SNGPC disponíveis em acesso aberto são apresentados apenas de forma agregada, o que impôs limitações para a realização de uma análise mais aprofundada do consumo ambulatorial de ATM no Brasil.

Oportunidades de melhorias do SNGPC

Diante dos desafios encontrados durante a utilização do SNGPC, que foram expostos anteriormente, propõem-se algumas sugestões de melhorias que visam a aumentar a agilidade e a eficácia no uso dessa base de dados para a produção de informações acerca do consumo ambulatorial de ATM pela população brasileira. Ressalta-se a importância de testar qualquer sugestão de mudança antes do seu uso amplo, analisando, inclusive, a operacionalidade dos procedimentos de registro da informação e o impacto no tempo de atendimento aos usuários, considerando o fluxo de trabalho das farmácias e drogarias.

A primeira sugestão, e a de maior relevância para proporcionar uma análise mais rápida e precisa dos dados do SNGPC, é incluir um conjunto de variáveis que possibilitem a identificação e padronização dos diferentes medicamentos incluídos na base. Essas informações poderiam ser lincadas com o cadastro dos produtos das farmácias e drogarias.

O *quadro 2* mostra as variáveis sugeridas para inclusão no SNGPC, a partir das variáveis originais 'PRINCIPIO_ATIVO' e 'DESCRICAO_APRESENTACAO', além de trazer alguns exemplos baseados em registros de vendas de ATM presentes no banco. Sugere-se a inclusão das variáveis Denominação Comum Brasileira (DCB), classificação ATC de 5º nível, classificação AWaRe, forma farmacêutica, via de administração, dose, unidade posológica e quantidade total de unidades na embalagem. Sugere-se, ainda, a inclusão de um código de identificação para cada medicamento.

A DCB é o sistema de nomenclatura adotado no País com o objetivo de padronizar os nomes dos princípios ativos dos medicamentos³⁰, evitando a duplicidade de itens equivalentes. Já as classificações do ATM em grupos, AWaRe e ATC de 5º nível, têm como objetivo facilitar a análise dos dados por grupos terapêuticos estratégicos do ponto de vista do gerenciamento do uso de ATM³¹.

As demais variáveis sugeridas se referem à estratificação do conjunto de informações presente no campo de descrição da apresentação (dose, forma farmacêutica, unidade e quantidade de unidade por embalagem). O fato de o campo de descrição agregar múltiplas informações sobre o produto dificulta uma padronização pelas diversas farmácias vinculadas ao SNGPC.

Quadro 2. Variáveis originais e variáveis sugeridas para inclusão no SNGPC, com exemplos de dados extraídos. Brasil, 2024

VARIÁVEIS ORIGINAIS DO BANCO			VARIÁVEIS SUGERIDAS PARA INCUSÃO NO SNGPC						
PRINCÍPIO ATIVO	DESCRIÇÃO APRESENTAÇÃO	DENOMINAÇÃO GENÉRICA	ATC 5º NÍVEL	AWaRe	FORMA FARMACÊUTICA	VIA DE ADM.	DOSE	UNIDADE POSOLÓGICA	QTD TOTAL UNIDADES
AZITROMICINA	500 MG COM REV CT BL AL PLAS TRANS X 5	AZITROMICINA	J01FA10	Watch	COMPRIMIDO	VO	500 MG	COMPRIMI- DO	5
AMOXICILINA TRIHIDRATADA	500 MG CAP DURA CT BL AL PLAS TRANS X 21	AMOXICILINA	J01CA04	Access	CÁPSULA	VO	500 MG	CÁPSULA	21
AMOXICILINA TRI-HIDRATADA	50 MG/ML PO SUS OR CT FR VD AMB X 150 ML + COP	AMOXICILINA	J01CA04	Access	"SOLUÇÃO / SUSPENSÃO ORAL"	VO	50 MG	MILILITRO	150
SULFATO DE GENTAMICINA	280 MG/2 ML SOL INJ CT CAMA AMP VD INC X 2 ML + SER	GENTAMICINA	J01GB03	Access	"SOLUÇÃO / SUSPEN- SÃO INJETÁVEL"	IV	140 MG	MILILITRO	2
BACITRACINA + NEOMICINA	5 MG + 250 UI/G POM DERM CT BG AL X 15 G	NEOMICINA + BACITRACINA	D06AX04	-	"CREME / POMADA / GEL DERMATOLÓGICO"	TO	"5 MG + 250 UI"	GRAMA	15
RIFAMICINA SV SÓDICA	10 MG/ML SOL TOP SPRAY CT FR VD AMB X 20 ML	RIFAMICINA	D06AX15	Watch	SOLUÇÃO TÓPICA	TO	10 MG	MILILITRO	20
TOBRAMICINA	3 MG/ML SOL OFT CT FR PLAS OPC GOT X 5 ML	TOBRAMICINA	S01AA12	-	"SOLUÇÃO / POMADA OFTÁLMICA"	TO	3 MG	MILILITRO	5
CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO MONOIDRATADO	3,0 MG/ML SOL OTO CT FR PLAS OPC GOT X 5 ML	CIPROFLOXACINO	J01MA02	Watch	SOLUÇÃO OTOLÓGICA	TO	3 MG	MILILITRO	5
NISTATINA	25.000 UI/G CREM VAG CT BG AL X 60 G + 14 APLIC	NISTATINA	G01AA01	-	"CREME / ÓVULO VAGINAL"	TO	25.000 UI	GRAMA	60

Fonte: elaboração própria.

Sugere-se o desmembramento dessas informações nas seguintes variáveis, conforme exemplificado no *quadro 2*.

- Forma farmacêutica: comprimido; cápsula; solução ou suspensão oral; solução ou suspensão injetável, creme ou pomada ou gel; solução tópica; solução ou pomada oftálmica; solução otológica; creme ou óvulo vaginal; cápsula ou pó ou solução inalatória;
- Via de administração: VO (via oral), IV (intravenosa), IM (intramuscular), TO (tópica);
- Dose (por unidade posológica);

- Unidade posológica: comprimido, cápsula, mililitro, miligrama, grama;

- Quantidade total de unidades (por embalagem).

A criação dessas variáveis no SNGPC contribuiria para uma análise mais rápida e eficaz dos dados, sobretudo para calcular a Dose Diária Definida (DDD), principal forma de medir o consumo de medicamentos. Adicionalmente, esses campos confeririam maior agilidade à utilização do banco para a análise dos dados de consumo de medicamentos de controle especial,

favorecendo a utilização sistemática dessa base por pesquisadores e gestores da saúde.

O *quadro 3* contém a descrição de todos os ATM de uso sistêmico selecionados neste estudo, com suas respectivas classificações AWaRe e ATC, o que pode facilitar pesquisadores ou gestores ao utilizarem essa mesma fonte de dados.

A segunda proposta de melhoria é a disponibilização de dados individualizados e anonimizados dos registros das vendas de medicamentos do SNGPC. Isso permitiria uma análise do número de tratamentos antibióticos

realizados por cada indivíduo em um determinado período. O número de exposições de um indivíduo a antibióticos em intervalos curtos aumenta o risco do surgimento de AMR³² e, desse modo, é também um indicador importante quanto ao consumo de ATM.

A inclusão de um campo para distinguir a origem das receitas dos medicamentos – SUS ou setor privado – é outra proposta sugerida. Isso permitiria analisar e comparar as principais fontes de prescrições de ATM, bem como os diferentes padrões prescritivos nos setores público e privado em âmbito nacional.

Quadro 3. Classificação ATC nível 5 e AWaRe dos antimicrobianos de uso sistêmico presentes no SNGPC nos meses de junho. Brasil, 2017 a 2020

ANTIMICROBIANO	ATC	AWARE	ANTIMICROBIANO	ATC	AWARE
ÁCIDO NALIDÍXICO	J01MB02	-	ERTAPENEM	J01DH03	WATCH
AMICACINA	J01GB06	ACCESS	ESPIRAMICINA	J01FA02	WATCH
AMOXICILINA	J01CA04	ACCESS	FENOXIMETIL-PENICILINA	J01CE02	ACCESS
AMOXICILINA/CLAVULANATO	J01CR04	ACCESS	GEMIFLOXACINO	J01MA15	WATCH
AMOXICILINA/SULBACTAM	J01CR02	ACCESS	GENTAMICINA	J01GB03	ACCESS
AMPICILINA	J01CA01	ACCESS	IMIPENEM	J01DH51	WATCH
AZITROMICINA	J01FA10	WATCH	LEVOFLOXACINO	J01MA12	WATCH
AZTREONAM	J01DF01	RESERVE	LIMECICLINA	J01AA04	WATCH
BENZILPENICILINA BENZATINA	J01CE08	ACCESS	LINCOMICINA	J01FF02	WATCH
BENZILPENICILINA POTÁSSICA	J01CE08	ACCESS	LINEZOLIDA	J01XX08	RESERVE
BENZILPENICILINA POTÁSSICA/ BENZILPENILICINA PROCAÍNA	J01CE09	ACCESS	MEROPENEM	J01DH02	WATCH
CEFACLOR	J01DC04	WATCH	METRONIDAZOL	J01XD01	ACCESS
CEFADROXILA	J01DB05	ACCESS	MINOCICLINA	J01AA08	RESERVE
CEFALEXINA	J01DB01	ACCESS	MOXIFLOXACINO	J01MA14	WATCH
CEFALOTINA	J01DB03	ACCESS	NITROFURANTOÍNA	J01XE01	ACCESS
CEFAZOLINA	J01DB04	ACCESS	NORFLOXACINA	J01MA06	WATCH
CEFEPIMA	J01DE01	WATCH	OXACILINA	J01CF04	ACCESS
CEFOTAXIMA	J01DD01	WATCH	OXITETRACICLINA	J01AA06	WATCH
CEFOXITINA	J01DC01	WATCH	PIPERACILINA/ TAZOBAC- TAM	J01CR05	WATCH
CEFTAZIDIMA	J01DD01	WATCH	ROXITROMICINA	J01FA06	WATCH
CEFTRIAXONA	J01DD04	WATCH	SULFADIAZINA	J04AB02	.
CEFUROXIMA	J01DC02	WATCH	SULFAMETOXAZOL/ TRI- METOPRIMA	J01EE01	ACCESS
CIPROFLOXACINO	J01MA02	WATCH	TEICOPLANINA	J01XA02	WATCH
CLARITROMICINA	J01FA09	WATCH	TETRACICLINA	J01AA07	ACCESS

Quadro 3. Classificação ATC nível 5 e AWaRe dos antimicrobianos de uso sistêmico presentes no SNGPC nos meses de junho. Brasil, 2017 a 2020

ANTIMICROBIANO	ATC	AWaRe	ANTIMICROBIANO	ATC	AWaRe
CLINDAMICINA	J01FF01	ACCESS	TIANFENICOL	J01BA02	ACCESS
CLORANFENICOL	J01BA01	ACCESS	TIGECICLINA	J01AA12	RESERVE
DAPTOMICINA	J01XX09	RESERVE	TOBRAMICINA	J01GB01	WATCH
DOXICICLINA	J01AA02	ACCESS	VANCOMICINA	J01XA01	WATCH
ERITROMICINA	J01FA01	WATCH	-	-	-

Fonte: elaboração própria.

Acrescenta-se, ainda, a necessidade de aprimoramento do dicionário de dados do SNGPC, com a definição dos códigos de variáveis que se encontram ausentes. Ademais, esse documento poderia conter sugestões de recursos para a limpeza dos dados.

Como última sugestão de refinamento do SNGPC, aponta-se a criação de um modelo específico de receita para a prescrição de ATM no Brasil, preferencialmente, em formato eletrônico. Essa medida permitiria a definição de campos obrigatórios, bem como o registro eletrônico das prescrições, facilitando a análise qualitativamente do uso ambulatorial de ATM.

Discussão

O SNGPC é uma valiosa fonte de pesquisa sobre o consumo ambulatorial de ATM no Brasil, visto que as farmácias e drogarias privadas representam o meio predominante de acesso da população a esses medicamentos¹¹. No entanto, este estudo identificou uma série de entraves que dificultam a utilização dessa base na produção de informações sobre o consumo de ATM.

A performance de um SIS é expressa através da qualidade dos seus dados e seu uso na tomada de decisão³³. A qualidade das fontes de informações depende primariamente da presença de dados confiáveis, válidos e coletados adequadamente³⁴. Segundo Carvalho e Mota¹⁵, os fatores determinantes da qualidade dos dados dos SIS podem estar relacionados

a aspectos técnicos, comportamentais e organizacionais.

Os fatores técnicos são aqueles associados aos instrumentos de coleta dos dados, assim como aos meios tecnológicos disponíveis. Os comportamentais estão relacionados com conhecimento, habilidade, motivação, comprometimento e segurança dos profissionais que alimentam a base de dados. E os fatores organizacionais se referem à gestão da cultura da informação e do serviço de saúde¹⁵.

Considerando-se todos os entraves encontrados para a utilização dos dados do SNGPC, pode-se dizer que a maioria estava relacionada a fatores de natureza técnica, que envolvem as limitações estruturais do sistema e informações incompletas para sua adequada utilização. Fatores comportamentais também comprometeram a qualidade dos dados do SNGPC, visto que foram observados equívocos na inclusão de diversos medicamentos que não estão sujeitos a controle especial, bem como a ausência do preenchimento de campos de caracterização dos usuários, como sexo e idade em parte dos registros.

Lacunas no conhecimento e falta de motivação dos profissionais são alguns fatores comportamentais que podem acarretar falhas no preenchimento de dados nos SIS¹⁵. A realização de treinamentos periódicos e sistemáticos dos profissionais que alimentam o SNGPC é fundamental para garantir sua adequada utilização. Ademais, é fundamental sensibilizá-los quanto à importância epidemiológica do registro correto e oportuno dos dados. Lemma

et al.³⁵ mostraram que intervenções voltadas a fatores técnicos e comportamentais, combinadas, melhoraram a qualidade e o uso dos dados de SIS.

A qualidade dos dados dos SIS tem melhorado globalmente^{36,37}, mas países de baixa e média renda ainda enfrentam uma série de problemas, como registros incompletos, inconsistência de dados e baixo nível de precisão^{38,39}. Outrossim, a despeito da crescente disponibilidade de informações em saúde, seu uso na tomada de decisões ainda é limitado em muitos desses países⁴⁰. Profissionais de saúde relatam baixa utilização dos dados para fins de planejamento, muitas vezes, em decorrência da falta de confiança na sua qualidade⁴¹.

No caso dos países de alta renda, têm-se realizado grandes investimentos no desenvolvimento de tecnologias de informações em saúde. No entanto, esses também enfrentam desafios, sobretudo quanto à intraoperabilidade entre diferentes sistemas⁴².

No que se refere à qualidade dos dados, o SNGPC apresentou maiores desafios quanto às dimensões de clareza metodológica e validade. A completude, validade e oportunidade foram os atributos mais avaliados em estudos que envolvem a qualidade dos SIS, segundo revisão realizada por Chen et al.⁴³.

Por fim, destaca-se que desde dezembro de 2021, devido à grande instabilidade do SNGPC, a Anvisa suspendeu temporária e indeterminadamente o envio obrigatório dos arquivos eletrônicos. Durante a suspensão, as farmácias e drogarias privadas passaram a realizar a escrituração em livros de registro específicos, físicos ou informatizados, que devem permanecer disponíveis aos órgãos de fiscalização²⁴.

A ausência do envio dos registros de vendas dos medicamentos sujeitos a controle especial através do SNGPC terá como consequência uma grande lacuna nessa base de dados no período de suspensão, gerando um prejuízo ímpar nas análises longitudinais do consumo desses medicamentos. Isso é ainda mais crítico para os ATM, considerando que

o monitoramento do seu consumo é pauta urgente no mundo pela necessidade de controle do avanço da AMR.

Considerações finais

Os dados do SNGPC disponíveis em acesso aberto são apresentados de modo a possibilitar a extração de diversas informações relevantes para a análise do padrão de consumo de ATM nas farmácias e drogarias privadas brasileiras.

No entanto, algumas limitações dessa base de dados foram identificadas, tais como a ausência de dados individualizados e a falta de preenchimento do campo CID-10, que permitiriam analisar qualitativamente o uso ambulatorial de ATM, segundo as indicações para o seu uso e o número de cursos antibióticos realizados por cada paciente em um dado período. Essas informações são relevantes para gestores, profissionais e pesquisadores comprometidos com o controle da AMR no País.

Ademais, alguns entraves foram enfrentados na utilização dessa base de dados, tais como a falta de padronização dos nomes e descrições dos ATM, a presença de informações diversas no campo de descrição da apresentação, erros de preenchimento e presença de valores nulos. Isso resultou em um grande aumento do tempo demandado para o tratamento dos dados e na necessidade de exclusão de uma parcela deles.

A inclusão de variáveis que podem auxiliar a padronização e a classificação dos ATM é fundamental para que possam ser realizadas análises mais ricas, ágeis e eficientes dos dados do SNGPC. Uma parceria da Anvisa com o Datasus, do Ministério da Saúde, que possui expertise no desenvolvimento de sistemas que apoiam a gestão do SUS, poderia auxiliar no aperfeiçoamento da base de dados.

Em síntese, o SNGPC possui, em acesso aberto, dados relevantes para a análise do consumo ambulatorial de antimicrobianos e se constitui como uma importante fonte de dados para a produção de conhecimento nesse campo, uma vez que as farmácias

e drogarias privadas consistem na principal fonte de acesso da população brasileira a esses medicamentos. No entanto, a qualidade do sistema pode e deve ser aprimorada de modo a facilitar a sua utilização por pesquisadores, profissionais e gestores, ampliando as possibilidades de realização de análises e estudos mais robustos. Destarte, o SNGPC contribuiria ainda mais para o monitoramento do uso ambulatorial de antimicrobianos no Brasil e para o planejamento de ações e elaboração de políticas em saúde direcionadas ao enfrentamento do avanço da resistência microbiana no País.

Colaboradoras

Caetano MC (0000-0001-5696-8916)* contribuiu para a concepção, desenho, coleta, análise, interpretação dos dados, redação do manuscrito e aprovação da versão final. Campos MR (0000-0002-7443-5977)*, Emmerick ICM (0000-0002-0383-2465)* e Luiza VL (0000-0001-6245-7522)* contribuíram igualmente para a concepção, desenho, interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final. ■

Referências

1. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde; 2008. 349 p.
2. Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos SML. Métodos para avaliar a completude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(11):4467-78. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.02822013>.
3. Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM, et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(10):2095-109. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000002>.
4. Ministério da Saúde (BR). A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília, DF: MS; 2009. 148 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).
5. World Health Organization. Global Action Plan on Antimicrobial Resistance. Geneva: WHO; 2015. 28 p.
6. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2021. Antimicrobial Resistance, 2023 nov 21 [acesso em 2022 out 25]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Antibiotic use in the United States, 2017: progress and opportunities. Atlanta: CDC; 2017. 40 p.
8. Smieszek T, Pouwels KB, Dolk FCK, et al. Potential for reducing inappropriate antibiotic prescribing in English primary care. *J Antimicrob Chemother*. 2018;73(supl2):ii36-43. DOI: <https://doi.org/10.1093/jac/dkx500>.
9. Smith DRM, Dolk FCK, Pouwels KB, et al. Defining the appropriateness and inappropriateness of antibiotic prescribing in primary care. *J Antimicrob Chemother*. 2018;73(supl2):ii11-8. DOI: <https://doi.org/10.1093/jac/dkx503>.
10. Pan American Health Organization; Florida International University. Recommendations for implement-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- ing antimicrobial stewardship programs in latin america and the caribbean: manual for public health decision-makers. Washington, D.C.: PAHO; 2018. 144 p.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Componente populacional: resultados. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. 52 p. (Série Pnaum – Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil).
 12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Dados abertos. Venda de medicamentos industrializados sujeitos à escrituração no SNGPC. documentação e dicionário de dados [Internet]. Brasília, DF: ANVISA; 2020 [acesso em 2022 jun 26]. Disponível em: <https://dados.anvisa.gov.br/dados/>
 13. Ferreira TDJN, Morais JHDA, Caetano R, et al. Tratamento de dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados para estudos de utilização de medicamentos com antimicrobianos. Cad Saúde Pública. 2023;39(5):e00173922. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT173922>
 14. Feliciano M, Damázio SL, Medeiros KR, et al. Avaliação da cobertura e completude de variáveis de Sistemas de Informação sobre orçamentos públicos em saúde. Saúde debate. 2019;43(121):341-53. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912104>
 15. Carvalho SC, Mota E. A qualidade dos dados dos sistemas de informação em saúde aplicados em atenção à saúde materno-infantil [tese na Internet]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2016 [acesso em 2023 dez 20]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/21636/1/Tese%20Suzana%20Costa%20Carvalho.%202016.pdf>.
 16. Governo Federal (BR) [Internet]. Brasília, DF: Gov. BR; [Sem data]. Portal Brasileiro de Dados Abertos. 2023 [acesso em 2023 mar 12]. Disponível em: <https://dados.gov.br/home>
 17. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC Nº 586, de 17 de dezembro de 2021. Dispõe sobre a suspensão temporária, por tempo indeterminado, dos prazos previstos nos §3º e §4º do art. 10 da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 22, de 29 de abril de 2014, que estabelece a utilização do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados - SNGPC, por farmácias e drogarias, como um sistema de informação de vigilância sanitária para a escrituração de dados de produção, manipulação, distribuição, prescrição, dispensação e consumo de medicamentos e insumos farmacêuticos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2021 dez 17; Seção I:2.
 18. Caetano MC, Campos MR, Emmerick ICM, et al. Consumo de antimicrobianos nas farmácias e drogarias privadas brasileiras à luz do PAN-BR e da pandemia de COVID-19. BJDV. 2022;8(1):645-69. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n1-043>
 19. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 44, de 26 de outubro de 2010. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2010 out 26; Seção I:78-79.
 20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 22, de 29 de abril de 2014. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC, revoga a Resolução de Diretoria Colegiada nº 27, de 30 de março de 2007, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2014 abr 29; Seção I:76.
 21. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Portaria Nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1998 maio 12; Seção I:3-43.
 22. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 20, de 5 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 maio 5; Seção I:39-41.

23. Ministério da Saúde (BR). Resolução RDC nº 405, de 22 de julho de 2020. Estabelece as medidas de controle para os medicamentos que contenham substâncias constantes do Anexo I desta Resolução, isoladas ou em associação, em virtude da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionada ao novo Coronavírus (SARS-CoV-2). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2020 jul 22; Seção I:91.
24. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC Nº 351, de 20 de março de 2020. Dispõe sobre a atualização do Anexo I (Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial) da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2020 mar 20; Seção I:117.
25. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Relatório de Atividades 2016. Brasília, DF: ANVISA; 2017. 200 p.
26. Oliveira MG, Mota DM, Cunha TRP. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC): inovando na qualidade do monitoramento e controle de medicamentos no Brasil. Brasília, DF: Red PARF; 2011.
27. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Relatório de Atividades 2009. Brasília, DF: ANVISA; 2010. 169 p.
28. Azevedo ÂJP, Araújo AA, Ferreira MÂF. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. Ciênc saúde coletiva. 2016;21(1):83-90. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.15532014>
29. Zorzanelli RT, Giordani F, Guaraldo L, et al. Consumo do benzodiazepínico clonazepam (Rivotril®) no estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2013: estudo ecológico. Ciênc saúde coletiva. 2019;24(8):3129-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23232017>
30. Moretto LD, Mastelaro R. MDCB: Manual das denominações comuns brasileiras. São Paulo: SINDUSFARMA; 2013. 706 p. v. 16 (Manuais SINDUSFARMA).
31. World Health Organization. GLASS methodology for surveillance of national antimicrobial consumption [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [acesso em 2022 out 8]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336215>.
32. Costelloe C, Metcalfe C, Lovering A, et al. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2010;340:c2096. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.c2096>
33. MEASURE Evaluation. Strengthening health information systems in low- and middle- income countries: a model to frame what we know and what we need to learn [Internet]. Chapel Hill: MEASURE Evaluation; 2019 [acesso em 2023 dez 20]. Disponível em: https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-17-156/at_download/document
34. Muzy J. Fontes de informações para indicadores em saúde. In: Marques A, Oliveira A, Romero D, et al. Informação e indicadores: conceitos, fontes e aplicações para a saúde do idoso e envelhecimento. Rio de Janeiro: Edições Livres; 2021. p. 23-41.
35. Lemma S, Janson A, Persson LÅ, et al. Improving quality and use of routine health information system data in low- and middle-income countries: a scoping review. PLoS One. 2020;15(10):e0239683. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239683>
36. Nisingizwe MP, Iyer HS, Gashayija M, et al. Toward utilization of data for program management and evaluation: quality assessment of five years of health management information system data in Rwanda. Glob Health Action. 2014;7:25829. DOI: <https://doi.org/10.3402/gha.v7.25829>
37. Amoakoh-Coleman M, Kayode GA, Brown-Davies C, et al. Completeness and accuracy of data transfer of routine maternal health services data in the greater Accra region. BMC Res Notes. 2015;8:114. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1058-3>
38. Roomaney RA, Pillay-van Wyk V, Awotiwon OF, et al. Availability and quality of routine morbidity

- data: review of studies in South Africa. *J Am Med Inform Assoc.* 2017;24(e1):e194-206. DOI: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocw075>
39. Sharma A, Rana SK, Prinja S, et al. Quality of health management information system for maternal & child health care in Haryana State, India. *PLoS One.* 2016;11(2):e0148449. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148449>
 40. Lippeveld T. Routine health facility and community information systems: creating an information use culture. *Glob Health Sci Pract.* 2017;5(3):338-40. DOI: <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-17-00319>
 41. Dagnew E, Woreta SA, Shiferaw AM. Routine health information utilization and associated factors among health care professionals working at public health institution in North Gondar, Northwest Ethiopia. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(685):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3498-7>
 42. Li E, Clarke J, Ashrafian H, et al. The impact of electronic health record interoperability on safety and quality of care in high-income countries: systematic review. *J Med Internet Res.* 2022;24(9):e38144. DOI: <https://doi.org/10.2196/38144>
 43. Chen H, Hailey D, Wang N, et al. A review of data quality assessment methods for public health information systems. *Int J Environ Res Public Health.* 2014;11(5):5170-207. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph110505170>

Recebido em 14/03/2024

Aprovado em 26/09/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Vice-Direção de Pesquisa e Inovação - VDPI/Ensp/Fiocruz para a tradução do artigo para a língua inglesa

Editora responsável: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

Instrumento de Conhecimento, Atitudes e Práticas (CAP) para enfrentamento de epidemias e pandemias

Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) instrument for coping with epidemics and pandemics

Mauro Renato Pascotini¹, Michele Bueno de Melo², Beatriz Pierini Pepi², Leonardo Pestillo de Oliveira¹, Mirian Ueda Yamaguchi¹

DOI: 10.1590/2358-289820251449792P

RESUMO A emergência e reemergência de doenças infectocontagiosas apresenta inegável participação da população e o controle de disseminação continua sendo uma premência do mundo moderno. A investigação do Conhecimento, Atitudes e Práticas (CAP) é uma estratégia que pode ser empregada em uma população definida para identificação da sua percepção acerca do processo saúde-doença e disponibilidade em assumir novas atitudes. O objetivo deste trabalho foi elaborar e validar instrumento CAP para enfrentamento de epidemias e pandemias em estudantes universitários da Educação a Distância. Esses universitários, pertencentes a todas as regiões do país, responderam a um questionário on-line. A validação foi atestada por meio da validade de conteúdo e estrutura interna do instrumento. Foram realizadas análises fatoriais exploratória e confirmatória, respectivamente, por meio do critério de Kaiser-Guttman e pelas medidas de alfa de Cronbach e da variância média extraída. O ajuste da estrutura fatorial foi avaliado por meio dos testes qui-quadrado, Tucker-Lewis fit e comparative fit. O instrumento CAP desenvolvido apresenta validade e confiabilidade. Informações coletadas por meio do instrumento CAP validado podem contribuir para a elaboração de políticas de saúde mais efetivas se baseadas nas características proeminentes de uma população a um dado contexto.

PALAVRAS-CHAVE Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Educação em saúde. Promoção da saúde.

ABSTRACT The emergence and re-emergence of infectious diseases involve undeniable participation by the population, and control of their spread continues to be an urgent need in the modern world. The investigation of Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) is a strategy that can be used in a defined population to identify their perception of the health-disease process and willingness to take on new attitudes. The objective of this work was to develop and validate the KAP instrument for coping with epidemics and pandemics in distance education university students. These university students from all regions in the country answered the online questionnaire. Validation was attested through the content validity and internal structure of the instrument. Exploratory and confirmatory factor analyses were carried out, respectively, using the Kaiser-Guttman criterion and Cronbach's alpha and average variance extracted measurements. The adjustment of the factorial structure was evaluated using the chi-square test and the Tucker-Lewis and comparative fit. The developed KAP instrument presents evidence of validity and reliability. Information collected through the validated KAP instrument can help in the development of more effective health policies if based on the prominent characteristics of a population in a given context.

KEYWORDS Health knowledge, attitudes, practice. Health education. Health promotion.

¹Universidade Cesumar (UniCesumar), Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (Iceti), Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde (PPGPS) – Maringá (PR), Brasil. mirianueda@gmail.com

²Universidade Cesumar (UniCesumar), Curso de Medicina – Maringá (PR), Brasil.



Introdução

A completude da definição de saúde como bem-estar físico, mental e social ampliou nosso entendimento e práticas sobre a condição. A promoção de saúde é uma estratégia para a obtenção de qualidade de vida sustentável, o que vai ao encontro do estabelecimento do bem-estar em sua ampla concepção. As políticas de saúde periodicamente assumem novos desafios. Os contextos em que as estratégias de saúde precisam ser colocadas em prática se estendem da vulnerabilidade de populações às medidas emergenciais para a proteção ou resgate da saúde coletiva em cenários sanitários complexos. Esses incluem as epidemias e, para nosso estardalhaço, recentemente foi acrescentada a essa demanda uma pandemia.

As políticas de saúde envolvem o conhecimento do comportamento e práticas de busca de saúde por uma população. As pesquisas que utilizam instrumento padronizado para o reconhecimento de Conhecimento, Atitudes e Práticas (CAP), do inglês Knowledge, Attitudes and Practices (KAP), estão amplamente inseridas nesse contexto¹. Essa metodologia se consolidou como uma forma de pesquisa utilizada com frequência no campo da educação em saúde. Esse tipo de pesquisa parte da premissa de que a aquisição de conhecimento cientificamente correto é a base do processo que propicia a formação de uma atitude favorável em saúde². Dentre as vantagens dessa estratégia, destacam-se seu *design* simplificado e a possibilidade de obtenção de dados quantitativos e qualitativos em um cenário específico³.

As pesquisas do tipo CAP são compostas por questionários estruturados e configuram estudo representativo de uma população selecionada para coletar informações relativas ao que ela sabe, pensa e como atua sobre determinadas questões, situações ou problemas^{4,5}. Essa investigação pode revelar lacunas de conhecimento, crenças culturais e padrões de comportamento, além de identificar necessidades ou barreiras a serem transpostas

para que haja adesão a comportamentos mais saudáveis mediante planejamento e intervenções⁴. Considerada a irremediável participação do fator humano na disseminação das doenças infectocontagiosas, a consciência de alguns aspectos relacionados à população, como seus conhecimentos, práticas e atitudes contextualizadas à problemática, pode ser relevante no enfrentamento de situações adversas. A modificação efetiva de atitudes pode contribuir para um desfecho mais favorável de situações críticas. Certamente, as inúmeras dificuldades inerentes a esse processo não devem ser subestimadas.

A estratégia CAP foi amplamente utilizada no período pandêmico como método de obtenção de informações que pudessem embasar a implantação de políticas públicas de saúde⁶⁻⁸. Esse método, embora globalmente utilizado, teve expressiva aplicação em países com reconhecida desigualdade de acesso a serviços de saúde, principalmente, mas não exclusivamente, nos continentes africano e asiático, e tiveram como alvo populações diversas, desde indivíduos vulneráveis (idade avançada, portadores de doenças crônicas) até os profissionais da área da saúde⁶. Essas informações estão compiladas em recente análise cienciométrica sobre a utilização do instrumento CAP durante a pandemia de covid-19 de autoria de Pascotini e colaboradores⁶. Uma vantagem dessa estratégia de estudo é a possibilidade de validação do mesmo instrumento para outras populações e cenários específicos, principalmente quando se refere à estratégia para enfrentamento de problemas de saúde⁹.

O cenário recente da pandemia da covid-19 foi responsável pela calamitosa perda de milhares de vidas e determinou um impacto socioeconômico de proporções colossais. Um dos legados dessa condição foi a percepção de que o mundo globalizado está sujeito a novas ocorrências de focos de doenças infectocontagiosas que podem se espalhar rapidamente e ganhar proporções epidemiológicas impactantes. A gripe espanhola (1918-1919) impulsionou considerável desenvolvimento da

saúde pública, incluindo a ampliação da visão sanitária e da educação em saúde¹⁰. De fato, os períodos de crise impulsionam a busca e o aprimoramento do conhecimento científico, o que foi observado em considerável proporção durante a pandemia da covid-19¹¹.

Por outro lado, o desenvolvimento tecnológico da área da saúde embasou a expectativa de que as doenças infecciosas transmissíveis tivessem sua importância diminuída em termos de morbidade e mortalidade das populações. No entanto, essa expectativa foi quebrada com a noção de que, além de novos agentes infecciosos que provêm de mutações virais ou pelo surgimento de bactérias resistentes, as doenças infectocontagiosas emergem e reemergem – esse é o caso, por exemplo, das doenças transmitidas por vetores, como a malária, dengue, zika e chikungunya¹²⁻¹⁴. A reemergência de doenças transmitidas por vetores configura uma das principais preocupações em saúde pública em todo o mundo¹⁵.

A conscientização constante sobre doenças infecciosas é necessária para a elaboração de reações adequadas de saúde pública. Isso se aplica a doenças emergentes ou reemergentes. A interação entre patógeno, hospedeiro e meio ambiente constitui o pilar para o processo de emergência e reemergência de doenças transmissíveis¹². Em casos extremos, doenças infectocontagiosas podem chegar a níveis epidêmicos, como a infecção por covid-19, uma doença emergente, e em outros casos, essas manifestações resultam em quadros de alta incidência que caracterizam as epidemias¹⁶. Dentre as condições humanas que contribuem para esse processo, destacam-se o aumento do intercâmbio internacional, as correntes migratórias e a incorporação de novos hábitos. Além disso, as mudanças ambientais e a inadequação dos serviços de saúde colaboram com os processos de expansão de doenças^{12,14,16}. A adaptação de alguns de nossos mecanismos genéticos, celulares e imunes, garante a contínua transmissão de agentes virais¹⁶. Esta perspectiva tem implicações na forma como pensamos e reagimos às ameaças que surgem de doenças infecciosas¹⁶.

Nesse contexto, tanto de doenças reemergentes (como a dengue) ou emergentes (como a covid-19), a elaboração de estratégias eficientes de políticas de saúde em tempo hábil continua sendo uma premência do mundo moderno. O objetivo desse estudo foi elaborar e validar instrumento CAP para enfrentamento de surtos, endemias, epidemias e pandemias direcionado a estudantes universitários de Educação a Distância (EaD). Essa população foi selecionada como alvo para a validação de questionário CAP desenvolvido considerando suas características como o acesso aos meios digitais e sua presença em todas as regiões do país⁵.

Material e métodos

Instrumento

O instrumento foi elaborado para abordar o CAP dos indivíduos no enfrentamento de doenças contagiosas com potencial de expansão geográfica¹⁷. É composto por 31 questões que abrangem os três domínios do instrumento, tendo como base conceitos, causas e sintomas de doenças contagiosas. O domínio de conhecimento foi analisado com 14 questões que mensuram a habilidade de aquisição e retenção de informações. A atitude foi avaliada pela predisposição do indivíduo frente ao que se tem aprendido e ao que o faz pensar, sentir e agir de uma maneira particular em relação ao tema abordado (7 questões). Por fim, para avaliar a prática, foram formuladas 10 questões sobre o uso de medidas preventivas e diferentes ações de proteção frente à doença no contexto proposto². Para as respostas, foi utilizada escala Likert com 5 pontos que variam entre: discordo plenamente (1), discordo (2), não sei (3), concordo (4) e concordo plenamente (5).

Entrevistados

O instrumento CAP foi aplicado a estudantes universitários do EaD da Universidade Cesumar (Unicesumar), Paraná, Brasil, que

concordaram com o termo de consentimento livre e esclarecido. Considerada a facilidade de acesso dos alunos ao questionário, foi constituída abordagem amostral por conveniência, não probabilística, sendo a adesão dos alunos voluntária. O questionário foi disponibilizado na plataforma de EaD da Unicesumar.

Essa instituição de ensino superior possui 78 cursos de graduação, com uma população estimada de 318.968 alunos matriculados na data da pesquisa e estava presente em todos os estados brasileiros, com 900 polos de EaD, cinco campi presenciais no Brasil e três polos internacionais. Além disso, possui certificação de Universidade Promotora da Saúde da Rede Ibero-Americana das Universidades Promotoras da Saúde.

Análise sociodemográfica dos participantes

Foi realizada análise sociodemográfica dos participantes do estudo com o objetivo de reconhecimento da representatividade amostral perante a população brasileira. Os indivíduos foram avaliados segundo os seguintes critérios: gênero, idade, região do país em que reside, área do curso ao qual pertencem, trabalho e renda mensal.

Análise de conteúdo e semântica dos itens do instrumento

O instrumento CAP elaborado foi submetido à avaliação por onze profissionais de saúde, gestores, médicos e enfermeiros, com experiência em epidemiologia e situações de epidemia/pandemia. O objetivo dessa avaliação foi a análise crítica de conteúdo das 31 questões (itens) que compõem o instrumento, quanto a clareza, pertinência, relevância e objetividade, além da aparência, facilidade de preenchimento e compreensão. O instrumento foi entregue aos juízes de forma impressa, juntamente com um roteiro do processo de validação, com prazo de 10 dias para a devolução dos formulários.

Foi utilizado o cálculo do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) proposto por Hernández-Nieto¹⁸. O julgamento exigiu, no mínimo, 80% de aceitação para que o quesito julgado fosse validado ($CVC \geq 0,80$)^{18,19}. Para cada questão foi solicitado que o especialista pontuasse, de 1 a 3, os quesitos apresentados.

Índices de validade de construto

Para mensurar a estrutura interna (ou de construto) foram realizadas análises fatoriais exploratória e confirmatória. Inicialmente, foi obtido o coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para confirmar quão bem as variáveis analisadas representam a dimensionalidade do construto. Os valores obtidos na estatística KMO podem variar de 0 a 1, sendo considerados valores aceitáveis entre 0,5 e 1,0²⁰. Valores iguais ou próximos a zero indicam que a análise fatorial não é apropriada.

Adicionalmente, para comprovar se o método é adequado, foi aplicado o teste de esfericidade de Bartlett, que avalia a correlação entre as variáveis²¹.

Análise fatorial exploratória

O critério de Kaiser-Guttman definiu a existência de fatores do instrumento a serem removidos. Por se tratar de dados ordinais, para estimar os parâmetros na análise fatorial, tanto exploratória quanto confirmatória, foi empregado o método de mínimos quadrados ponderados robustos pela média e variância (Weighted Least Squares Mean- and Variance-adjusted – WLSMV). As estimativas foram rotacionadas por meio do método Varimax. O método de rotação ortogonal Varimax minimiza o número de variáveis que apresentam altas cargas em cada fator.

Análise Fatorial Confirmatória

Para a realização da Análise Fatorial Confirmatória (AFC), o número e a relação entre os fatores foram especificados de acordo

com a estrutura proposta por Van Der Vaart e Drossaert²². Essa metodologia permite ao pesquisador avaliar e testar a razoabilidade de um modelo teórico baseado na suposição de que certas variáveis latentes podem ser estimadas a partir das observadas.

A validade convergente foi atestada pela alta variância em comum dos indicadores. Essa propriedade é definida como a relação significativa entre duas ou mais medidas do construto avaliado. Desse modo, a validade convergente ocorre quando duas ou mais medidas relacionadas a um construto específico se correlacionam de maneira significativa, ou seja, convergem para a avaliação de diferentes aspectos do mesmo construto²³. Para esse fim, foram utilizadas as cargas fatoriais, além das medidas de alfa de Cronbach e a variância média extraída (Average Variance Extracted, AVE). Foram considerados aceitáveis os coeficientes acima de 0,5²⁴.

Denomina-se validade discriminante do modelo a capacidade do construto de se distinguir verdadeiramente dos demais. Para tanto, as variáveis observadas não devem estar fortemente correlacionadas com outro construto. Essa propriedade foi verificada comparando o valor da correlação dos construtos com a raiz quadrada de AVE²⁰. Os seguintes índices foram empregados para testar o ajuste do modelo: Qui-quadrado (X^2 ; p igual ou menor que 0,05), Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA < 0,08, CI = 95%), Tucker-Lewis Index (TLI > 0,95) e Comparative Fit Index (CFI > 0,95). A obtenção dos índices, tal como indicados, presume que haja qualidade do modelo preditivo em relação aos dados coletados, sugerindo eficácia das previsões que serão feitas a partir desse modelo²⁰.

Software

Para a AFC foram utilizados os pacotes lavaan e semPlot. Para todas as outras análises foi utilizado o programa estatístico R (R Development Core Team), versão 3.6.2.

Resultados

Análise sociodemográfica dos entrevistados

Entre os 2.316 entrevistados, quase 80% são do sexo feminino, cerca de metade da cor branca e mais de 60% possui entre 31 e 50 anos. Do total de universitários entrevistados, 1.736 (74,96%) são estudantes da área de saúde, 552 (23,83%) correspondem à área de humanas e 28 (1,21%) da área de exatas. Os estudantes que responderam ao instrumento residem nas cinco regiões do país, embora as regiões Sudeste e Sul tenham sido majoritariamente representadas, com respectivamente 44,73% e 31,43% dos estudantes entrevistados. Uma porcentagem superior a 80% desses estudantes são trabalhadores formais e mais de 70% possuem renda mensal familiar entre um e três salários mínimos.

Análise de conteúdo e semântica do instrumento

Na *tabela 1* estão apresentadas as pontuações de avaliação de conteúdo nos três domínios que compõem o instrumento. No domínio conhecimento, com exceção dos aspectos clareza e compreensão, os itens receberam a pontuação máxima de 3 pontos, obtendo-se consequentemente um coeficiente de validade igual a 1. Mesmo o aspecto que não recebeu a pontuação máxima de todos os juízes também apresentou um CVC alto, de 0,99, ou seja, acima do ponto de corte de 0,80. A validade de conteúdo do questionário no domínio conhecimento foi considerada satisfatória. No domínio das atitudes, a validade de conteúdo de todas as questões foi considerada satisfatória nos diferentes critérios. Nos aspectos de pertinência de conteúdo e sequência adequada de tópicos, os itens apresentaram a pontuação máxima (*tabela 1*). Quanto ao domínio das práticas, apenas algumas questões do aspecto

clareza e compreensão dos itens não atingiram a pontuação máxima do CVC, obtendo-se um coeficiente de validade de conteúdo de 0,985, ainda com validade satisfatória.

Não foram propostas modificações semânticas pelos juízes.

Tabela 1. Coeficiente de validade de conteúdo das questões que compõem o instrumento

Questão	Clareza e compreensão								Sequência adequada de	
	Aparência		Eficiência/ Consistência		dos itens		Pertinência de conteúdo			
	Média	CVC	Média	CVC	Média	CVC	Média	CVC	Média	CVC
Conhecimento										
1	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00
2	3,00	1,00	3,00	1,00	2,91	0,97	3,00	1,00	3,00	1,00
3	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00
4	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00
5	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00
6	3,00	1,00	3,00	1,00	2,91	0,97	3,00	1,00	3,00	1,00
7	3,00	1,00	3,00	1,00	2,91	0,97	3,00	1,00	3,00	1,00
8	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00
9	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00
10	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00
11	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00
12	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00
13	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00
14	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00
Geral	3,00	1,00	3,00	1,00	2,98	0,99	3,00	1,00	3,00	1,00
Atitudes										
1	2,91	0,97	3,00	1,00	2,91	0,97	3,00	1,00	3,00	1,00
2	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00
3	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00
4	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00
5	3,00	1,00	3,00	1,00	2,91	0,97	3,00	1,00	3,00	1,00
6	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00
7	3,00	1,00	2,91	0,97	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00
Geral	2,99	1,00	2,99	1,00	2,97	0,99	3,00	1,00	3,00	1,00
Práticas										
1	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00
2	3,00	1,00	3,00	1,00	2,91	0,97	3,00	1,00	3,00	1,00
3	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00
4	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00
5	3,00	1,00	3,00	1,00	2,91	0,97	3,00	1,00	3,00	1,00

Tabela 1. Coeficiente de validade de conteúdo das questões que compõem o instrumento

Questão	Aparência		Eficiência/ Consistência		Clareza e compreensão dos itens		Pertinência de conteúdo		Sequência adequada de tópicos e itens	
	Média	CVC	Média	CVC	Média	CVC	Média	CVC	Média	CVC
6	3,00	1,00	3,00	1,00	2,91	0,97	3,00	1,00	3,00	1,00
7	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00
8	3,00	1,00	3,00	1,00	2,91	0,97	3,00	1,00	3,00	1,00
9	3,00	1,00	3,00	1,00	2,91	0,97	3,00	1,00	3,00	1,00
10	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00
Geral	3,00	1,00	3,00	1,00	2,96	0,985	3,00	1,00	3,00	1,00

Fonte: elaboração própria.

Apresentação do instrumento

bem como a média, o desvio padrão da média e a mediana estão apresentados na *tabela 2*.

O instrumento, as respostas às suas questões,

Tabela 2. Medidas resumo das respostas dos participantes da pesquisa ao instrumento CAP elaborado

Item	Média	Desvio-Padrão	Mediana
C1 – Nos surtos de cólera, a principal precaução é evitar água e alimentos contaminados com o vibrião colérico (bactéria).	4,07	0,72	4,00
C2 – A via respiratória é a principal entrada para contaminação pelo vírus causador da covid-19, assim como foi para a gripe espanhola no início do Século XX.	4,24	0,71	4,00
C3 – Surtos de dengue são combatidos por meio de ações preventivas de proliferação do mosquito Aedes aegypti, evitando o acúmulo de água parada.	4,50	0,57	5,00
C4 – Surto é o aumento repentino do número de casos de uma doença em uma região específica, epidemia é um surto que acontece em diversas regiões e pandemia é quando a doença se espalha por diversas regiões do planeta.	4,34	0,65	4,00
C5 – Distanciamento social é uma medida que reduz a circulação de pessoas em ambientes coletivos e diminui o risco de contágio das pessoas durante uma pandemia.	4,26	0,75	4,00
C6 – ‘Lockdown’ é uma medida determinada por autoridades sanitárias para que as pessoas permaneçam em casa, independentemente de estarem doentes.	3,96	1,09	4,00
C7 – Os vírus e bactérias que causam doenças podem ser transmitidos por pessoas, alimentos ou objetos.	4,31	0,64	4,00
C8 – Lavagem das mãos é uma conduta importante para evitar a propagação de doenças do trato respiratório.	4,38	0,68	4,00
C9 – Na década de 1980, cuidados como fazer sexo com uso de preservativos e o não compartilhamento de agulhas, poderiam ter evitado a pandemia de AIDS.	4,30	0,72	4,00
C10 – É dever da Organização Mundial da Saúde (OMS), que é a autoridade sanitária global, divulgar para a população boletins atualizados sobre o início e o término de epidemias e pandemias.	4,38	0,64	4,00
C11 – Durante uma pandemia, muitas notícias falsas (Fake News) são compartilhadas pelas redes sociais digitais como o Facebook, Instagram, WhatsApp e outros.	4,32	0,77	4,00

Tabela 2. Medidas resumo das respostas dos participantes da pesquisa ao instrumento CAP elaborado

Item	Média	Desvio-Padrão	Mediana
C12 – As bactérias são os principais causadores de epidemias e pandemias.	3,18	1,14	3,00
C13 – O período de incubação de uma doença é o tempo que o vírus ou bactéria permanece no corpo de uma pessoa sem apresentar sintomas, mas com potencial de transmitir a doença.	4,07	0,74	4,00
C14 – Animais e mosquitos são responsáveis por doenças como a febre amarela e a dengue.	4,07	0,88	4,00
A1 – Eventos sociais como casamentos, batizados e formaturas devem ser adiados em períodos de pandemias.	4,30	0,89	4,00
A2 – O teleatendimento em saúde é uma boa opção para esclarecer dúvidas e buscar aconselhamento com profissionais de saúde durante uma pandemia.	4,24	0,81	4,00
A3 – Durante uma epidemia, a proibição de viagens aéreas internacionais é uma estratégia importante para evitar uma pandemia.	4,36	0,79	4,50
A4 – No passado, doenças como a paralisia infantil (poliomielite) e a varíola foram erradicadas graças à vacinação em massa.	4,39	0,72	5,00
A5 – Os cuidados pessoais com objetos contaminados por vírus ou bactérias previne a disseminação de doenças transmissíveis.	4,41	0,70	4,00
A6 – Notícias de rádio ou televisão sobre doenças com potencial pandêmico são confiáveis independente das fontes terem evidências científicas comprovadas.	3,50	1,17	4,00
A7 – Os órgãos oficiais do governo (Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde) são considerados fontes confiáveis de informações durante uma epidemia ou pandemia.	4,05	0,85	4,00
P1 – Considero importantes as recomendações das autoridades sanitárias (por exemplo, o uso de máscara) e procuro cumpri-las.	4,37	0,75	4,00
P2 – Quando estou com sintomas gripais (tosse, coriza e/ou febre), visito meus amigos normalmente.	4,39	0,94	5,00
P3 – Eu cubro a boca e o nariz ao tossir ou espirrar.	4,57	0,65	5,00
P4 – É comum eu comer sem antes lavar as mãos, principalmente quando estou com pressa.	4,22	1,05	5,00
P5 – Eu tomo as vacinas recomendadas pelas autoridades sanitárias, de modo que minha caderneta de vacinação está em dia.	4,39	0,85	5,00
P6 – Eu compartilho notícias sobre saúde com meus amigos pelas redes sociais (ex. Facebook, WhatsApp) sem verificar a veracidade destas notícias.	3,83	1,34	4,00
P7 – Quando recebo recomendações das autoridades sanitárias, procuro seguir e compartilhar com as pessoas com quem convivo.	4,32	0,71	4,00
P8 – Eu participei de reuniões sociais (festas) em ambientes fechados durante a pandemia da covid-19.	4,32	0,96	5,00
P9 – Na minha casa (e/ou quintal), cuido dos meus vasos e de outros tipos de objetos que podem acumular água parada por causa dos mosquitos da Dengue, Zika e Chikungunya.	4,46	0,79	5,00
P10 – Quando estou com sintomas respiratórios como tosse e coriza, eu uso máscara para viajar de ônibus ou avião.	4,35	0,84	5,00

Fonte: elaboração própria.

Validação do instrumento

A adequação da técnica foi avaliada por meio do índice KMO e pelo teste de esfericidade de Bartlett. Para o conjunto de dados em questão, o KMO resultou em um valor de 0,95, indicativo de boa consistência, e o teste de Bartlett resultou em um valor de $p < 0,001$, o que também indica que a análise fatorial é adequada.

Análise fatorial exploratória

Segundo o critério de Kaiser-Guttman, cinco fatores apresentaram autovalores superiores a 1, sendo este o número determinado como apropriado de fatores a reter, apresentando a maior variância conjunta (dados não apresentados). A extração desses fatores explicou 45,23% da variância.

A análise fatorial estimada pelo WLSMV com rotação Varimax revelou apenas um item com carga fatorial absoluta superior a 0,50, tanto no domínio de atitudes quanto no

domínio de práticas. Para o domínio de conhecimento, dos 14 itens, 11 deles apresentaram valores superiores a 0,50, em sua maioria no fator 1 (tabela 3).

Tabela 3. Cargas fatoriais da análise fatorial exploratória estimadas pelo WLSMV com rotação Varimax, com 5 fatores

Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
C1	0,58				
C2	0,42				-0,58
C3	0,32				-0,56
C4	0,59				-0,31
C5	0,58				
C6	0,56				
C7	0,59				
C8	0,43				
C9				0,47	
C10	0,53				
C11	0,47				
C12	0,61				
C13	0,61				
C14	0,66				
A1					-0,46
A2	0,30				
A3	0,30				-0,39
A4	0,46	0,43			
A5	0,44	0,36			
A6				0,53	
A7					-0,35
P1		0,32			-0,51
P2			0,48		
P3		0,30			
P4			0,44		
P5		0,34			
P6				0,45	
P7		0,41			-0,35
P8			0,51		
P9					
P10		0,33	0,33		
Autovalor	8,06	1,88	1,7	1,26	1,12
% Variância	25,99	6,07	5,49	4,08	3,61
Acumulada	25,99	32,06	37,55	41,63	45,23

Fonte: elaboração própria.

Análise Fatorial Confirmatória

O ajuste da AFC foi realizado por dois testes consecutivos de validade convergente e de validade discriminante, realizando os ajustes necessários para garanti-las. Os resultados

do ajuste da AFC à estrutura do instrumento originalmente proposta, considerando o limite de 0,5, detectou apenas dois itens que não obtiveram 5% de significância. Por essa razão, os itens A6 e C9 foram excluídos e as cargas fatoriais recalculadas (*tabela 4*).

Tabela 4. Cargas fatoriais da AFC estimadas pelo WLSMV, considerando a estrutura sem os itens A6 e C9

Domínio	Item	Carga fatorial padronizada	Erro-padrão	Valor p
Conhecimento	C1	0,66		
	C2	0,66	0,04	< 0,001*
	C3	0,51	0,06	< 0,001*
	C4	0,68	0,04	< 0,001*
	C5	0,62	0,04	< 0,001*
	C6	0,58	0,04	< 0,001*
	C7	0,67	0,04	< 0,001*
	C8	0,48	0,04	< 0,001*
	C9	-0,03	0,06	0,278
	C10	0,54	0,04	< 0,001*
	C11	0,39	0,05	< 0,001*
	C12	0,56	0,04	< 0,001*
	C13	0,59	0,04	< 0,001*
	C14	0,69	0,03	< 0,001*
Atitudes	A1	0,53		
	A2	0,49	0,05	< 0,001*
	A3	0,55	0,05	< 0,001*
	A4	0,63	0,05	< 0,001*
	A5	0,60	0,05	< 0,001*
	A6	0,09	0,06	0,065
	A7	0,47	0,05	< 0,001*
Práticas	P1	0,57		
	P2	0,33	0,06	< 0,001*
	P3	0,51	0,05	< 0,001*
	P4	0,24	0,07	< 0,001*
	P5	0,50	0,06	< 0,001*
	P6	0,18	0,08	< 0,001*
	P7	0,63	0,05	< 0,001*
	P8	0,37	0,06	< 0,001*
	P9	0,42	0,06	< 0,001*
	P10	0,55	0,06	< 0,001*

Fonte: elaboração própria.

p < 0,001 (*) indica uma diferença estatisticamente significativa.

A validade convergente foi verificada por meio das medidas de alfa de Cronbach e da variância média extraída. Após a exclusão dos itens A6 e C9, embora nem todas as cargas fatoriais tenham sido superiores a 0,50, todas se mostraram significativas ao nível de 5% de significância pelo modelo fatorial ajustado (tabela 5). Foi adotado como limite para a variância média extraída o valor de 0,5. Assim, três fatores apresentaram valores superiores ao desejado, indicando que, em média, mais da metade da variância de seus indicadores foi explicada pelo fator em questão. Os índices de alfa de Cronbach foram superiores a 0,60, o que indica boa validade convergente.

A capacidade do construto de se distinguir

efetivamente dos demais (validade discriminante) também foi avaliada. Foi encontrada boa validade discriminante do modelo ajustado, uma vez que as correlações dos fatores não se mostraram superiores à raiz quadrada da variância média extraída (tabela 5).

O modelo apresentou $X^2(347) = 1394.930$ ($p < 0,001$) e observamos índices de ajuste aceitáveis utilizando o RMSEA = 0,033 [IC 0,032 – 0,036]. Em relação aos índices de medição incremental, o TLI (0,979) atingiu valores recomendados ($> 0,90$), apoiando a aceitação do modelo modificado. Além disso, valores parcimoniosos de medição, como o CFI padronizado (0,980), mostraram-se adequados para os níveis recomendados.

Tabela 5. Medidas de validade discriminante e convergente

Fator	Validade discriminante			Validade Convergente	
	Práticas	Atitudes	Conhecimento	Alfa de Cronbach	Variância média extraída
Conhecimento	0,457	0,738	0,806	0,862	0,650
Atitudes	0,698	0,837		0,716	0,700
Práticas	0,891			0,677	0,794

Fonte: elaboração própria.

Discussão

O mundo globalizado sofre com a ameaça de rápida e, por vezes, incontrolável expansão de doenças infectocontagiosas. O comportamento individual assumido interfere diretamente com o desfecho desses processos que apresentam consequências coletivas. Em tais situações, a ágil elaboração de estratégias adequadas de saúde pública pode garantir resultados efetivos. Estudos baseados em questionários on-line apresentam como vantagens a rapidez, agilidade de acesso a diferentes regiões e grupos, além da economia²⁵. Esses métodos tornam-se particularmente úteis em períodos críticos de alta demanda em promoção de saúde.

A utilização de instrumentos com confiável validação tornou-se um método frequente na área da saúde para a verificação e detalhamento das necessidades de intervenção. Com esses instrumentos é possível avaliar o conhecimento sobre uma doença, ou mesmo um perfil de comportamento e, a partir dos resultados, planejar intervenções. O objetivo deste estudo foi a elaboração de instrumento CAP para o enfrentamento de surtos, epidemias e pandemias e a sua validação de conteúdo e construto para estudantes universitários EaD.

A população de estudantes da EaD sofreu significativo crescimento, ultrapassando recentemente o percentual de ingressantes no ensino superior em cursos presenciais²⁶.

Dentre as características dessa população destaca-se o fato de que ela se estende, potencialmente, a todo o território nacional, com garantido acesso aos meios digitais. Os estudantes que compuseram a amostra deste estudo são provenientes das cinco regiões brasileiras, embora aproximadamente três quartos dos participantes da pesquisa residam nas regiões Sul ou Sudeste.

Para a análise de conteúdo e semântica, o instrumento elaborado foi submetido à avaliação por juízes especialistas. A clareza, pertinência, relevância e objetividade das questões foram os requisitos pontuados, além da aparência, facilidade de preenchimento e compreensão, tendo em vista a população para a qual o instrumento foi elaborado. Dessa forma foi medida a adequação do questionário ao seu público-alvo. O CVC utilizado apresentou índices satisfatórios nos três domínios do instrumento, uma vez que todos os requisitos obtiveram pontuação superior ao nível de corte do coeficiente (80%).

Para a análise de construto foram coletadas referências de confiabilidade e validade do referido instrumento. A confiabilidade refere-se à estabilidade, consistência interna e grau de concordância das medidas propostas, não sendo uma propriedade inerente a essas ferramentas²⁷. Por essa razão, a confiabilidade se sujeita a vários fatores, demonstrando a função do instrumento para a população utilizada e seu cenário, como é o caso da população universitária escolhida como alvo do instrumento CAP elaborado, devendo ser estatisticamente calculada. A validade, por sua vez, importa na medida daquilo que se propõe. A confiabilidade e a validade de um instrumento podem coexistir, mas não necessariamente, e por essa razão necessitam ser confirmadas^{27,28}.

A adequacidade da técnica foi avaliada pelo índice KMO e pelo teste de esfericidade de Bartlett, que atestaram, respectivamente, boa consistência e adequação da análise fatorial.

As cargas fatoriais indicaram que todos os itens apresentam valores adequados que explicam o construto. A análise fatorial exploratória é aplicada quando não existe conhecimento sobre a estrutura latente (ou seja, oculta) por trás do conjunto de indicadores da pesquisa, que ocorre na ausência de pesquisa empírica anterior ou incipiência da teoria de suporte do fenômeno²⁹. Nessa situação, a composição do construto é desconhecida e a aplicação da análise fatorial exploratória permite o avanço de conhecimento do fenômeno²⁹. Na análise fatorial exploratória, pelo método de análise de componentes principais com rotação Varimax forçada a cinco fatores, foram determinadas as correlações entre os itens. A análise fatorial estimada pelo WLSMV com rotação Varimax revelou correlação moderada em ao menos um dos fatores extraídos. Sequencialmente, a análise fatorial deve confirmar, para uma determinada amostra (ou contexto), neste caso estudantes universitários EaD, a estrutura fatorial já conhecida, tendo prévio conhecimento de quantos fatores serão medidos²⁹. Dois testes consecutivos de validade convergente e de validade discriminante e a determinação dos ajustes necessários para garanti-las compuseram a análise confirmatória. Apenas dois itens do instrumento (A6 e C9) não obtiveram 5% de significância²⁰. Por apresentarem cargas fatoriais inferiores ao valor de referência, os itens A6 e C9 foram excluídos e as cargas fatoriais recalculadas. Após a exclusão desses itens, embora nem todas as cargas fatoriais tenham sido superiores a 0,50, todas mostraram nível de 5% de significância pelo modelo fatorial ajustado. Adotando-se como limite para a variância média extraída o valor de 0,5, os três domínios que compõem o instrumento CAP apresentaram valores superiores ao desejado, explicando mais da metade da variância de seus indicadores.

Os índices de alfa de Cronbach obtidos foram superiores a 0,60, o que indica boa

validade convergente. Adicionalmente, foi encontrada uma boa validade discriminante do modelo ajustado, uma vez que as correlações dos fatores não se mostraram superiores à raiz quadrada da variância média extraída.

Os processos de verificação da confiabilidade e validade de instrumentos são indispensáveis para a garantia da sua propriedade psicométrica²⁷. Os resultados revelaram que, quando aplicado a estudantes universitários EaD, o instrumento investigado apresenta validade e confiabilidade adequadas após os ajustes estatísticos recomendados. A identificação de questões significativamente assimétricas e desequilibradas permitiu a retificação e lapidação do instrumento (na sua estrutura fatorial). Dessa forma, conclui-se que os domínios de Conhecimento, Atitudes e Práticas presentes no instrumento CAP elaborado neste estudo foram estatisticamente definidos como suficientes para aplicação na população universitária EaD.

Sem dúvida, para o público escolhido (estudantes EaD), a aplicação on-line do questionário indicado é oportuna, pois favorece a adesão de seus participantes, além de reduzir o tempo entre a coleta de informações e seu processamento crítico por seus proponentes. As vantagens dessa estratégia já foram aqui mencionadas⁷. No entanto, considerando a metodologia CAP e sua aplicação em diferentes perfis populacionais, o meio virtual para veiculação de questionários em saúde certamente não se aplica com igual eficiência em diferentes cenários. Nesse sentido, a aplicação on-line do questionário indicado pode ser compreendida como uma limitação dessa proposta. As estratégias digitais têm sido consideradas como uma interface possível entre a ciência e a sociedade e essa forma de comunicação tem sido explorada em estudos e práticas⁵. Entretanto, as desigualdades ao acesso digital podem exigir adaptações na forma de aplicação de questionários CAP inseridos como ferramentas que auxiliem

na construção social de políticas de saúde pública.

Outra questão que não pode ser negligenciada nesta abordagem é a atual discussão acerca do papel do conhecimento no processo de mudança de comportamentos. Segundo a mais recente percepção sobre o tema, o conhecimento é indiscutivelmente necessário, embora não seja suficiente para a mudança de comportamentos³⁰. Essa seria precedida pela alteração de atitudes, que deveriam ser ‘decisões’ que pudessem ser sustentadas do ponto de vista individual e no ambiente em que esse indivíduo está inserido³¹. Esse pensamento é particularmente relevante nas questões relacionadas à saúde, onde a mudança de comportamento deve ser encorajada e, nesse sentido, o conhecimento da razão pela qual essas mudanças são necessárias torna-se imprescindível. A pesquisa CAP parte do princípio de que a aquisição de informações cientificamente embasadas integra a formação de uma atitude favorável em saúde². Igualmente, as atitudes e a prática são elementos avaliados como aspectos distintos do conhecimento. Considera-se que muitas vezes, apesar do conhecimento, outras condições interferem negativamente na expressão de comportamento favorável à saúde e esses obstáculos precisam ser reconhecidos e ultrapassados.

Conclusões

Estima-se que a elaboração e validação de instrumento CAP direcionado à população de estudantes universitários permite, em casos de doenças contagiosas que atinjam número significativo de pessoas e avancem fronteiras geográficas, a ágil mobilização de recursos de enfrentamento e contenção dessas condições. A população alvo do instrumento validado representa, além de majoritariamente profissionais de saúde em formação, indivíduos frequentemente em processo de elaboração de pensamento crítico, expansão social e

relevante influência em seu meio familiar, o que pode ampliar os efeitos gerados por suas práticas assumidas.

Agradecimentos

Ao Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (Iceti) e a Fundação Coordenação de Pessoal de Nível Superior (Capes), pelas bolsas concedidas aos pesquisadores.

Colaboradores

Pascotini MR (0000-0002-2723-5171)*, Melo MB (0009-0003-6176-7440)*, Pepi BP (0009-0004-4991-9883)*, Oliveira LP (0000-0001-5278-0676)* e Yamaguchi MU (0000-0001-5065-481X)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Hausmann-Muela S, Ribera JM, Nyamongo I. Health-seeking behaviour and the health system response. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM); 2003.
2. Oliveira MLC, Gomes LO, Silva HS, et al. Conhecimento, atitude e prática conceitos e desafios na área de educação e saúde. *Rev Educ Saúde*. 2020;8(1):190-198. DOI: <http://dx.doi.org/10.29237/2358-9868.2020v8i1.p190-198>
3. Bhattacharyya K. Key informants, pile sorts, or surveys? Comparing behavioral research methods for the study of acute respiratory infections in West Bengal. In: Inhorn MC, Brown PJ (eds). *The anthropology of infectious diseases: theory and practice on medical anthropology and international health*. Amsterdam: Routledge Publishers; 1997. p. 211-238.
4. Lima ABC, Fiorin BH, Romero WG, et al. Construção e Validação do Questionário de Conhecimento, Atitude e Prática na Doação de Órgãos. *Enferm Foco*. 2020;10(7):90-95. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019v10.n7.2341>
5. Hartmann JB, Rego AT, Khoury JV, et al. E-Questionnaire on health knowledge, attitudes and practices (KAP-Health) for Brazilian students in distance learning. *Glob Health Action*. 2023;16(1):2153441. DOI: <https://doi.org/10.1080/16549716.2022.2153441>
6. Pascotini MR, Melo MB, Pepi BP, et al. Knowledge, attitudes, and practices instrument applied in emergency: scientometric study in pandemic period. *Revista A.toZ. Novas práticas para informação e conhecimento*. No prelo; 2024.
7. Siddiquea BN, Shetty A, Bhattacharya O, et al. Global epidemiology of COVID-19 knowledge, attitude and practice: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2021;11(9):e051447. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051447>
8. Park DI. Development and Validation of a Knowledge, Attitudes and Practices Questionnaire on COVID-19 (KAP COVID-19). *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(14):7493. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18147493>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Andrade SSC. Mulheres solteiras e casadas e o uso do preservativo: o que sabem, pensam e praticam [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2014. 104 p.
10. Martini M, Gazzaniga V, Bragazzi NL, et al. The Spanish Influenza Pandemic: a lesson from history 100 years after 1918. *J Prev Med Hyg.* 2019;60(1):E64-E67. DOI: <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2019.60.1.1205>
11. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020;395(10227):912-920. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
12. Chala B, Hamde F. Emerging and Re-emerging Vector-Borne Infectious Diseases and the Challenges for Control: A Review. *Front Public Health.* 2021;5(9):715759. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.715759>
13. Boulos M. Doenças emergentes e reemergentes no Brasil. *Ciência Hoje.* 2001;29(170):58-60.
14. Luna EJA. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2002;5(3):229-243. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2002000300003>
15. Morens DM, Fauci AS. Emerging Pandemic Diseases: How We Got to COVID-19. *Cell.* 2020;182(5):1077-1092. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.08.021>
16. Morens DM, Folkers GK, Fauci AS. Emerging infections: a perpetual challenge. *Lancet Infect Dis.* 2008;8(7):10-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(08\)70256-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(08)70256-1)
17. Chan EY, Cheng CK, Tam G, et al. Knowledge, attitudes, and practices of Hong Kong population towards human A/H7N9 influenza pandemic preparedness, China, 2014. *BMC Public Health.* 2015;15:943. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2245-9>
18. Hernández Nieto H. Contributions to statistical analysis. Charleston: Booksurge Publishing; 2002.
19. Leite SS, Áfio ACE, Carvalho LV, et al. Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(4):1732-1738. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0648>
20. Hair Jr JF, Black WC, Babin BJ, et al. Análise multivariada de dados. 6. ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
21. Devellis RF. Scale development: theory and applications. London: Sage Publications, Inc.; 2008.
22. Van Der Vaart R, Drossaert C. Development of the digital health literacy instrument: measuring a broad spectrum of health 1.0 and health 2.0 skills. *J Med Internet Res.* 2017;19(1):e27. DOI: <https://doi.org/10.2196/jmir.6709>
23. França A. O que é validade convergente? Blog Psicométrica Online [Internet]. [local desconhecido]; 2023 [acesso em 2024 dez 12]. Disponível em: <https://www.blog.psicometriaonline.com.br/validade-convergente/>
24. Fornell CG, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *J Mark Res.* 1981;18(1):39-50. DOI: <https://doi.org/10.2307/3151312>
25. Moura-Corrêa MJ, Campos AS, Amaral ICC, et al. Exposição ocupacional ao Sars-CoV-2: investigação das condições de saúde/segurança dos trabalhadores essenciais para subsidiar ações de mitigação de risco da Covid-19. *Saúde debate.* 2023;47(139):758-775. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313903>
26. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Censo da Educação Superior 2021: notas estatísticas. Brasília, DF: Inep; 2022.
27. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumen-

- tos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(3):649-659. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
28. Jöreskog KG. Factor analysis and its extensions. In: Cudeck R, MacCallum RC, editores. *Factor analysis at 100: historical developments and future directions*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2007.
29. Bido DS, Mantovani DMN, Cohen ED. Destruição de escalas de mensuração por meio da análise fatorial exploratória nas pesquisas da área de produção e operações. *Gest Prod*. 2018Apr;25(2):384-397. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-530X3391-16>
30. Alves RF. The relationship between health-related knowledge and attitudes and health risk behaviours among Portuguese university students. *Glob Health Promot*. 2024;31(1):36-44. DOI: <https://doi.org/10.1177/17579759231195561>
31. Noar SM, Zimmerman RS. Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? *Health Educ Res*. 2005;20(3):275-290. DOI: <https://doi.org/10.1093/her/cyg113>

Recebido em 06/09/2024

Aprovado em 20/01/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (Iceti) e a Fundação Coordenação de Pessoal de Nível Superior (Capes), por meio de bolsas concedidas aos pesquisadores

Editores responsáveis: Ingrid D'avilla Freire Pereira

Apoio Institucional como estratégia de aprimoramento da gestão em saúde: o caso dos apoiadores Cosems-Conasems

Institutional support as a strategy for improving health management: The case of COSEMS-CONASEMS supporters

Frederica Padilha¹, Tassia Toffoli Nunes¹, Melissa Sprösser Alonso¹, Guilherme Pupo¹, Marcelo Carvalho¹

DOI: 10.1590/2358-289820251449802P

RESUMO Este estudo tem como objetivo analisar a atuação dos apoiadores institucionais da Estratégia Apoiador Cosems-Conasems no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando seu perfil, contexto de atuação e a adequação de suas ações às necessidades dos gestores locais, além de discutir os desafios de sustentabilidade e institucionalização da estratégia. A metodologia adotada é baseada em uma abordagem empírica e multifacetada, combinando diferentes instrumentos de coleta de dados: i) um relatório de monitoramento das atividades; ii) uma pesquisa de perfil dos 234 apoiadores ativos, realizada por questionário on-line; e iii) uma pesquisa de percepção dos gestores, com questionários e entrevistas semi-estruturadas. Os dados foram analisados por meio de estatísticas descritivas. Os resultados mostram um perfil qualificado dos apoiadores, com 87% tendo pós-graduação e 42% com experiência como secretários de saúde. Embora a percepção dos gestores sobre o apoio seja positiva, desafios como a variabilidade na carga horária e no número de regiões apoiadas e desigualdades regionais nas Comissões Intergestores Regionais persistem. O estudo destaca, ainda, a importância do monitoramento e da sustentabilidade da Estratégia Apoiador, que requer financiamento contínuo e compromisso político de longo prazo para fortalecer a gestão municipal no SUS.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Gestão em saúde. Avaliação de programas e projetos de saúde.

ABSTRACT This study aims to analyze the performance of institutional supporters within the COSEMS-CONASEMS Support Strategy in the Unified Health System (SUS), considering their profile, context of operation, and the adequacy of their actions to meet local managers' needs, as well as to discuss the challenges related to the sustainability and institutionalization of the strategy. The adopted methodology is based on an empirical and multifaceted approach, combining different data collection instruments: i) a monitoring report of activities; ii) a profile survey of the 234 active supporters, conducted through an online questionnaire; and iii) a perception survey of managers, consisting of questionnaires and semi-structured interviews. The data were analyzed using descriptive statistics. The results show a qualified profile of the supporters, with 87% holding postgraduate degrees and 42% having experience as health secretaries. While managers' perception of the support is positive, challenges such as variability in workload and in the number of regions supported and regional inequalities in the Regional Inter-Management Commissions remain. The study also highlights the importance of monitoring and the sustainability of the Support Strategy, which requires continuous funding and long-term political commitment to strengthen municipal management within SUS.

KEYWORDS Unified Health System. Health management. Program evaluation.

¹Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) – São Paulo (SP), Brasil.
frepadilha@hotmail.com



Introdução

Um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) é a fragmentação dos serviços de saúde e a dificuldade de articulação entre os diferentes níveis de atenção e os gestores locais. Nesse contexto, desde o início dos anos 2000, diversos arranjos de Apoio Institucional (AI) passaram a ser desenvolvidos no SUS como estratégia para promover a integração, articulação e o fortalecimento das redes de atenção à saúde¹⁻³.

No âmbito do SUS, os arranjos de AI são ancorados no método Paideia⁴, que implica o exercício da cogestão de coletivos, com o intuito de ampliar a capacidade de análise e intervenção dos trabalhadores e gestores nas instituições. Segundo essa concepção, o AI tem o papel facilitar diálogos, mediar conflitos e ampliar as possibilidades de reflexão e transformação da realidade:

É um método de gestão para a elaboração, implementação e execução de projetos e políticas públicas, enquanto apoia a construção de sujeitos, individuais e coletivos⁴⁽⁸⁹⁶⁾.

Diversos movimentos e normativas governamentais vêm contemplando essa estratégia de inovação de modos de gestão e práticas em saúde, a exemplo da Política Nacional de Humanização (PNH)⁵, fundamentada no método da tríplice inclusão (gestores, trabalhadores e usuários), em um processo de cogestão; dos Movimentos de Educação Permanente; da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁶; do documento síntese para avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)⁷; e da definição dos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde (Nems) como pontos de AI a estados, regiões e municípios, com um papel estratégico na implementação das políticas públicas de saúde em âmbito local, em conjunto com as secretarias e os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) de cada estado^{8,9}.

A partir de 2007, concomitantemente ao processo de legitimação do AI no âmbito do Ministério da Saúde (MS) e ancorados nas mesmas premissas teóricas, outros arranjos de apoio foram se consolidando em alguns estados, organizados pelos Cosems locais^{10,11}. Nesses arranjos, as regiões de saúde contam com profissionais para apoiar e qualificar os Secretários Municipais de Saúde e as equipes técnicas municipais, além de acompanhar as reuniões e instâncias de pactuação regional nos estados. Destaca-se, ainda, seu papel como canal de comunicação e aproximação dos gestores municipais com os Cosems.

Em 2017, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) – no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) –, estendeu essa estratégia de apoio para todo território nacional, por meio do projeto ‘Formação Rede Colaborativa para Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS’, nomeando-a Estratégia Apoiador Cosems-Conasems (EAC)¹².

A partir de 2021, a parceria do Conasems para qualificação e financiamento da Rede Colaborativa no âmbito do Proadi-SUS foi renovada e incluiu, também, o Hospital Beneficência Portuguesa (BP), além do HAOC¹³. Em 2023, a EAC contava com uma rede de 234 apoiadores, cobrindo todos os municípios brasileiros, 26 coordenadores e 26 facilitadores (uma dupla de coordenador e facilitador para cada estado)¹⁴.

Os trabalhos que avaliam os diversos arranjos de AI vigentes no SUS, em sua maioria, de abordagem qualitativa, têm mostrado resultados positivos¹⁵. Em pesquisa com a participação de mais de 70% dos municípios brasileiros nas equipes que aderiram ao PMAQ-AB, o desempenho do apoiador foi considerado bom ou muito bom para a maior parte das equipes investigadas¹⁶. Em outro estudo¹⁷, a partir de uma pesquisa-intervenção, os autores evidenciam que a experimentação do AI propiciou qualificação

e alinhamento das ações institucionais com as prioridades da gestão, qualificação, humanização e melhoria dos processos de trabalho, implantação de Colegiados Gestores e intervenção nas práticas cotidianas dos serviços da atenção primária.

No âmbito da EAC, destacam-se um estudo recente que analisa extensamente o processo de implementação do Projeto Rede Colaborativa¹⁸, uma sistematização das atividades que configuram o trabalho do apoio no Cosems-RJ¹⁹ e uma avaliação dos apoiadores do Cosems-PR²⁰. De forma geral, esses estudos apontam que o trabalho dos apoiadores vem cumprindo um importante papel de repasse e discussão de mudanças normativas e programas federais e estaduais e para o fortalecimento da qualificação das instâncias de governança. Pesquisas realizadas com gestores municipais também vêm apontando uma avaliação bastante positiva destes com relação ao trabalho dos apoiadores^{14,20}.

Apesar dos resultados positivos e de estar em todos os municípios brasileiros, a institucionalização, consolidação e o financiamento da EAC nos Cosems ainda são desafios a serem superados. Atualmente, a EAC está sustentada em um projeto via Proadi-SUS, logo, que não garante sustentabilidade da ação. Entendendo que o papel dos Cosems se vincula à defesa dos interesses dos municípios e ao aprimoramento da gestão, a institucionalização da estratégia depende muito do componente político decisório, aliado a um corpo de evidência sobre seu papel estratégico para a gestão municipal.

A fim de contribuir para esse corpo de evidência, este estudo partiu da construção e implementação de um instrumento de monitoramento da EAC, para analisar, a partir de uma abordagem empírica, o perfil e o contexto de atuação dos apoiadores institucionais do Cosems-Conasems, assim como a adequação de suas ações às necessidades dos gestores locais no âmbito da região de saúde. Espera-se, assim, aumentar a compreensão sobre o fazer do apoio, seus limites, potenciais e resultados.

Material e métodos

A metodologia deste estudo baseou-se em uma abordagem de métodos mistos, combinando técnicas quantitativas e qualitativas para a compreensão do objeto de pesquisa. Foram utilizados três instrumentos principais: i) relatório de monitoramento de atividades construído no âmbito da pesquisa; ii) pesquisa sobre o perfil do apoiador; e iii) pesquisa de percepção dos gestores, composta por questionários e entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados foi conduzida por meio da triangulação dos resultados obtidos nesses instrumentos, empregando estatísticas descritivas, como médias, frequências e medidas de dispersão, para explorar possíveis relações entre as variáveis, além de interpretações qualitativas dos relatos dos participantes.

Fonte de dados e triangulação de métodos

Dentro do contexto desta pesquisa, em conjunto com o Grupo Executivo do Projeto Rede Colaborativa, coordenadores de apoio e os próprios apoiadores, foi elaborado e implementado um instrumento padronizado de monitoramento das ações do apoio, o Relatório da Estratégia de Apoio Conasems-Cosems (Reac). O instrumento foi pensado para subsidiar tanto as práticas formativas/educativas quanto a compreensão do fazer do apoio no território de acordo com as diretrizes institucionais, papéis e funções esperadas.

Para além de monitorar as ações executadas, o instrumento também foi construído com o intuito de produzir informações sobre a gestão da saúde nos municípios e de possibilitar a mensuração dos resultados da EAC para a gestão municipal e para fortalecimento da governança regional, tendo em vista um conjunto de práticas comuns, relativas à gestão do SUS, ainda que parte do trabalho do apoiador se defina a partir das necessidades do território.

O monitoramento é uma ferramenta essencial para acompanhar informações de forma

sistemática e contínua, permitindo uma rápida avaliação situacional e a identificação de lacunas na execução de processos, com o objetivo de subsidiar tomadas de decisão e a correção de rota em tempo oportuno, para garantir a obtenção dos resultados e impactos esperados²¹⁻²³. O Reac foi construído a partir das premissas de um monitoramento analítico, visando a permitir uma “análise comparativa e sistêmica de indicadores ao longo do tempo, pelo território e segundo outros eixos comparativos”²⁴⁽⁴⁰⁾.

Após três meses de testes, a partir de janeiro de 2022, o Reac passou a ser preenchido mensalmente por todos os apoiadores, com registros padronizados sobre as atividades em três campos de atuação: i) ‘acolhimento’ aos novos gestores (transmissão de informações básicas da gestão municipal e regional e do papel do Cosems); ii) realização de capacitações e orientações sobre temas alinhados à estratégia do MS e sobre Instrumentos de Planejamento e Gestão (IP&G); iii) participação nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e câmaras técnicas.

Desde 2022, sua operacionalização vem sendo realizada por meio de momentos de análise dos indicadores, entre coordenadores e apoiadores, a exemplo das rotinas de monitoramento analítico, entendidas como o exercício sistemático de análise de indicadores representativos²⁴. Oficinas também são realizadas a fim de orientar o preenchimento do Reac de forma mais precisa e uniforme, assim como para seu aprimoramento a partir da identificação de lacunas e sugestões.

Os IP&G municipais abordados detalhadamente no Raec são: o Plano Municipal de Saúde (PMS); a Programação Anual de Saúde (PAS); o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). Esses instrumentos foram implementados na ocasião da instituição do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), em 2006, atribuindo aos gestores locais mais responsabilidades e com o objetivo de serem norteadores e condutores do processo de gestão e aperfeiçoamento das ações e dos serviços prestados²⁵.

A pesquisa sobre o perfil dos apoiadores foi realizada por meio de um questionário on-line, entre fevereiro e março de 2023, com todos os 234 apoiadores em atividade naquele momento. O questionário incluiu perguntas sobre idade, gênero, formação, tempo de atuação no SUS, carga horária semanal e número de regiões e municípios apoiados.

A pesquisa acerca da percepção dos gestores sobre os apoiadores foi realizada através de um questionário aplicado presencialmente em julho de 2022, durante o 36º Congresso do Conasems, com a participação de 545 gestores municipais, por adesão voluntária. O questionário continha 12 perguntas sobre a percepção dos gestores com relação à ação do apoio em campos relacionados aos tópicos do Reac, como as orientações sobre os IP&G, as ações de acolhimento aos novos gestores e participação em CIR.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas de modo remoto, em 2023, com quatro gestores municipais que responderam ao questionário, selecionados aleatoriamente a partir da percepção geral sobre o apoio, relatada no questionário (dois com percepção positiva e dois com percepção negativa). Com duração média de 60 minutos, as entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente para análise de conteúdo. Os dados das pesquisas e do Reac estão disponíveis sob demanda. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HAOC (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE nº 59977822.0.0000.0070, Parecer nº 5.522.259), de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde²⁶.

Resultados

Perfil dos apoiadores

A pesquisa sobre o perfil do apoio foi respondida por todos os 234 apoiadores em atividade no momento do estudo, grupo composto

majoritariamente por mulheres (73%). 56% têm entre 40 e 60 anos, 30% menos de 40 anos e 14% mais de 60 anos. Quase metade dos apoiadores (45%) possui mais de 5 anos de experiência na função e 55% possuem um contrato de 20 horas semanais. Com relação à

formação, 60% dos apoiadores são formados na área de Ciências da Saúde, com predominância do curso de enfermagem. A *tabela 1* traz dados sobre outros aspectos investigados na pesquisa sobre a perspectiva dos municípios apoiados e com um recorte regional.

Tabela 1. Perfil dos apoiadores Conasems-Cosems

	Total	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
% de municípios com apoiadores com pós-graduação	87%	89%	93%	66%	86%	86%
% de municípios com apoiadores que já foram secretários de saúde	42%	53%	61%	21%	32%	32%
% de municípios com apoiadores com mais de 5 anos de experiência em gestão do SUS	69%	71%	72%	58%	62%	74%
Média de regiões apoiadas por apoiador	2,21	1,52	2,35	1,68	2,77	1,74
Dedicação mensal média (horas/região) por apoiador	14,3	17,9	10,9	13,15	10,99	21,43

Fonte: elaboração própria a partir da pesquisa de perfil do apoio Cosems-Conasems.

Em termos de formação e experiência, observa-se que 42% dos municípios possuem um apoiador ou apoiadora que já atuou como secretário ou secretária de saúde e que mais de 85% dos municípios possuem apoiadores com pós-graduação, indicando um quadro bastante qualificado. A título de comparação, segundo dados de uma pesquisa de 2017, menos da metade dos secretários de saúde possuía pós-graduação²⁷.

O número de municípios e regiões apoiadas e a carga horária de trabalho variam muito entre os estados e regiões. Na média, cada apoiador ou apoiadora é responsável por mais de duas regiões, com a menor média verificada na região Sul, onde a dedicação mensal de horas por região é quase o dobro da observada nas regiões Nordeste e Sudeste. Segundo o relato de um gestor entrevistado, esse parece ser um fator relevante para a qualidade do apoio ofertado:

[...] inclusive, eu não sei como são os outros territórios, mas no Paraná o Cosems teve a expertise de direcionar um apoiador para cada região. Houve um tempo em que havia um apoiador para mais de uma região, isso não era efetivo. (Gestor entrevistado n. 02).

Neste sentido, a *tabela 2* mostra que os apoiadores responsáveis por apenas uma região tendem a comparecer mais às CIR. Já a frequência de orientações sobre IP&G não parece depender do número de regiões apoiadas. A tabela também aponta que quanto maior o número de regiões apoiadas, maior o número de municípios e menos horas são dedicadas a cada uma, ou seja, não há um padrão de carga horária por região ou município apoiado, que varia muito entre os estados.

Tabela 2. Característica do apoio pelo número de regiões apoiadas

Número de regiões apoiadas	Número de apoiadores	Média de municípios apoiados	Carga horária por região	Média de meses com orientações IP&G	Participação média em CIR
1 região	92	20	28	7	88%
2 regiões	92	31,8	11,5	6	86%
3 regiões	33	37	8,5	7	79%
4 regiões ou +	13	46	5,6	7	85%

Fonte: elaboração própria a partir da pesquisa de perfil do apoio Cosems-Conasems e do Reac.

Contexto de atuação

Os dados registrados no Reac, para além de monitorar as atividades dos apoiadores, também trazem informações relevantes e em tempo oportuno sobre a gestão municipal, como a ocorrência de troca de secretários de saúde por mês e município de ocorrência. A alta rotatividade de gestores públicos é um dos muitos desafios para a efetividade da gestão, interrompendo um planejamento que visa a consolidar as políticas do SUS²⁸.

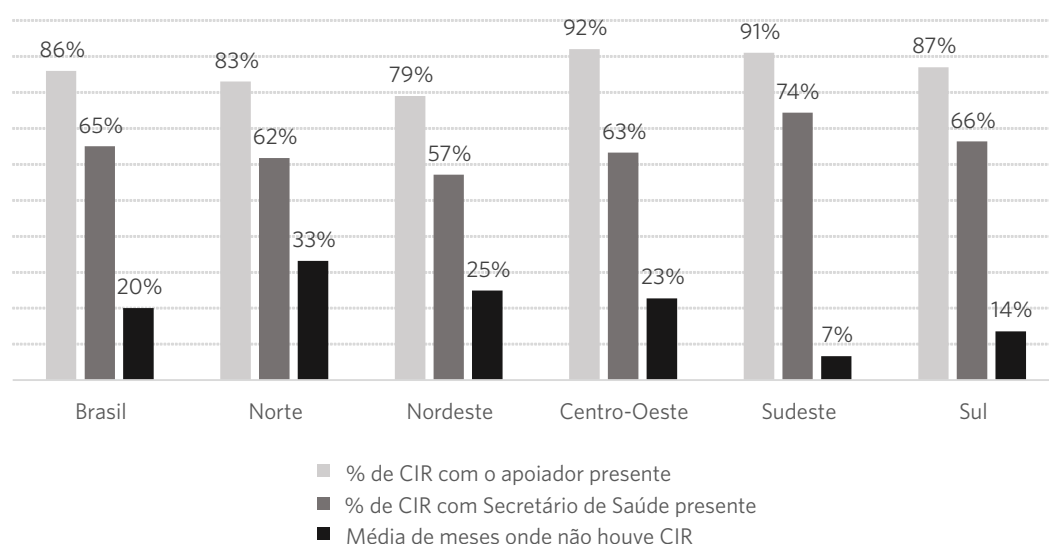
Segundo dados do Reac, entre junho de 2022 e maio de 2023, na média, mais de 20% dos municípios trocaram de gestão pelo menos uma vez, sendo que em 5% deles houve mais de uma troca. Cabe ressaltar que, nesse período, não houve mudança de mandato municipal, quando as trocas de gestores são mais frequentes.

Em 95% das trocas registradas, os apoiadores realizaram alguma ação de acolhimento, que costuma ser uma contextualização sobre as funções do Cosems e de seu apoio, sobre a região de saúde do município e pautas relevantes, ação que tem como objetivo ambientar o novo gestor e mitigar os efeitos da descontinuidade da antiga gestão.

Outro importante aspecto da gestão municipal mapeado pelo Reac é a participação nas CIR. As CIR são instâncias deliberativas compostas por representantes do estado e dos secretários municipais de saúde de uma região de saúde. A CIR, que idealmente deve ocorrer mensalmente, funciona como *lôcus* de governança regional e configura o espaço de pactuação, cooperação e fortalecimento da região de saúde²⁹.

Pelos dados registrados no Reac, expressos no *gráfico 1*, pode-se observar que: i) em média, em 20% dos meses analisados, não houve a realização de CIR nas regiões de saúde, o que representa de 2 a 3 meses sem CIR durante o ano. Essa proporção, contudo, apresenta uma grande variação entre as grandes regiões, apontando desigualdades marcantes na consolidação desse mecanismo de governança; ii) nas reuniões realizadas, a participação média dos secretários de saúde é de 65%, sinalizando uma possível falta de comprometimento ou de reconhecimento da efetividade dessa arena pelos gestores; e iii) a participação média dos apoiadores é de 86% nas reuniões, com maior presença na região Sudeste e menor no Nordeste, onde a participação dos gestores também é a menor.

Gráfico 1. Participação de secretários de saúde e apoiadores nas CIR entre junho/2022 e maio/2023



Fonte: elaboração própria a partir do Reac.

A participação dos apoiadores nas CIR é considerada um ponto fundamental de sua função, por essa ser uma instância privilegiada para levar informações e orientações aos secretários e secretárias de saúde, com periodicidade e participação da maioria dos gestores da região, como aparece na declaração abaixo:

A participação na CIR é um papel importante. Quando ele está [o apoiador], ele tensiona alguns assuntos, acho que as ações de monitoramento, experiências, grupos técnicos de discussão. (Gestor entrevistado n. 03).

As ações de divulgação, orientação e mobilização dos gestores para participação nas diversas ações de capacitação promovidas pelo MS, pelas secretarias estaduais e outras instituições, além de ações de educação permanente que os próprios apoiadores realizam para temas específicos, também são registradas por tema no Reac. A análise desses dados, de junho de 2022 a maio de 2023, mostrou que:

- Mensalmente, em média, 71% dos municípios receberam informações ou foram incentivados a participar de uma ou mais

capacitações que ocorreram no mês, sendo que em alguns municípios os apoiadores chegaram a divulgar mais de 5 capacitações no mesmo mês;

- As orientações tendem a acompanhar pautas e estratégias prioritárias do MS, como mostra o caso dos saldos em conta: em novembro de 2022, 13% dos municípios receberam orientações sobre esse tema, percentual que vai para 50% em dezembro, em função da Lei Complementar nº 197, de 6 de dezembro de 2022, que concedeu prazo para que os estados e municípios executassem o saldo de contas abertas antes de 2018;
- As orientações e capacitações que os apoiadores realizaram no período versaram sobre uma gama extensa e diversa de temas, entre os quais, destacaram-se: IP&G, Previn Brasil, Imunizações e ações de combate à covid-19, questões orçamentárias, cirurgias eletivas, portarias diversas e regionalização.

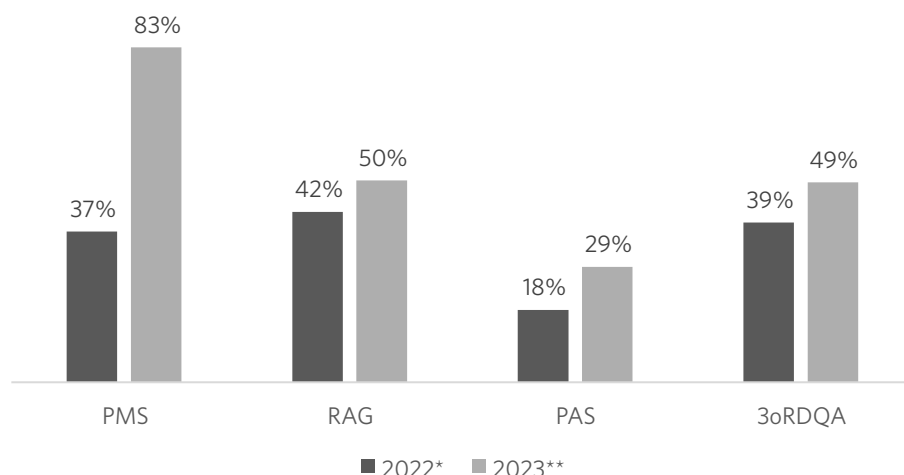
As orientações sobre os IP&G são parte relevante na atuação dos apoiadores: 53% dos municípios receberam orientações ou

capacitações sobre o tema em mais de 6 meses dos 12 meses analisados, e em 30% deles essas orientações ocorreram mensalmente, sendo parte da rotina dos apoiadores. Essas orientações são descritas como avisos sobre prazos, pendências e inserção no sistema DigiSUS (plataforma digital para o registro de informações relativas aos instrumentos de planejamento no SUS), mas há, também, registros de capacitações sobre esses instrumentos, caracterizadas

por serem orientações mais detalhadas, de, no mínimo, uma hora sobre o tema.

A situação dos IP&G é disponibilizada mensalmente no nível do município pelo MS, e os dados de 2022 e 2023 (*gráfico 2*) apontam que a maioria dos municípios não tinha elaborado os instrumentos até a data devida, situação um pouco melhor em 2023, sobretudo para o PMS, por se tratar do mesmo documento (o PMS referente ao período 2022-2025).

Gráfico 2. Situação dos instrumentos de planejamento e gestão municipais de saúde: % de municípios com os instrumentos aprovados ou em análise



Fonte: elaboração própria a partir do Ministério da Saúde²⁹.

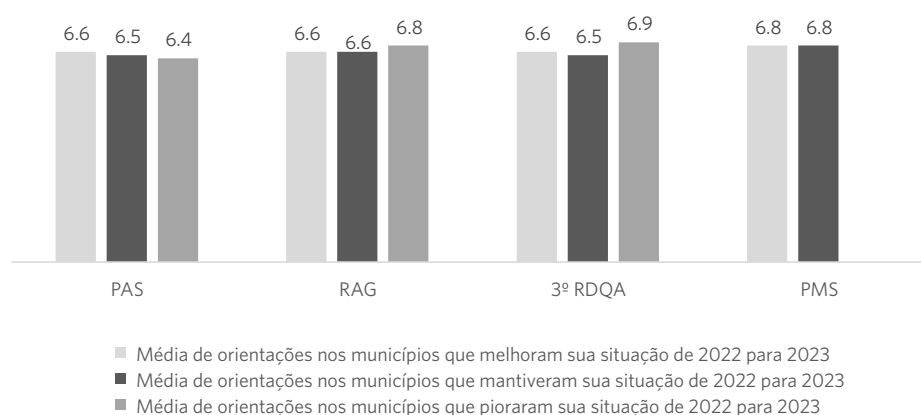
* Status dos instrumentos em abril de 2022 (PMS_2022/25, RAG 2021, PAS 2022, 3oRDQA_2021).

** Status dos instrumentos em abril de 2023 (PMS_2022/25, RAG 2022, PAS 2023, 3oRDQA_2022).

Os dados disponíveis, no entanto, não permitem aferir uma relação de causalidade entre a melhoria da situação dos IP&G e a ação do apoio. O *gráfico 3* mostra que a média de orientações recebidas pelos municípios

que mantiveram sua situação dos IP&G, que melhoraram ou que pioraram, é muito próxima para os quatro instrumentos analisados, sendo que a diferença entre elas não é estaticamente significativa para nenhum dos casos.

Gráfico 3. Média de orientações recebidas sobre os IP&G



Fonte: elaboração própria a partir do Ministério da Saúde²⁹.

Pesquisa com as secretárias e os secretários de saúde dos municípios

Na pesquisa com gestores sobre a ação do apoio, quase a totalidade dos respondentes considerou a ação do apoiador da EAC muito relevante (76%) ou relevante (20%). A mesma porcentagem (96%) afirma que os apoiadores também fomentam a participação da equipe da secretaria em cursos, oficinas e capacitações. Esses resultados são similares aos achados da avaliação do Guia da EAC¹³, realizada com gestores de 68,5% dos municípios brasileiros, que registra que 98% dos respondentes conhecem a figura do apoio e qualificam seu trabalho como excelente ou bom.

Ainda segundo a pesquisa, a atuação do apoio com relação às orientações sobre os IP&G é muito relevante ou relevante para 87% dos gestores. Quando cruzamos esse dado com os dados do Reac, observamos que essa avaliação é melhor para o caso dos gestores que receberam mais orientações: no grupo de gestores que receberam orientações sobre os IP&G em pelo menos 10 meses do ano, 62% avaliaram esse item como muito relevante, enquanto no grupo que recebeu orientações em apenas 1 ou 2 meses do ano esse percentual cai para 47%.

Quando questionados sobre os programas para os quais o apoiador contribuiu para

adesão ou participação dos municípios, entre uma lista de programas pré-selecionada, o Previne Brasil foi citado por 86% dos respondentes, seguido por ações de combate à covid-19 (68%), Saúde com Agente (62%) e Mais Médicos e/ou Médicos Pelo Brasil (57%). Poucos respondentes trouxeram outros programas além dos listados, como portarias e o caso de um respondente que citou “*diversos pontos importantes no momento e no contexto regional, como o desabastecimento de medicamentos*” (Gestor entrevistado n. 04).

Nas entrevistas, mesmo naqueles casos em que o gestor havia feito uma avaliação negativa no questionário, os comentários sobre a atuação do apoio foram, no geral, muito positivos.

As entrevistas e alguns comentários dos questionários evidenciam, também, que, algumas vezes, a função do apoiador é interpretada como uma assessoria para assuntos diversos e mesmo relacionada a tarefas cotidianas dos gestores, como ilustram os depoimentos abaixo:

A gente tem no nosso apoiador aquele alguém para conversar, aquele alguém para tirar dúvida, aquele alguém para pensar junto, aquele alguém para sensibilizar nossa equipe, aquele alguém que vai trazer para a gente as legislações diárias mais

mastigadas, aquele alguém que vai conseguir olhar em uma portaria nacional o extrato da nossa região e trazer para os gestores isso, alguém que vai conseguir ter o tempo de pesquisar mais a fundo essas legislações, essas novas portarias, essas mudanças que existem, para nos ajudar nesse processo. Então, o apoiador não faz gestão, o apoiador tem que trabalhar sempre no protagonismo do gestor, inclusive nas reuniões de regional, mas ele é o nosso oráculo. E ele tem exercido esse papel de prestar esse apoio, de ser alguém que a gente tem um norte. (Gestor entrevistado n. 02).

[...] desde 2017 que a gente está na gestão já, mas eu venho de uma linha totalmente privada. Eu não tenho formação na área da saúde, então tudo que eu necessito e qualquer coisa eu busco por meio do meu apoiador, então é para ele me passar os caminhos, o que que eu tenho que fazer, como que eu tenho que fazer, é isso e eu tenho sido muito bem atendido por ele. (Gestor entrevistado n. 04).

Discussão

Os resultados obtidos por meio deste estudo destacam a relevância da EAC para a gestão municipal do SUS. A qualificação dos apoiadores, evidenciada pela alta porcentagem de profissionais com pós-graduação e ampla experiência na gestão do SUS, sugere um perfil adequado para o enfrentamento dos desafios encontrados nos municípios. A predominância de apoiadores com experiência prévia como secretários de saúde também pode ser considerada um diferencial, pois traz uma compreensão mais aprofundada das dinâmicas da gestão municipal.

A variação na carga horária e no número de regiões apoiadas sugere que a estrutura de apoio ainda enfrenta desafios em termos de equidade e eficácia, também destacados em outros trabalhos¹⁵. A menor frequência de participação em instâncias como as CIR na região Nordeste indica que a distribuição dos recursos humanos pode impactar diretamente a

qualidade do apoio ofertado. A alta rotatividade de gestores municipais reforça a necessidade de um apoio contínuo e estruturado, capaz de garantir a continuidade das políticas de saúde.

Embora as orientações sobre os IP&G sejam parte relevante do trabalho dos apoiadores, os dados não permitem estabelecer uma relação direta entre a atuação do apoio e a melhoria na situação desses instrumentos, porém, a avaliação da atuação do apoio por esse recorte é limitada. A escolha de um olhar mais aprofundado para os IP&G municipais foi guiada pela frequência com que esse tema surgiu nas práticas de apoio e pela disponibilidade de dados sobre a situação desses instrumentos. No entanto, a importância atribuída a esses instrumentos varia entre os gestores. Alguns apontam que os IP&G muitas vezes se limitam a definir objetivos baseados em exigências normativas, sem necessariamente refletir a realidade local. Como consequência, os municípios enfrentam dificuldades para executar as tarefas pactuadas. Além disso, há uma grande discrepância entre o planejamento, a execução e a avaliação das ações realizadas nos municípios^{31,32}.

Cabe aqui, igualmente, a reflexão sobre o lócus de atuação do apoiador. Ainda que este atue em vários aspectos da gestão municipal, as diretrizes da EAC têm como foco um lócus regional^{13,14}. Nesse sentido, a contribuição dos apoiadores junto à elaboração e ao acompanhamento do Planejamento Regional Integrado (PRI) ou de outros instrumentos e mecanismos para articulações regionais ainda precisa ser mais bem compreendida.

A participação ativa dos apoiadores nas CIR, um ponto central de sua atuação, evidencia o potencial dessa estratégia para fortalecer a governança regional e promover a integração das políticas de saúde. No entanto, a variação significativa na realização de CIR, que, para alguns gestores, é apenas um espaço cartorial com pouca representatividade regional³³, aponta para a persistência de desigualdades regionais que podem comprometer a efetividade dessa instância de governança.

Outro aspecto relevante é a percepção dos gestores sobre a função do apoiador, muitas vezes, vista como uma assessoria para diversos assuntos da gestão. Essa percepção amplia o escopo de atuação do apoiador, mas também pode gerar expectativas que vão além de seu papel formal, como indicado pelos relatos de gestores que utilizam o apoio para suprir lacunas em sua formação ou experiência na área da saúde. Definições mais claras sobre o papel do apoio, com um perfil de ações e competências bem delimitado, poderiam trazer maior assertividade para essa ação.

O instrumento de monitoramento elaborado no âmbito deste estudo, o Reac, mostrou-se uma ferramenta crucial para o acompanhamento sistemático e contínuo das atividades dos apoiadores e da gestão municipal. Sua implementação permitiu não apenas a coleta de dados detalhados sobre as ações dos apoiadores, mas, também, a identificação de lacunas e oportunidades para ajustes e melhorias na execução dos processos. O Reac serviu como base para uma análise comparativa e sistêmica de indicadores ao longo do tempo e pelos diferentes territórios, facilitando a tomada de decisões e a correção de rota em tempo oportuno. O instrumento traz, ainda, dados tempestivos sobre a gestão municipal e regional e sobre seus mecanismos de governança e pactuação, com a capacidade de disponibilizar de forma célere informações sistematizadas e extremamente capilarizadas.

O investimento em tecnologias e recursos que possibilitem o aprimoramento, compartilhamento e publicização das informações produzidas no âmbito do monitoramento da EAC possibilitaria não só uma melhor compreensão da atuação dos apoiadores e a importância da institucionalização dessa estratégia, mas, também, do atual quadro de articulação e cooperação interfederativa, um dos elementos centrais para a efetivação da regionalização e dos princípios de integralidade e universalidade do SUS.

Conclusões

A EAC desempenha um papel fundamental para o fortalecimento da gestão municipal do SUS, especialmente em um contexto de alta rotatividade de gestores e desafios na implementação de políticas públicas. O perfil qualificado dos apoiadores e sua atuação nas CIR são pontos fortes que contribuem para a integração das políticas de saúde e para a governança regional. Contudo, a variabilidade na carga horária e no número de regiões apoiadas, bem como as desigualdades regionais na realização de CIR, indicam que há espaço para aprimorar a equidade e a eficácia da estratégia.

Os resultados também sugerem que, embora o apoio seja valorizado e considerado relevante pelos gestores municipais, a relação entre a atuação dos apoiadores e a melhoria nos IP&G não é linear, indicando a necessidade de uma análise mais aprofundada sobre outros fatores que influenciam o desempenho dos municípios nesses aspectos.

A percepção dos gestores sobre o papel do apoiador como uma assessoria ampla ressalta a importância de esclarecer as funções e expectativas em torno dessa estratégia, garantindo que o AI esteja alinhado às necessidades reais dos municípios e que contribua de forma efetiva para o fortalecimento da gestão do SUS em todo o território nacional.

Finalmente, atualmente, a EAC é financiada pelo Proadi-SUS, uma fonte de financiamento que, embora tenha permitido a expansão da estratégia em todo o território nacional, não assegura a sua permanência e estabilidade. Para que a EAC se consolide de forma institucional, é fundamental garantir um financiamento estável e contínuo, aliado a um comprometimento político dos gestores dos diferentes níveis de gestão do SUS.

Colaboradores

Padilha F (0000-0003-2668-9873)* contribuiu para concepção, delineamento, coleta, análise

e interpretação dos dados, redação do texto, e aprovação final do manuscrito. Nunes TT (0009-0000-5226-4161)* e Alonso MS (0000-0003-4530-3315)* contribuíram para concepção, delineamento, interpretação dos dados, revisão crítica do texto, e aprovação final do manuscrito. Pupo G (0000-0002-7926-1224)*

contribuiu para coleta e interpretação dos dados, revisão do artigo, e aprovação final do manuscrito. Carvalho M (0009-0007-2543-0436)* contribuiu para concepção, interpretação dos dados, revisão do texto, e aprovação final do manuscrito. ■

Referências

1. Brito CS, Santos HLPC, Maciel FBM, et al. Apoio institucional na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(4):1377-1388. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.00212021>
2. Pereira Junior N, Campos GWS. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface (Botucatu)*. 2014;18(supl1):895-908. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0424>
3. Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes do apoio integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
4. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec; 2000.
5. Pavan C, Trajano ARC. Apoio institucional e a experiência da Política Nacional de Humanização (PNH) na Freguesia do Ó, Brasilândia, São Paulo, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2014;18:1027-1040. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0229>
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você – acesso e qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
8. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes do apoio integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
9. Silva CCG. A Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa em Goiás no contexto de reestruturação das superintendências estaduais do Ministério da Saúde entre 2016 e 2019 [dissertação]. Brasília, DF: Escola Fiocruz de Governo, Fundação Oswaldo Cruz; 2019.
10. Motta PS. A contribuição do Projeto Apoiador do COSEMS/MG no espaço de gestão regional de saúde do estado de Minas Gerais no período de 2009 a 2011. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 2012.
11. Maciel FJ, Fernandes DA, Lisboa, MC, et al., organizadores. Apoio regional: olhares sobre a experiência do COSEMS/MG. Belo Horizonte: ESP-MG; 2019.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Ministério da Saúde (BR). Apresentação de Projeto de Apoio para o PROADI-SUS (Triênio: 2015-2017). Brasília, DF: Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; 2017.
13. Ministério da Saúde (BR). Guia da Estratégia Apoiador COSEMS-CONASEMS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
14. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Projeto formação rede colaborativa para fortalecimento da gestão municipal do SUS: triênio 2021-2023: subsídios históricos, teóricos e conceituais para pactuação de diretrizes da institucionalização do apoio. São Paulo: Hospital Alemão Oswaldo Cruz; 2023.
15. Guizardi FL, Passeri L, Lemos ASP, et al. Estudo de caso sobre o apoio institucional na gestão federal da Atenção Básica no Brasil. *Saúde debate*. 2019;43(122):685-699. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912203>
16. Melo LM F, Martiniano CS, Coelho AA, et al. Características do apoio institucional ofertado às equipes de atenção básica no Brasil. *Trab Educ Saúde*. 2017;15(3):685-708. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol0073>
17. Cardoso JR, Oliveira GN, Furlan PG. Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(3):e00009315. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00009315>
18. Martins MRS. A Estratégia Apoiador COSEMS e a rede colaborativa no SUS [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2024.
19. Peres AM, Cabral LM, Caldas MS, et al. O apoio como estratégia do COSEMS RJ para fortalecimento da gestão municipal do SUS no Estado do Rio de Janeiro. *Res Soc Develop*. 2021;10(3):e23110313040. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13040>
20. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná. Novas Perspectivas de Avaliação do Projeto Apoiadores do COSEMS-PR-BRASIL: abordagem construtivista e realista. Paraná: COSEMS/PR. 2019. 20 p.
21. Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(4):839-849. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400007>
22. Jannuzzi PM. Monitoramento e Avaliação de Programas Sociais: uma introdução aos conceitos e técnicas. Campinas: Alínea; 2016.
23. Costa JMB, Felisberto E, Bezerra LC, et al. Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;18(5):1201-1216. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000500002>
24. Januzzi PM. Monitoramento Analítico como Ferramenta para Aprimoramento da Gestão de Programas Sociais. *Rev Bras Monitor Avaliação*. 2011;1:36-55.
25. Ministério da Saúde (BR). Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: orientações gerais para a elaboração de instrumentos de planejamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
26. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 2013 jun 13; Seção 1:59.
27. Riquieri MRL, Carvalho ALB, Ouverney ALM. Perfil dos secretários municipais de Saúde do Brasil: um panorama de três décadas. *Rev Adm Pública*. 2022;56(5):683-693. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220220132>
28. Lorenzetti J, Lanzoni GMM, Assuiti LFC, et al. Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. *Texto Contexto – Enferm*. 2014;23(2):417-425. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>

29. Silveira Filho RM, Santos AM, Carvalho JÁ, et al. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Physis*. 2016;26(3):853-878. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300008>
30. Ministério da Saúde (BR), Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Situação dos instrumentos de planejamento do SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2024 dez 30]. Disponível em: <https://novasage.saude.gov.br/situacao-dos-instrumentos-de-planejamento-do-sus?tab=6616a2f39488a51b351398ef>
31. Pinafo E, Carvalho BG, Nunes EFPA. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(5):1511-1524. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.18942015>
32. Ferreira J, Celuppi IC, Baseggio L, et al. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? *Saúde Soc*. 2018;27(1):69-79. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170296>
33. Teston LM, Mendes Á, Carnut L, et al. Desafios políticos e operacionais na percepção de gestores sobre a regionalização em saúde no Acre. *Saúde debate*. 2019;43(121):314-328. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912102>

Recebido em 13/09/2024

Aprovado em 20/01/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Hospital Alemão Oswaldo Cruz via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS)

Editora responsável: Raquel Abrantes Pêgo

Análise da implementação do incentivo federal à Atividade Física na atenção primária: a equidade em foco

Analysis of the implementation of the federal incentive for Physical Activity in primary care: Equity in focus

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho¹, Leonado Araújo Vieira², Thainá Alves Malhão¹, Mathias Roberto Loch³

DOI: 10.1590/2358-289820251449804P

RESUMO O trabalho teve como objetivos apresentar o panorama nacional do primeiro ano de implementação do incentivo financeiro à Atividade Física na Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde e analisar se a nota de priorização municipal foi um critério efetivo para maior equidade na distribuição dos recursos. Trata-se de um estudo ecológico com análises sobre o número de municípios e unidades de saúde homologadas ao Incentivo de Atividade Física na APS e dos valores pagos no período entre maio de 2022 e setembro de 2023. Para avaliar a equidade, foram calculadas as medidas de desigualdades absolutas e relativas entre as unidades de saúde, agrupadas em quartis conforme a nota de priorização municipal. O percentual de unidades de saúde custeadas não passou de 37,6%, e o estabelecimento de metas reduziu em 68,9% o número de unidades de saúde que receberam recursos do Incentivo de Atividade Física na APS e em 44% o montante de recursos pagos. Foram observadas importantes desigualdades na alocação de recursos, com maior percentual de unidades de saúde localizadas em municípios com menor prioridade. Assim, os critérios adotados foram insuficientes para garantir equidade na distribuição de recursos.

PALAVRAS-CHAVE Equidade em saúde. Financiamento governamental. Práticas corporais. Promoção da saúde.

ABSTRACT This study aimed to present a national overview of the first year of implementation of the financial incentive for Physical Activity in Primary Health Care (PHC) of the Unified Health System and analyze whether the municipal prioritization score was an adequate criterion for more significant equity in the distribution of resources. This ecological study analyzed the number of municipalities and health units approved for the Physical Activity Incentive in PHC and the amounts paid between May 2022 and September 2023. Absolute and relative inequalities measures were calculated between health units and grouped into quartiles per the municipal prioritization score to assess equity. The percentage of health units funded did not exceed 37.6%, and the establishment of goals reduced the number of health units that received resources from the Physical Activity Incentive in PHC by 68.9% and the amount of resources paid by 44%. Significant inequalities were observed in the allocation of resources, with a higher percentage of health units located in municipalities with lower priority. Thus, the criteria adopted were insufficient to ensure equity in the distribution of resources.

KEYWORDS Health equity. Financing, government. Body practices. Health promotion.

¹Ministério da Saúde (MS), Instituto Nacional de Câncer (Inca) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. fabiofbcarvalho@gmail.com

²Prefeitura Municipal de Vitória, Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) – Vitória (ES), Brasil.

³Universidade Estadual de Londrina (UEL), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) – Londrina (PR), Brasil.



Introdução

As políticas públicas buscam efetivar a saúde como direito fundamental, demarcando o papel do Estado de prover as condições ao seu pleno exercício¹. No Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema universal, responsável por melhorias em indicadores de saúde populacionais^{2,3}, os desafios para a implementação dessas políticas vão desde: a (in)suficiência de recursos, as desigualdades regionais na distribuição de unidades de saúde e da força de trabalho, a formação dos profissionais, a capacidade de gestão das diferentes esferas, principalmente a municipal, para operacionalizá-las, entre outros⁴⁻⁶.

Ao considerar que o Brasil tem relevantes desigualdades sociais e iniquidades em saúde, mas que dispõe da equidade como um dos princípios doutrinários do SUS, é fundamental que os programas e as ações busquem critérios para efetivá-la. A equidade está intrinsecamente relacionada com a justiça social, o que a constitui como forma de garantir o direito à saúde, a partir da produção do cuidado que busque atender às necessidades dos diversos grupos populacionais ao considerar a determinação social da saúde⁷⁻⁹ – assim como há, também, o reconhecimento do desafio da operacionalização da equidade já que existe grande demanda pelas ações de saúde e recursos finitos⁷⁻⁹.

Ofertada no SUS desde meados dos anos 2000, a Atividade Física (AF) está associada a benefícios individuais e coletivos, que abrangem as perspectivas sanitárias, sociais, ambientais, econômicas e outras¹⁰⁻¹⁵. Nesse sentido, em 2022, foi lançado o incentivo financeiro federal de custeio (Incentivo de Atividade Física – IAF) com os objetivos de implementar ações na Atenção Primária à Saúde (APS) e melhorar o cuidado das pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), por meio de contratação de Profissionais de Educação Física (PEF), aquisição de materiais de consumo e da qualificação de ambientes¹⁶. Para a habilitação das unidades de saúde ao IAF, considerando a disponibilidade orçamentária existente, foi

estabelecida uma nota de priorização municipal que visou distribuir os recursos financeiros de forma equitativa a partir de indicadores de saúde e sociodemográficos.

No momento do lançamento, foi anunciado que a previsão de investimento no IAF seria de R\$ 99 milhões em 2022 e de R\$ 170 milhões em 2023¹⁷. Em junho de 2022, foram homologadas milhares de unidades de saúde na maior parte dos municípios brasileiros, com previsão orçamentária mensal que variava de R\$ 7,9 milhões a R\$ 16,1 milhões¹⁸.

Na literatura, verifica-se um crescimento expressivo de estudos sobre implementação de políticas públicas¹⁹ e de pesquisas que analisam esse processo, incluindo critérios de equidade que são relevantes para apontar caminhos para sua efetivação no SUS. Contudo, ainda são escassas pesquisas relacionadas com as estratégias adotadas para promover equidade na alocação de recursos financeiros e na implementação de políticas de promoção da AF. Assim, os objetivos do presente artigo foram: a) apresentar o panorama nacional do primeiro ano de implementação do IAF; e b) analisar se a nota de priorização municipal foi um critério efetivo para maior equidade na distribuição dos recursos.

Esta pesquisa se enquadra na vertente da política, planejamento e gestão do campo da educação física e saúde coletiva²⁰, a qual busca debater a promoção da AF enquanto política pública de saúde por meio de análises sobre o financiamento, a agenda de planejamento, a oferta de atividades, entre outros^{17,21}. O ineditismo está na análise do primeiro ano de implementação de um incentivo financeiro que incluiu critérios que buscavam ser equitativos.

Material e métodos

Delineamento e período de análise

Trata-se de um estudo ecológico construído a partir de dados secundários provenientes

de bases de dados de plataformas do governo federal, que analisou a implementação do IAF no período compreendido entre maio de 2022 e setembro de 2023. Esse recorte temporal permitiu a análise de 12 competências (meses) de pagamento de recursos do IAF, uma vez que a primeira competência de pagamento foi a de outubro de 2022.

Para avaliar o comportamento dos distintos momentos de implementação, relacionados com a condição normativa que prevê alcance de metas, a análise foi dividida em dois períodos: sem metas – primeiros 6 meses após a publicação da portaria de homologação (outubro de 2022 a fevereiro de 2023); e com metas – a partir do sétimo mês (de março a setembro de 2023). No período sem metas, bastaria registrar as ações de AF (fichas de atividades coletivas) no sistema de informação em saúde indicado. Já no intervalo com metas, seria necessário alcançar um quantitativo mensal das referidas fichas de acordo com o tipo de unidade de saúde: Centro de Saúde/Unidade Básica = 30; Posto de Saúde = 10; Unidade Móvel Fluvial = 5, independentemente da modalidade¹⁶. Destaca-se, em complemento, que o IAF possui 3 modalidades: 1 – sem PEF, 2 – com PEF 20 horas, 3 – com PEF 40 horas.

Fonte de dados

A consulta de informações sobre o IAF foi realizada no ‘e-Gestor Atenção Básica (e-Gestor AB)’, que possibilita acesso aos vários sistemas de informação da APS²². Foram utilizadas as informações disponíveis em relatórios públicos do sistema de informação do Financiamento da APS.

A extração dos dados foi realizada e revisada em outubro de 2023, por dois autores com experiência na gestão do SUS, de forma cegada, a partir de prévia pactuação. Para a seleção das Unidades Geográficas, foram selecionadas todas as Unidades Federativas (UF) e os municípios, sendo feita a extração de dados das parcelas no período entre maio de 2022 e setembro de 2023, por meio do uso de filtros disponíveis no e-Gestor AB. Os dados

referentes ao IAF foram obtidos na planilha ‘Ações Estratégicas – Incentivo de Atividade Física’, gerada no *download* dos arquivos. Na sequência, os dados foram exportados e tabulados para uma planilha do *software* Microsoft Excel[®]. A extração e a tabulação dos dados foram revisadas por um autor diferente daquele que inicialmente a realizou, e divergências foram resolvidas por consenso.

Para a identificação da nota de priorização municipal do IAF, foram consideradas as informações dispostas em normativa²³. Essa nota considerou as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), as inscrições no Cadastro Único (CadÚnico), a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a existência de PEF no SUS. Variou de 0, baixa prioridade, a 1, alta prioridade, a partir da equação: $(\text{Pontuação ICSAP} \times 50\%) + (\text{Pontuação CadÚnico} \times 30\%) + (\text{Pontuação ESF} \times 15\%) + (\text{Pontuação PEF} \times 5\%)$. Ou seja, eram mais prioritários os municípios que possuíam mais ICSAP e inscrições no CadÚnico, menor cobertura da ESF e nenhum PEF, portanto, mais vulneráveis segundo esse critério de priorização.

Além disso, houve agrupamento dos municípios de acordo com o porte com vistas a serem ordenados entre si. Ademais, ocorreram quatro rodadas de análise para contemplar as unidades de saúde que solicitaram credenciamento a partir de pontos de corte estabelecidos pelo Ministério da Saúde, sendo a primeira delas uma estratégia para contemplar ao menos uma unidade de saúde de todos os municípios que solicitaram o credenciamento ao IAF²³, independentemente da nota de priorização. Ainda assim, tais municípios possuíam nota de priorização.

Para a presente pesquisa, as notas de priorização municipal foram agrupadas em quartis ($Q1 = 0,650$ a 1 ; $Q2 = 0,475$ a $0,649$; $Q3 = 0,300$ a $0,474$; $Q4 = 0$ a $0,299$), em ordem decrescente, na qual $Q1$ representa os municípios e, conseqüentemente, as unidades de saúde com maior prioridade para a homologação e alocação de recursos do IAF.

Variáveis analisadas

Foram analisadas as seguintes variáveis – número e percentual de: a) municípios com unidades de saúde homologadas; b) unidades de saúde homologadas (aptas a receber recursos); c) unidades de saúde que receberam recursos (custeadas); e o valor total de recursos recebidos. A distinção entre as unidades de saúde homologadas e custeadas se deve às condições normativas já citadas.

Análise

Para apresentar um panorama nacional do primeiro ano de implementação do IAF, foi usada estatística descritiva, sendo analisados o número absoluto e relativo de municípios e de unidades de saúde da APS homologadas; de unidades de saúde custeadas; e o valor total pago ao longo de 12 meses.

Para avaliar se a nota de priorização para a homologação das unidades de saúde da APS, criada a partir do já apresentado conjunto de critérios, alcançou o objetivo de ser equitativo, foi analisada a magnitude da desigualdade na implementação do IAF entre as unidades de saúde localizadas em municípios do Q1, de maior prioridade, e o Q4, de menor prioridade. Para tanto, foram utilizadas as medidas de

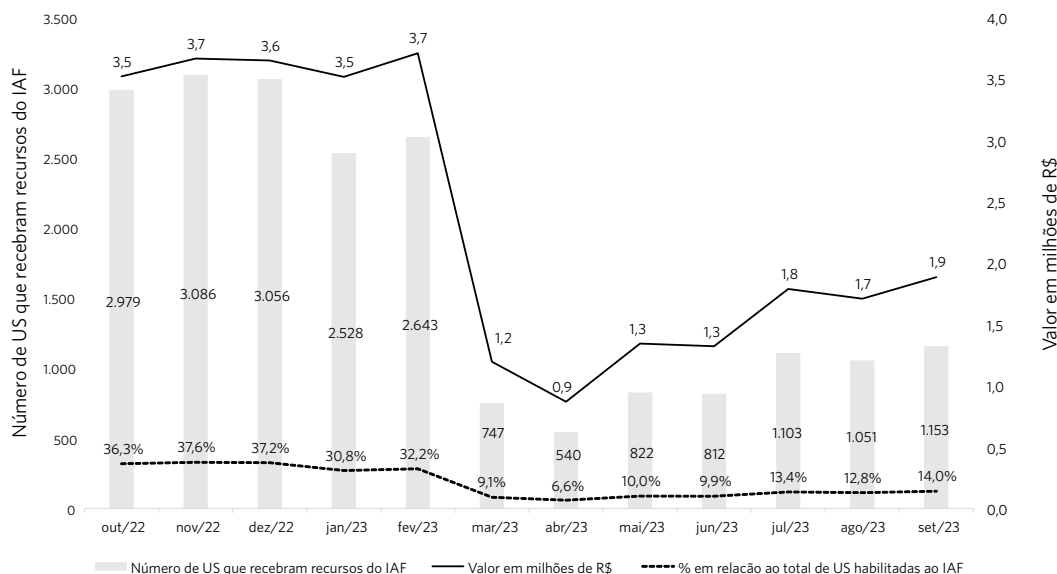
desigualdade absoluta (calculada a partir da diferença entre os quartis extremos e expressa em Pontos Percentuais – PP) e relativa (calculada pela razão entre Q4 e Q1)²⁴⁻²⁶. Destaca-se que, conforme exposto, independentemente de a primeira rodada não considerar a nota de priorização municipal, todos os municípios possuíam tal nota, logo, sua análise permitiu identificar se a equidade foi efetivada.

Resultados

Com relação ao panorama geral do primeiro ano de implementação do IAF, foram homologadas 8.214 unidades de saúde da APS em 4.128 municípios para o custeio¹⁸, o que representa 74% dos municípios brasileiros²⁷ e 16,7% das unidades de saúde elegíveis ao IAF do Brasil²⁸.

Foi demonstrado que, no período sem metas (out./22 a fev./23), o número de unidades de saúde custeadas variou de 2.528 (jan./23) a 3.086 (nov./22), correspondendo a 30,8% e 37,6%, respectivamente, do total de unidades de saúde homologadas. Já no período com metas (mar. a set./23), o número de unidades de saúde custeadas variou de 540 (abr./23) a 1.153 (set./23), o que corresponde a 6,6% e 14%, respectivamente, do total de unidades de saúde homologadas (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Número de unidades de saúde custeadas, percentual em relação ao total de unidades de saúde homologadas e montante de recursos (em R\$ milhões) por competência, Brasil, de outubro de 2022 a setembro de 2023



Fonte: elaboração própria com base em dados do eGestor²².

US : Unidades de Saúde.

A evolução do montante de recursos do IAF por competência no Brasil possibilitou identificar a variação do valor total de recursos pagos nos períodos analisados. No período sem metas (out./22 a fev./23), o valor total de recursos pagos em uma competência chegou a R\$ 3,7 milhões (fev./23). A partir da competência em que o alcance de metas era uma condicionalidade para a transferência do IAF, houve uma queda importante nos recursos, com o valor de R\$ 1,2 milhão (mar./23), o que representa uma redução de 67,8%. No total, foram pagos R\$ 18 milhões no período sem metas (5 competências) e R\$ 10,1 milhões no período com metas (7 competências), retratando uma redução de 44% no montante de recursos pagos com o estabelecimento de metas (gráfico 1).

Com relação à nota de priorização municipal, como estratégia para maior equidade na distribuição dos recursos para a promoção da AF na APS, foi demonstrado que, do total de 8.214 unidades de saúde homologadas, 35,4% pertenciam aos municípios do Q1 (n = 2.905

em 1.122 municípios); 27,9%, aos do Q2 (n = 2.292 em 1.017 municípios); 23%, aos do Q3 (n = 1.890 em 1.004 municípios); e 13,7%, aos do Q4 (n = 1.127 em 985 municípios). Portanto, aproximadamente 2 em cada 3 unidades homologadas no Brasil estavam em municípios prioritários (Q1 e Q2) (tabela 1).

Em relação ao total de unidades de saúde que receberam recursos do IAF em cada uma das competências, Q1 e Q2 também apresentaram maior percentual de unidades de saúde custeadas quando comparados a Q3 e Q4 ao longo de todo o período analisado (tabela 1). Para dar uma dimensão dessa diferença, a média de unidades de saúde dos Q1 e Q2 que receberam recursos do IAF (entre out./22 e set./23) foi, respectivamente, de 30,1% e 28,8%, enquanto as dos Q3 e Q4 foram de 25,3% e 15,7%. Foi observado que o percentual de unidades de saúde custeadas diminuiu a partir do estabelecimento das metas, independentemente do quartil de classificação da nota de priorização municipal (tabela 1).

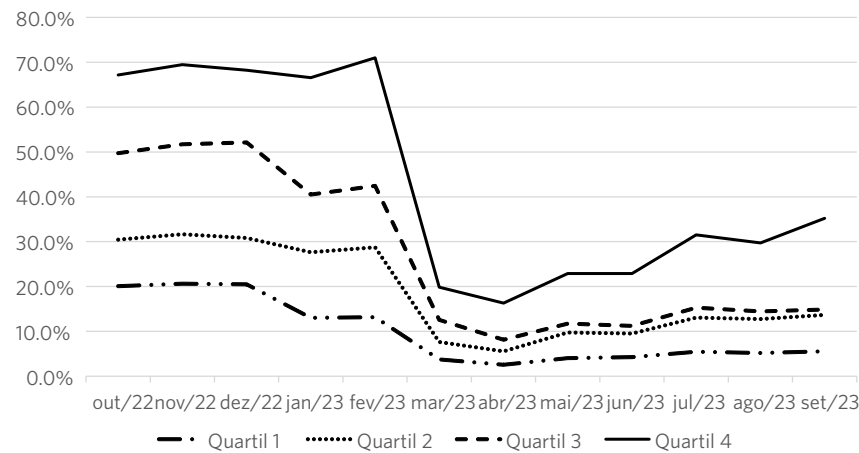
Tabela 1. Número absoluto e relativo de unidades de saúde custeadas do IAF, Brasil, entre outubro de 2022 e setembro de 2023, por quartil

Q		US		US que receberam recursos do IAF											Média (DP)
		homol.	out/22	nov/22	dez/22	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	
Q1*	n	2.905	757	783	769	750	800	224	184	258	258	355	335	397	489,2 (256,1)
	%	35,4	25,4	25,4	25,2	29,7	30,3	30,0	34,1	31,4	31,8	32,2	31,9	34,4	30,1
Q2	n	2.292	940	977	985	766	802	238	154	222	212	289	273	281	511,6 (345,0)
	%	27,9	31,6	31,7	32,2	30,3	30,3	31,9	28,5	27,0	26,1	26,2	26,0	24,4	28,8
Q3	n	1.890	698	726	707	634	659	175	127	224	218	300	292	313	422,8 (238,1)
	%	23,0	23,4	23,5	23,1	25,1	24,9	23,4	23,5	27,3	26,8	27,2	27,8	27,1	25,3
Q4	n	1.127	584	600	595	378	382	110	75	118	124	159	151	162	286,5 (208,9)
	%	13,7	19,6	19,4	19,5	15,0	14,5	14,7	13,9	14,4	15,3	14,4	14,4	14,1	15,7
Total geral	n	8.214	2.979	3.086	3.056	2.528	2.643	747	540	822	812	1.103	1.051	1.153	1.710 (1038,3)
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaboração própria com base em dados do eGestor²².
Q: Quartil; * maior prioridade; US homol.: Unidades de Saúde homologadas; IAF: Incentivo federal de custeio para a promoção da atividade física; DP: Desvio-Padrão.

Contudo, quando analisado o percentual de unidades de saúde custeadas com o IAF, em relação ao total de homologadas em cada quartil, foi revelado que o maior percentual do Q1 (maior prioridade) foi de 20,7% (nov./22) no período sem metas e de 5,6% (set./23) no período com metas, sendo o quartil com o menor percentual de unidades de saúde custeadas em todo o período analisado. No sentido oposto, o maior percentual de unidades de saúde custeadas do Q4 (menor prioridade) foi de 71% (fev./23) no período sem metas e de 35,2% (set./23) no período com metas (gráfico 2).

Gráfico 2. Percentual de unidades de saúde custeadas em relação ao total de unidades de saúde homologadas em cada quartil, por competência, Brasil, de outubro de 2022 a setembro de 2023



Fonte: elaboração própria.

No Brasil, houve uma redução de 68,9% e 24 PP nas unidades de saúde custeadas com o IAF entre os diferentes períodos analisados, passando de 34,8% no período sem metas para 10,8%, no período com metas. Em relação aos quartis, em média, 17,5% das unidades de saúde do Q1 (mais prioritário) receberam recursos no período sem metas, e 4,4%, no período com metas, o que representa uma redução de 74,7% e 13,1 PP. Por outro lado, o Q4 (menos

prioritário) teve 68,5% de unidades de saúde custeadas no período sem metas e 25,5% no período com metas, havendo redução de 62,8% e 43 PP. Com relação à magnitude das desigualdades absolutas e relativas na implementação do IAF, foram reveladas importantes diferenças percentuais entre os Q4 e Q1 de 3,9 no período sem metas (51 PP) e de 5,8 no período com metas (21,1 PP) (tabela 2).

Tabela 2. Percentual de unidades de saúde custeadas no período sem e com meta, redução e variação em pontos percentuais entre os períodos

Quartis / Períodos	P1	DP	P2	DP	Redução (%)	Redução (PP)
Q1 *	17,5%	1,9	4,4%	1,5	74,7%	13,1
Q2	29,9%	3,1	10,3%	0,9	65,6%	19,6
Q3	47,3%	1,1	12,6%	1,2	73,3%	34,7
Q4	68,5%	0,2	25,5%	0,4	62,8%	43
Brasil	34,8%	2	10,8%	1,1	68,9%	24
Des. Relativa	3,9	-	5,8	-	-	-
Des. Absoluta	51	-	21,1	-	-	-

Fonte: elaboração própria com base em dados do eGestor²².

Q: Quartis; * Mais prioritário; P1: período sem metas; P2: período com metas; DP: Desvio-Padrão; PP: Pontos Percentuais; Des.: Desigualdade; Relativa: Q4/Q1; Absoluta: Q4-Q1.

Discussão

A análise realizada apontou que, no primeiro ano do IAF, houve um baixo grau de implementação, já que não passou de 37,6% de unidades de saúde custeadas. Isso revela que o desenvolvimento de ações de promoção da AF na APS do SUS é um desafio, mesmo com a existência de recursos federais de custeio, como indução para a ampliação da oferta dessas práticas.

O estabelecimento de metas no primeiro ano de implementação do IAF, embora seja um aspecto relacionado com a eficiência das políticas públicas, reduziu de forma expressiva o custeio para as ações de AF na APS pelos

municípios brasileiros. Logo, deixa o questionamento sobre o dimensionamento das metas, em especial, por elas serem as mesmas independentemente da modalidade do IAF, ou seja, não mudam nos casos em que as unidades de saúde não têm PEF, ou se possuem PEF 20 ou 40 horas, a temporalidade de sua implementação (6 meses) como condicionalidade para a transferência dos recursos e sobre a existência e a efetividade de apoio aos gestores municipais para que elas sejam alcançadas, uma vez que o IAF é uma iniciativa recente e sem precedentes no SUS.

O impacto das metas também pode ser observado no montante de recursos alocados.

Foi possível identificar que, embora tenha ocorrido um aumento gradativo no montante total de recursos no período com metas, o maior valor mensal transferido nesse período, R\$ 1,8 milhão (set./2023), corresponde a praticamente a metade do maior valor mensal repassado no período sem metas (R\$ 3,7 milhões em fev./2023). Assim, no primeiro ano de implementação, os valores mensais transferidos pelo Ministério da Saúde ficaram muito abaixo daqueles inicialmente previstos (R\$ 7,9 milhões a R\$ 16,1 milhões¹⁸).

Algumas hipóteses para o baixo grau de implementação são: o valor do custeio mensal (no máximo R\$ 2 mil por unidade de saúde com PEF de 40 horas) diante do real custo com a contratação de PEF; a baixa capacidade da gestão municipal para fazer processos seletivos e novas contratações, principalmente, quando não há o cargo de PEF no âmbito da secretaria de saúde; o curto prazo para adesão e planejamento para adequação às condições normativas pela gestão municipal (20 dias, a contar da data de publicação da portaria de lançamento, prorrogada por mais 7 dias^{16,29}); a dificuldade de alcançar as metas, principalmente na modalidade 1 (sem PEF) em Centros de Saúde/Unidades Básicas (n = 30); entre outros.

Além disso, embora os PEF tenham um importante protagonismo, enquanto parte da força de trabalho do SUS, na oferta de ações de AF na APS³⁰, existem desafios na inserção desses profissionais, como as disparidades geográficas, entre outras³¹, que culminam em vazios assistenciais. Esse cenário é agravado pela tímida participação das secretarias estaduais de saúde no cofinanciamento das ações voltadas para a promoção da AF e pela ausência de uma área específica na estrutura organizacional da gestão estadual e municipal do SUS, o que potencialmente dificulta a implementação das ações de AF na APS³².

A partir da análise do planejamento do SUS, foi identificado que o IAF não partiu do planejamento sanitário, dada a sua ausência nos instrumentos de gestão, permitindo inferir que o incentivo foi criado devido a oportunidades

de ocasião para cumprir uma proposta do governo (2019-2022)²¹. Isso pode ter deixado lacunas importantes, por exemplo, metas que passaram a vigorar em um momento de incipiente implementação da iniciativa.

No Brasil, há um padrão histórico e persistente de desigualdades sociais e de saúde, que incluem a AF^{33,34}, justificando a busca pela equidade em políticas, programas e ações relacionadas com tal prática, sobretudo, considerando que municípios com piores indicadores socioeconômicos e de DCNT apresentaram menor adesão ao Programa Academia da Saúde, um dos principais de promoção da AF no SUS³⁵.

Em relação à nota de priorização municipal como critério para que a distribuição de recursos seja equitativa, o cenário verificado aponta que a maior parte das unidades de saúde está em municípios mais prioritários, o que já era esperado. Entretanto, esse padrão não se confirmou no que se refere ao recebimento de recursos, já que o Q1 (mais prioritário) teve o menor percentual de unidades de saúde beneficiadas, quando comparados entre o mesmo quartil, em todo o período analisado. Um dos motivos que podem explicar essa ocorrência é que os municípios mais prioritários possuíam maiores desafios na implementação do IAF, já que possuem menor estrutura (menor cobertura da ESF e sem PEF) e maior população vulnerável social e sanitariamente (maior inscrição no CadÚnico e mais ICSAP).

A magnitude das desigualdades absolutas e relativas encontradas entre Q4 e Q1 – respectivamente, de 51 PP e 3,9 no período sem metas e de 21,1 PP e 5,8 no período com metas – denota o tamanho do desafio e a complexidade da implementação de políticas de saúde equitativas. Assim, embora tenha sido proposta uma estratégia para maior equidade na distribuição dos recursos financeiros para a promoção da AF na APS no momento de homologação, foi demonstrado que existem dificuldades para o cumprimento dos requisitos para o custeio das unidades de saúde nos municípios do quartil mais prioritário. Alguns

estudos também identificaram desigualdades na implementação de políticas e serviços de saúde do SUS relacionados com a AF, como no caso das equipes multiprofissionais em municípios da região Sul²⁶ ou das unidades de um programa de promoção da AF no SUS, o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) de Vitória – ES³⁶.

Assim, os indicadores sociodemográficos e de saúde – CadÚnico, porte dos municípios e ESF, ICSAP e PEF – são elementos importantes para direcionar a implantação das políticas de saúde, como as de promoção da AF, visando à equidade. Entretanto, é preciso considerar outros aspectos, tais como: as metas estabelecidas nos instrumentos de planejamento e gestão; as propostas aprovadas nas conferências de saúde; os recursos disponíveis, incluindo materiais, infraestrutura, força de trabalho e financiamento; o potencial de articulação intersetorial; a capacidade de mobilização comunitária, entre outros.

A partir das teorias da Hipótese da Equidade Inversa e da Lei dos Cuidados Inversos, foram apresentadas duas reflexões sobre as desigualdades de acesso nas ações referentes à AF^{26,37}. A primeira delas busca compreender como as desigualdades tendem a se estabelecer em indicadores de saúde, partindo do aumento esperado dessas desigualdades quando surgem inovações em saúde que atingem inicialmente os mais privilegiados social e economicamente. Já a segunda destaca que a disponibilidade de uma atenção adequada em saúde tende a variar inversamente à necessidade da população. No caso do IAF, no primeiro ano de implementação, essas teorias foram confirmadas já que as unidades de saúde do quartil menos prioritário foram as que mais receberam recursos quando comparado ao quantitativo homologado por quartil. Com isso, potencialmente não ocorreu a efetivação da equidade enquanto importante elemento da justiça social e forma de garantir o direito à saúde, ratificando a existência de desafios na sua operacionalização.

Ademais, é necessário atentar para o desafio que significa buscar a superação de

um possível paradoxo relacionado com a busca por equidade nas políticas de saúde, uma vez que essas objetivam privilegiar municípios mais vulneráveis social e sanitariamente e que, devido a isso, têm potencialmente menos possibilidades estruturais e organizacionais para a efetivação das políticas de saúde, como o IAF, o que foi confirmado pelos achados da presente pesquisa.

Na literatura internacional, são escassos estudos que analisaram a implementação de programas de promoção da AF em sistemas de saúde universais como o SUS, particularmente, a partir de critérios de equidade; contudo, é possível encontrar a promoção da AF como parte das ações de saúde do National Health Service (NHS) no Reino Unido^{13,38}. Em relação à integração da promoção da AF em ambientes de cuidados primários e secundários do NHS, defendeu-se a importância: da garantia de recursos para o desenvolvimento das ações; do envolvimento das principais partes interessadas no planejamento para que todos os aspectos das ações sejam apoiados e aceitáveis; de que processos e caminhos estejam claros e que toda a governança esteja em vigor; e da criação de mecanismos para que tanto as equipes envolvidas na ação quanto os participantes possam contribuir para melhorias nas ações, permitindo antecipar barreiras e soluções potenciais^{13,38}.

É possível apontar, portanto, algumas estratégias para qualificar a implementação do IAF, tais como: a) repactuação tripartite das metas e dos prazos para o início do cumprimento; b) apoio técnico para as ações de planejamento para os gestores municipais; c) monitoramento periódico, feito em conjunto com gestores municipais e profissionais das equipes de saúde, para a identificação das principais barreiras e facilitadores; d) capacitação dos profissionais da APS sobre o tema da AF, incluindo os conteúdos de documentos orientadores^{39,40}. Outrossim, avaliação da pertinência de custeio diferenciado, por exemplo, com valores maiores nos municípios mais vulneráveis, como já ocorre nos recursos

de construção de diferentes unidades de saúde (por região do País)⁴¹.

Dados de diferentes pesquisas, ao longo do tempo (2009-2021), indicam o desafio relativo à ampliação do acesso à AF pela população brasileira. O melhor cenário apontado nesse período girou em torno de pouco mais de um terço da população brasileira adulta (18 anos ou mais) sendo fisicamente ativa no lazer e, ainda, mais da metade sendo inativa fisicamente, com destaque para as marcantes iniquidades^{33,42-44}. Com isso, fica evidente que ser fisicamente ativo está relacionado com gradientes sociais, com grupos sociais com desvantagens socioeconômicas tendo mais barreiras de acesso à AF^{45,46}.

Assim, considerando a evolução das pesquisas, da comunicação e das políticas públicas no campo da AF e saúde, ainda se verifica um quadro preocupante, pois permanece a lacuna entre a literatura científica e a implementação prática de ações de promoção da AF⁴⁷⁻⁵⁰. No entanto, é possível afirmar que a APS do SUS vem contribuindo para ampliação da oferta de AF para a população brasileira³⁰ e redução das iniquidades de acesso⁵¹, ainda que seja necessário frisar que esses são desafios intersetoriais e não apenas do SUS, assim como reafirmar o potencial do IAF em ampliar o acesso à AF na APS do SUS⁵², de forma que buscar sanar as questões apresentadas é essencial para que o incentivo possa ampliar as oportunidades para uma vida fisicamente ativa.

Os achados apresentados devem ser interpretados considerando suas limitações e potencialidades. Como limitações do estudo, destacam-se: i) o período observado foi relativamente curto (17 meses no geral e 12 meses de custeio), o que se justifica pela finalidade de analisar o primeiro ano de implementação do IAF, sendo necessário ampliar a referida série em análises futuras, e ii) a não apresentação dos valores efetivamente transferidos devido ao uso e-Gestor AB como fonte para a análise dos recursos financeiros, pois ele tem o papel de permitir o acompanhamento do alcance dos critérios

normativos dos programas da APS como o IAF, mas a transferência de recursos para a gestão municipal é efetivada pelo Fundo Nacional de Saúde.

Já a principal potencialidade é a análise de critérios sobre equidade nas políticas públicas de saúde, incluindo critérios sociais, como o CadÚnico, sanitários, como a cobertura de ESF e as ICSAP, e demográficos, como o porte populacional dos municípios. No entanto, esses critérios não garantem a efetivação da distribuição equitativa dos recursos. Assim, apesar de ser essencial que as políticas e programas busquem priorizar municípios e unidades de saúde mais vulneráveis, muitas vezes, estes apresentam maiores desafios, pois possuem menos estrutura para a implementação. Logo, é importante que medidas diferenciadas estejam planejadas para tais casos.

Cabe destacar que a implementação do IAF, além de considerar a nota de priorização municipal a partir de critérios de equidade, tentou contemplar, na rodada inicial de análise, todos os municípios que solicitaram o incentivo. Esse critério pode ser considerado uma estratégia importante na implementação de políticas de saúde, uma vez que a priorização da pauta pelos gestores municipais e o estabelecimento de metas nos instrumentos de planejamento do SUS voltadas para a promoção da AF na APS também devem ser considerados.

É relevante salientar que, no momento de confecção do manuscrito, o IAF foi expandido com a homologação de mais de 17 mil unidades de saúde⁵³, sem utilização do critério de priorização municipal. Essa expansão, mesmo em um contexto de mudança na gestão federal em 2023, significou o fortalecimento do IAF, o que pode ser ratificado pelo teto orçamentário de aproximadamente R\$ 397 milhões⁵³ e sua inclusão no novo modelo de cofinanciamento federal da APS em 2024⁵⁴, evidenciando a relevância da presente análise e apontando a necessidade de novas pesquisas sobre a implementação do IAF.

Ainda, como agenda de pesquisa, sugere-se simular a priorização municipal a partir de

outros critérios, que incluam, por exemplo, os Índices de Desenvolvimento Humano e/ou de Vulnerabilidade Social, conforme usado na iniciativa das equipes multiprofissionais⁵⁵; e verificar se a distribuição dos recursos seria mais equitativa como legado para a formulação de outros programas de promoção da AF ou mais gerais. Além disso, pesquisas qualitativas, por permitirem maior profundidade, podem auxiliar na compreensão dos desafios na implementação do IAF na ótica dos profissionais e gestores municipais.

Considerações finais

Conclui-se que o grau de implementação do IAF no primeiro ano foi baixo já que apenas em torno de uma em cada cinco unidades de saúde homologadas recebeu recursos. Em relação à busca pela equidade, os critérios adotados para a priorização de unidades de saúde foram insuficientes já que, proporcionalmente, quando comparados no mesmo quartil, mais unidades de saúde em municípios do Q4 (menos prioritário) receberam recursos, em especial, no período sem metas. Logo, as

unidades de saúde em municípios mais vulneráveis, segundo os critérios de priorização, apresentaram menor possibilidade de atender às condições normativas para o custeio, evidenciando um possível paradoxo. Assim, para que a busca pela equidade, contemplando os mais vulneráveis, não resulte em uma menor efetivação de políticas públicas, é essencial um olhar mais específico para esses contextos.

Colaboradores

Carvalho FFB (0000-0003-2979-6359)* e Vieira LA (0000-0003-4382-9719)* contribuíram para concepção, projeto, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, e aprovação final da versão do manuscrito. Malhão TA (0000-0002-5644-1089)* e Loch MR (0000-0002-2680-4686)* contribuíram para análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, e aprovação final da versão do manuscrito. Todos os autores são responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. ■

Referências

1. 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] República Federativa do Brasil [Internet], Brasília, DF. 1990 set 20 [acesso em 2023 dez 13]; Edição 182; Seção I:18055-18059. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
2. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):18-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
3. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019;394(10195):345-356. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):1751-1762. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>
5. Funcia FR. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(12):4405-4414. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>
6. Paim JS. SUS aos 30 anos. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):1723-1728. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.
7. Barros FPC, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saude Soc*. 2016;25(1):9-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>
8. Carvalho AMP, Silva GA, Rabello ET. A equidade no SUS: representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Cad Saúde Colet*. 2020;28(4):590-598. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040151>
9. Albrecht CAM, Rosa RS, Bordin R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. *Saude Soc*. 2017;26(1):115-128. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017162684>
10. Salvo D, Garcia L, Reis RS, et al. Physical Activity Promotion and the UN Sustainable Development Goals: Building Synergies to Maximize Impact. *J Phys Act Health*. 2021;13(10):1163-1180. DOI: <https://doi.org/10.1123/jpah.2021-0413>
11. Reis R, Hunter RH, Garcia L, et al. What the Physical Activity Community Can Do for Climate Action and Planetary Health? *J Phys Act Health*. 2022;1;19(1):2-3. DOI: <https://doi.org/10.1123/jpah.2021-0719>
12. Garcia L, Pearce M, Abbas A, et al. Non-occupational physical activity and risk of cardiovascular disease, cancer and mortality outcomes: a dose-response meta-analysis of large prospective studies. *Br J Sports Med*. 2023;57(15):979-989. DOI: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-105669>
13. Speake H, Copeland RJ, Till SH, et al. Embedding Physical Activity in the Heart of the NHS: The Need for a Whole-System Approach. *Sports Med*. 2016;46(7):939-946. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40279-016-0488-y>
14. Santos AC, Willumsen J, Meheus F, et al. The cost of inaction on physical inactivity to public health-care systems: a population-attributable fraction analysis. *Lancet Glob Health*. 2023;11(1):e32-e39. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00464-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00464-8)
15. Amorim T, Knuth A, Cruz D, et al. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2013;18(1):63-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.12820/2317-1634.2013v18n1p63>
16. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 1.105, de 15 de maio de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde (APS). *Diário Oficial da União [Internet]*, Brasília, DF. 2022 maio 17 [acesso em 2023 dez 13]; Edição 92; Seção I:120-121. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1105_17_05_2022.html
17. Carvalho FFB, Loch MR, Sposito LAC, et al. Recursos da União para as práticas corporais e atividades físicas no SUS: análise de 2019-2022. *Ciênc saúde coletiva*. 2024;29(1):e19352022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.19352022>
18. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 3.872, de 26 de outubro de 2022. Define e homologa os códigos referentes ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) credenciados, por meio da Portaria GM/MS nº 2.103, de 30 de junho de 2022, e cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional

- de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para fins da transferência do Incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de Atividade Física (IAF) na APS, instituído por meio da Portaria GM/MS nº 1.105, de 15 de maio de 2022. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2022 out 31 [acesso em 2023 dez 13]; Edição 206; Seção I:90. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt3872_31_10_2022.html
19. Lotta G. Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil. Brasília, DF: Enap; 2019. 324 p.
 20. Nogueira JAD, Bosi MLM. Saúde Coletiva e Educação Física: distanciamentos e interfaces. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(6):1913-1922. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.23882015>
 21. Vieira LA, Carvalho FFB. Planejamento no SUS: análise da agenda das práticas corporais e atividades físicas no âmbito federal no período de 2004 a 2023. *Saúde debate*. 2024;48(141):e8865. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241418865P>
 22. Ministério da Saúde (BR). e-Gestor AB [Internet]. [local desconhecido]: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2023 out 20]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>
 23. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Credencia os municípios e o Distrito Federal, e seus respectivos estabelecimentos de saúde da Atenção Primária à Saúde, ao Incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde, instituído por meio da Portaria GM/MS nº 1.105, de 15 de maio de 2022. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2022 jul 4 [acesso em 2023 out 20]; Edição 124; Seção I:54. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt2103_04_07_2022.html
 24. World Health Organization. Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low-and middle-income countries [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [acesso em 2023 dez 13]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/health-equity/handbook-on-health-inequality-monitoring/handbook-on-health-inequality-monitoring.pdf>
 25. Silva ICM, Restrepo-Mendez MC, Costa JC, et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(1):1-12. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100017>
 26. Augusto NA, Fernandes BO, Silva ICM, et al. A hipótese da equidade inversa na implementação do NASF-AB no Sul do Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(7):2099-2108. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023287.04952022>
 27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). IBGE divulga relação da população dos municípios. Agência IBGE [Internet], 2023 ago 31 [acesso em 2023 nov 15]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/37758-ibge-divulga-relacao-da-populacao-dos-municipios>
 28. Ministério da Saúde (BR). Datasus. Tabnet [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2023 nov 20]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
 29. Confederação Nacional dos Municípios (BR). Saúde Prorrogado prazo para credenciar ações de atividade física no SUS e receber verba. CNM [Internet], [local desconhecido], 2022 jun 6 [acesso em 2023 nov 23]. Disponível em: <https://cnm.org.br/comunicacao/noticias/prorrogado-prazo-para-credenciar-acoes-de-atividade-fisica-no-sus-e-receber-verba>
 30. Carvalho FFB, Guerra PH, Silva DB, et al. Oferta e participação nas práticas corporais e atividades físicas na APS no Brasil: análise de 2014 a 2022. *Ciênc saúde coletiva*. 2025;30:e09492023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.09492023>
 31. Dutra RP, Viero VSF, Knuth AG. Inserção de profissionais de educação física no SUS: análise temporal (2007-2021). *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2023;28:1-9. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.28e0296>

32. Carvalho FFB, Almeida ER, Loch MR, et al. As práticas corporais e atividades físicas na gestão tripartite do SUS: estrutura organizacional, financiamento e oferta. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(6):2163-2174. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.15242021>
33. Mielke GI, Stopa SR, Gomes CS, et al. Leisure time physical activity among Brazilian adults: National Health Survey 2013 and 2019. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24:e210008. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210008.supl.2>
34. Mielke GI, Malta DC, Nunes BP, et al. All are equal, but some are more equal than others: social determinants of leisure time physical activity through the lens of intersectionality. *BMC Public Health*. 2022;22(1):36. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12428-7>
35. Tusset D, Santos L, Merchan-Hamann E, et al. Programa Academia da Saúde: correlação entre internações por DCNT e adesão nos municípios brasileiros, 2011-2017. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(5):e2019453. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500013>
36. Bagrichevsky M, Santos Júnior VJ, Estevão A, et al. Desigualdades sociais em saúde e práticas corporais: um exercício singular de análise. *Saúde Soc*. 2013;22(2):497-510. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200019>
37. Crochemore-Silva I, Knuth AG, Mielke GI, et al. Promoção de atividade física e as políticas públicas no combate às desigualdades: reflexões a partir da Lei dos Cuidados Inversos e Hipótese da Equidade Inversa. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(6):e00155119. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00155119>
38. Rennie K, Ahern A, King B, et al. Integration of Physical Activity Promotion within Primary and Secondary Care Settings: Rapid Evidence Review and Lessons from Practice Case Studies. London: Public Health England; 2020. DOI: <https://doi.org/10.17863/CAM.64187>
39. Ministério da Saúde (BR). Guia de Atividade Física para a População Brasileira [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 2023 nov 23]. 54 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf
40. Ministério da Saúde (BR). Guia de orientação para o aconselhamento breve sobre atividade física na APS do SUS: Material de apoio [Internet]. Versão para Consulta Pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2023 nov 23]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/participacao-social/consultas-publicas/2022/consulta-publica-guia-de-orientacao-para-o-aconselhamento-breve-sobre-atividade-fisica-na-atencao-primaria-a-saude-do-sistema-unico-de-saude/anexo-2-guia-de-orientacao-para-o-aconselhamento-breve-sobre-atividade-fisica-na-aps-do-sus_material-de-apoio.pdf
41. Ministério da Saúde (BR). Cartilha de Emendas Parlamentares PLOA 2024 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2023 nov 23]. 148 p.: il. Disponível em: <https://portalns.saude.gov.br/cartilha-de-emendas-parlamentares-ploa-2024/>
42. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2006-2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: prática de atividade física nas capitais entre 2006 e 2021 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2023 nov 23]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2006-2021-pratica-de-atividade-fisica/view>
43. Ministério da Saúde (BR); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em 2023 nov 23]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>
44. Ministério da Saúde (BR); Ministério do Planejamento, Gestão e Orçamento; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e

- doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [acesso em 2023 nov 23]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>
45. Kohler S, Dippon L, Helsper N, et al. Population-based physical activity promotion with a focus on health equity: a review of reviews. *Int J Equity Health*. 2023;22(1):18. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01834-5>
 46. Jerome GJ, Boyer WR, Bustamante EE, et al. Increasing equity of physical activity promotion for optimal cardiovascular health in adults: A scientific statement from the AHA. *Circulation*. 2023;147(25):1951-1962. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001148>
 47. Wendt A, Knuth AG, Nunes BP, et al. Leisure-Time physical activity in a southern Brazilian City (2004-2021): Applying an equity lens to time-trend analyses. *J Phys Act Health*. 2023;31(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1123/jpah.2023-0259>
 48. Varela AR, Hallal PC, Grueso JM, et al. Status and trends of physical activity surveillance, policy, and research in 164 countries: Findings from the GoPA! 2015 and 2020 surveys. *J Phys Act Health*. 2022;20(2):112-128. DOI: <https://doi.org/10.1123/jpah.2022-0464>
 49. Katzmarzyk PT. Expanding our understanding of the global impact of physical inactivity. *Lancet Glob Health*. 2023;11(1):e2-e3. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00482-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00482-X)
 50. Pratt M, Varela AR, Bauman A. The Physical Activity Policy to Practice Disconnect. *J Phys Act Health*. 2023;16;20(6):461-464. DOI: <https://doi.org/10.1123/jpah.2023-0071>
 51. Faria TMT, Brenner S, Deckert A, et al. Health Academy Program and physical activity levels in Brazilian Staten capitals. *Rev Bras Atividade Física Saúde*. 2020;25:1-8. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0133>
 52. Carvalho FFB, Sposito LAC, Rodrigues PAF, et al. Promoção das práticas corporais e atividades físicas no SUS: mudanças à vista, mas em qual direção? *Cad Saúde Pública*. 2022;38(8):e00095722. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT095722>
 53. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM nº 1.733, de 3 de novembro de 2023. Credencia os municípios e o Distrito Federal, e seus respectivos estabelecimentos de saúde da Atenção Primária à Saúde, ao incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde, instituído por meio da Portaria MS/GM nº 1.105, de 15 de maio de 2022. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2023 nov 7 [acesso em 2023 nov 23]; Edição 211; Seção I:53. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.733-de-3-de-novembro-de-2023-521119735>
 54. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2024 abr 11 [acesso em 15 set 2024]; Edição 70; Seção I:100-102. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html
 55. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2023 maio 26 [acesso em 2023 nov 23]; Edição 96-B; Seção I Extra-B:11. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html

Recebido em 16/09/2024

Aprovado em 20/01/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ingrid D'avilla Freire Pereira

Discurso Coletivo de Afirmação sobre vivências da pandemia de covid-19 na favela São Remo

The Discourse of Collective Affirmation about COVID-19 pandemic life experiences in the São Remo favela

Oswaldo Santos Baquero^{1,2}, Júlia Amorim Faria¹, Sara Cristina Aparecida da Silva³, Dora Mariela Salcedo Barrientos^{2,4}, Ana Claudia Camargo Gonçalves Germani^{2,5}, Gislene Aparecida dos Santos^{2,6}

DOI: 10.1590/2358-289820251447912P

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia (FMVZ), Departamento de Medicina Veterinária Preventiva e Saúde Animal (VPS) – São Paulo (SP), Brasil.
baquero@usp.br

²Universidade de São Paulo (USP), Instituto de Estudos Avançados (IEA), Grupo de Pesquisa das Periferias (nPeriferias) – São Paulo (SP), Brasil.

³Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina (FM), Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional (Fofito) – São Paulo (SP), Brasil.

⁴Universidade de São Paulo (USP), Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH), Curso de Obstetrícia – São Paulo (SP), Brasil.

⁵Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina (FM), Departamento de Medicina Preventiva (DMPPr) – São Paulo (SP), Brasil.

⁶Universidade de São Paulo (USP), Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH), Curso de Gestão de Políticas Públicas (GPP) – São Paulo (SP), Brasil.

RESUMO Este artigo apresenta o Discurso Coletivo de Afirmação (DCA) como ferramenta de pesquisa participativa, exemplificando seu uso para compreender e documentar vivências da pandemia numa favela. O DCA resultante, composto por textos e fotos dos moradores, contextualiza a pandemia, descreve a gestão do cuidado comunitário, identifica desafios particulares com relação a crianças e adolescentes, além de explorar benefícios e dificuldades do convívio com animais outros-que-humanos. A utilização de textos e imagens dos moradores, num discurso revisado e aprovado por eles, aumentou o repertório disponível para aprofundar o conhecimento das vivências da pandemia, além de permitir a produção de um material afirmativo, informativo e reivindicativo.

PALAVRAS-CHAVE Infecções por coronavírus. Pesquisa participativa baseada na comunidade. Vulnerabilidade social. Fatores socioeconômicos. Território sociocultural.

ABSTRACT This article introduces the Discourse of Collective Affirmation (DCA) as a participatory research tool, showcasing its application in understanding and documenting pandemic living experiences within a favela. The resulting DCA, composed of texts and photographs provided by residents, contextualizes the pandemic, illustrates community care practices, highlights challenges faced by children and adolescents, and examines the benefits and difficulties of living with other-than-human animals. By incorporating residents' texts and images into a discourse that they reviewed and approved, the process expanded the repertoire for understanding pandemic living experiences while facilitating the production of affirmative, informative, and advocacy-oriented material.

KEYWORDS Coronavirus infections. Community-based participatory research. Social vulnerability. Socioeconomic factors. Sociocultural territory.



Introdução

Os sujeitos envolvidos diretamente numa pesquisa, sem serem coautores de publicações acadêmicas, participam de formas variadas, numa ou mais fases do estudo, individualmente ou em grupos. As formas de participação variam desde a simples provisão de depoimentos ou o oferecimento de material biológico até a definição dos objetivos, a captação de recursos e todas as etapas subsequentes, incluindo a aprovação e a divulgação dos produtos finais. A pesquisa participativa não denota todo o espectro de participação, apenas aquele condizente com a ideia de que a pesquisa é feita ‘com’ e não ‘sobre’ as pessoas^{1,2}.

Mesmo sendo participativas, as pesquisas podem se prestar tanto ao favorecimento dos modos de poder prevaletentes como a processos afirmativos e emancipatórios. Uma vertente que se destaca não só como precursora da virada participativa, mas, também, pelo compromisso emancipatório e origem no Sul global, é a Investigação-Ação Participativa (IAP), desenvolvida a partir da década de 1970 por acadêmicos-ativistas, como o sociólogo Orlando Fals Borda³. A IAP valoriza os processos e os resultados práticos. Não é uma coleção de técnicas e se destaca por explicitar posicionamentos políticos³. Mais do que buscar a inclusão ou o ajuste dos sujeitos marginalizados na ordem social dominante, a IAP colabora para que eles, a partir dos seus objetivos, vivências e saberes, questionem e transformem essa ordem³.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é um método qualitativo e quantitativo compatível com a pesquisa participativa⁴. Nele, os colaboradores contribuem com depoimentos, que são transformados em textos e redigidos na primeira pessoa do singular, para representar expressões-chave às quais se associa a frequência ou o número de participantes que as evocam⁴. Para indicar e entender que num dado texto o ‘eu’ é, ao mesmo tempo, um sujeito e um coletivo, e que, mesmo provindo de um indivíduo, representa um coletivo, os textos

devem ser lidos a partir de um arcabouço teórico que pode não ser facilmente compreensível por quem não tem familiaridade com os modos acadêmicos, em especial, os da teoria social e das representações sociais⁴.

Isso não quer dizer que os resultados de um DSC sejam ininteligíveis para um público não especializado, posto que as expressões-chave são usualmente enunciadas em linguagem coloquial⁴. Entretanto, a interpretação dos enunciados como componentes do discurso de um ‘sujeito coletivo’ está circunscrita, em boa medida, ao âmbito acadêmico, devido à complexidade hermenêutica posta em causa⁴.

O DSC é compatível ‘com’, mas não é, invariavelmente, um caso de pesquisa participativa, visto que uma enquête já oferece o material necessário para aplicar a metodologia. No DSC, a participação não precisa se estender além da provisão de depoimentos.

Os discursos coletivos, sejam ou não instâncias do DSC, podem ser complementados com outros métodos participativos, assim como elementos do DSC podem ser incorporados em outros métodos. O fotovoz (*photovoice*), uma possibilidade etnográfica de complementação, vale-se do diálogo instigado por fotografias tiradas pelas participantes para compreender as situações subjacentes às fotografias, o lugar das participantes nessas situações, assim como a conveniência e as possibilidades de transformação dessas situações⁵. A problematização dos modos de poder e a produção de materiais apoiados nas fotos para sustentar reivindicações e processos emancipatórios são frequentemente inseridas na aplicação do fotovoz⁶. Os discursos coletivos são uma possibilidade para conferir sentido às fotografias participativas e a outros aportes das pessoas envolvidas na pesquisa.

Os discursos coletivos participativos (participação além da provisão de depoimentos) e voltados à transformação de vivências marginalizadas são uma fonte de conhecimento e reivindicação, condizentes com a promoção da saúde multiespécie, entendida como práxis que fundamenta as ações no conhecimento dos efeitos patológicos da marginalização e

que coproduz conhecimentos a partir de ações contra a marginalização, voltadas ao florescimento do bem-viver mais-que-humano⁷⁻⁹.

O agronegócio, o extrativismo e, mais genericamente, a primazia do capital sobre o bem-viver propiciam cenários pandêmicos, a partir da marginalização de coletivos multiespécies¹⁰. A covid-19, um caso de transbordamento zoonótico, tem envolvido coletivos multiespécies desde sua origem¹¹ até os desdobramentos da emergência sanitária que ela desencadeou. Se, por um lado, os povos indígenas e os coletivos multiespécies não urbanizados sofrem com a exacerbação do extrativismo intensificado pela conjuntura política da pandemia, os coletivos multiespécies nas cidades não têm ficado ilesos¹². As políticas de austeridade agudizadas durante a pandemia exacerbaram o crescimento das periferias, levando a novas ocupações informais e a maior precarização da vida de humanos e de outros animais¹². A comunidade da favela Jardim São Remo, localizada na Zona Oeste do município de São Paulo, envolveu-se em processos de ocupação, vivenciou a precarização e gerou respostas comunitárias para superar a emergência sanitária.

No presente trabalho, propõem-se os Discursos Coletivos de Afirmação (DCA), não como um tipo de análise de discurso, mas como um método para facilitar a pesquisa participativa, numa abordagem inclinada à IAP. Ilustra-se sua aplicação em conjunto com outro método, o fotovoz, para documentar vivências da pandemia de covid-19 na favela Jardim São Remo, no município de São Paulo, numa perspectiva de saúde multiespécie.

Material e métodos

Local

O Jardim São Remo é uma favela localizada na Zona Oeste do município de São Paulo, na vizinhança da Cidade Universitária Armando Salles de Oliveira, *campus* Butantã da

Universidade de São Paulo (USP)¹³. De acordo com Grinover e Zuquim, a demanda de mão de obra para construir a universidade convocou imigrantes, principalmente do Nordeste, que vieram se instalar, provisoriamente, na área em que se localiza a São Remo¹⁴. Após o encerramento das obras, a comunidade permaneceu no lugar e, desde então, sofre os efeitos da marginalização. Os problemas com saneamento básico continuam, e, durante a pandemia de covid-19, surgiu uma ocupação irregular no Buracanã, um terreno baldio da São Remo. O Circo Escola, maior equipamento sociocultural da comunidade, que atendia a aproximadamente 300 crianças no contraturno escolar, fechou durante a pandemia por problemas estruturais e, até a data de redação do presente artigo, continua fechado¹⁵. De acordo com um censo que realizamos na São Remo, cuja data de referência é 01 de janeiro de 2019, nos domicílios da comunidade residiam 8.457 pessoas, 983 pássaros, 745 cães, 685 gatos¹⁶. A presença de outras espécies animais foi relatada pelas moradoras, assim como conflitos com animais sinantrópicos (animais não domésticos habituados a viver perto dos humanos)¹⁷. A relação animal domiciliado: criança foi de 1,56:1¹⁶.

Coparticipantes

A Rede Saúde Multiespécie (Rede Same), da USP, vinha desenvolvendo ações de promoção da saúde na São Remo, quando foi reconhecido o estado de calamidade pública devido à pandemia de covid-19. No âmbito dessas ações, um articulador da comunidade questionou as narrativas sobre a vivência da pandemia por parte de pessoas que não moram nas favelas. Manifestou a necessidade de construir e dar visibilidade a discursos e demandas oriundos das favelas. Como resposta, um grupo de pesquisadoras da Rede Same e do Grupo de Pesquisa das Periferias do Instituto de Estudos Avançados da USP (nPeriferias-IEA) se dispôs a colaborar para a produção de um discurso coletivo para documentar algumas vivências pandêmicas da

São Remo, aprender sobre a capacidade de resposta periférica à pandemia e entender melhor as condições em que devem ser atendidas as demandas de quem vivencia emergências sanitárias em um território como a São Remo.

O grupo de pesquisa da universidade envolveu duas estudantes brancas, uma de graduação e procedente de uma periferia urbana, outra mestranda de classe média; uma professora branca, uma professora preta, além uma professora e um professor pardos ('morenos') e migrantes, do Peru e da Colômbia, respectivamente.

Ao articulador mencionado somaram-se duas articuladoras da comunidade, e os três convidaram outros moradores da São Remo para construir o discurso coletivo. Foram 15 moradoras (10 homens), com idades entre 19 e 68 anos (média: 38,5), sendo 69% pardos, 23% pretos e 8% brancos.

Obtenção de relatos e fotografias para o DCA

O procedimento para obter fotografias de forma ética e segura foi enviado aos participantes da São Remo via WhatsApp, em formato de texto e áudio. A opção pelo formato não presencial foi consequência da pandemia. As fotos foram o meio usado pelos participantes da São Remo para responder às seguintes perguntas: (A) Na sua casa, o que te protege de pegar covid-19?; (B) Na sua casa, o que mais te coloca em risco de pegar covid-19?; (C) Na sua casa, o que tem sido mais vantajoso de morar com animais durante a pandemia?; (D) Na sua casa, o que tem sido mais difícil de morar com animais durante a pandemia?; (E) O que mais tem feito seus animais sofrerem durante a pandemia? Posteriormente, foram feitas perguntas comumente utilizadas nas pesquisas de fotovoz: (A) O que você vê na foto?; (B) O que realmente está acontecendo?; (C) Como isso se relaciona com nossas vidas?; (D) Por que essa situação existe?; (E) O que podemos fazer sobre isso?¹⁸. Tal sequência mostrou-se de difícil compreensão, e as respostas limitaram-se, na maioria dos casos, às

duas primeiras questões, mesmo após tentativas de explicação via texto, áudio e ligação telefônica. Isso ocorreu mesmo havendo-se discutido previamente a pertinência e a formulação das perguntas com os articuladores comunitários. As respostas a esse segundo conjunto de perguntas foram registradas em áudio e texto. No fotovoz, esse segundo grupo de perguntas pode ser feito coletivamente, para discutir e refletir não somente sobre as próprias fotos. Embora a tentativa tenha sido realizada num grupo de WhatsApp, não se mostrou viável, porque alguns participantes não quiseram se manifestar dentro de um grupo que incluía vizinhos com os quais possuíam atritos pessoais. Desse modo, o procedimento foi realizado individualmente. Adicionalmente, houve entrevistas abertas com os três articuladores comunitários, guiadas pelo questionamento sobre o processo de ocupação do Buracanã, as ações de captação e distribuição de doações e o fechamento do Circo Escola.

Organização, aprovação e divulgação do DCA

Duas participantes do grupo da universidade transcreveram os áudios e organizaram os textos e as fotos, com base nas perguntas que foram respondidas com fotos e nos temas abordados nas entrevistas com os articuladores. Outros três participantes do grupo da universidade revisaram o documento resultante e sugeriram modificações. Após uma sequência de cinco revisões, chegou-se a uma versão que, para o grupo, era a melhor forma de apresentar o discurso.

Com base nessa versão, criou-se uma outra para cada participante da São Remo, de modo que cada um pudesse ver o texto completo, só com as fotografias que tirou. As fotos de outros participantes foram substituídas por um espaço em branco. Cada participante da São Remo indicou se havia alguma informação errada, algum posicionamento com o qual não compactuava, se concordava com a forma como seus relatos e fotografias foram inseridos no texto, e se o sentido dado ao texto era

representativo das suas próprias vivências e de outros moradores da comunidade. Finalmente, criou-se mais uma versão, incorporando todas as considerações recebidas e as fotografias cedidas para compor o discurso. Essa versão recebeu aprovação unânime. A divulgação do documento foi realizada na página da Rede Same¹⁹, num repositório eletrônico²⁰ e nas redes sociais locais.

Houve um esforço por manter os relatos originais. No entanto, para facilitar a leitura, os participantes da universidade realizaram algumas alterações para concatenar ideias, acrescentar termos implícitos no contexto e melhorar a concordância de gênero e número entre frases de registros diferentes. Essas alterações foram marcadas em cor cinza no DCA, para explicitar a contribuição desses participantes no conteúdo do discurso. Todas as pessoas envolvidas na elaboração do discurso foram convidadas para figurar explícita e nominalmente na coautoria do expediente do documento publicado. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP (CAAE: 37575020.8.0000.5390, parecer 4.293.144).

Resultados

A revisão que os participantes da São Remo fizeram do DCA inicialmente proposto pelos participantes da universidade levou à modificação de algumas informações. Uma participante solicitou a remoção de um dos seus relatos e de duas fotos, e, apesar de ter autorizado a utilização de outros relatos, também pediu para não incluir o seu nome no expediente detalhado no documento divulgado. O DCA (versão 5211531 depositada no repositório²⁰) tem 6,815 palavras, das quais, 669 (9,8%) são modificações realizadas por participantes da universidade. O DCA foi dividido em quatro tópicos.

Dada a extensão do DCA e o limite do número de palavras que podem ser incluídas neste artigo, o que segue é uma breve apresentação de cada tópico do DCA, acompanhada

de algumas citações nas quais os termos, originalmente marcados em cinza, são grafados em itálico. As leitoras interessadas poderão consultar o DCA na íntegra, seguindo as referências indicadas na seção anterior.

No primeiro tópico, 'COVID-19: mais uma de tantas pancadas', a pandemia figura não como a grande ameaça, e, sim, como mais uma dificuldade, não por ser trivial, mas porque sua severidade exacerbou e foi intensificada por outros agravantes: fome, desemprego, falta de banheiro e de moradia. O descaso do governo é atribuído à invisibilidade das periferias e a seu desprezo, situações que, muitas vezes, impedem a adoção de medidas preventivas no formato preconizado. O surgimento da ocupação do Buracanã e a situação de pessoas sem moradia são abordados, assim como a solidariedade e o cuidado mútuo para resistir às adversidades. Destacam-se aqui a afirmatividade dos posicionamentos, a sensação de abandono e a solidariedade multiespécie, assim como uma foto (*figura 1*) que ilustra parte do Buracanã, dividido em lotes quadriculares, sobre superfícies irregulares de entulho, alguns com paredes e teto de plástico ou até sem plástico, apenas delimitados.

A realidade de quem está de fora nem se aproxima da realidade de quem está de dentro, o ir visitar não é o ir vivenciar, é diferente! Não é porque a pessoa vai lá na favela, conhece quem é da favela, que conhece a realidade, vivenciar é diferente! Você tem que vivenciar o dia a dia, ver as necessidades e as vitórias, cada um tem uma situação que está passando²⁰⁽⁴⁾.

É horrível se sentir um nada, [...] invisível, ver aquele monte de mãe que já está lá com criança, com cachorro, com tudo o que sobrou, sabe? Naqueles espaços minúsculos, sem água, a gente tem que pegar água em galão para lavar louça e fazer comida²⁰⁽⁶⁾.

A gente tem que se manter forte por amor àquelas pessoas da ocupação, por amor aos animais que já estão lá dentro. Precisamos de uma armadilha porque tem muito [...] animal.

Como os gambás que acabam sendo perigosos e depois morrem [...] tentando defender uma cria ou, porque a gente invade o espaço deles. A gente entende totalmente eles e não queremos matá-los²⁰⁽⁷⁾.

[...] não estamos lutando apenas por nós mesmos, mas também pelo outro, a gente aprendeu a olhar o outro, aprendeu a deixar as diferenças de lado, aprendeu também a dividir [...] ²⁰⁽⁸⁾.

Figura 1. Foto do Buracanã, terreno ocupado na favela São Remo, 2021



Fonte: Baquero¹⁶.

‘Gestão do cuidado comunitário’ mostra como o cuidado mútuo se organizou para captar e distribuir doações de alimento e produtos de higiene e para incentivar a prevenção da transmissão. A sensação de dependência e esgotamento após um ano de pandemia se reflete nas falas.

Esse ano, eu acredito até que as coisas estão começando a complicar para os moradores, né? E a gente já começa a mobilizar, pedir, porque o custo de tudo está alto. Não tem auxílio emergencial, [...] não deu para atender toda a população, sabe?²⁰⁽¹³⁾.

Na seção ‘Crianças e adolescentes da São Remo’, aparece a ansiedade gerada pela mídia, insistindo nos comportamentos preventivos, uma vez que as realidades periféricas se tornam impedimentos; a perda de equipamentos culturais; a violência contra crianças e a violência presenciada por elas, atribuída ao convívio intradomiciliar mais frequente; a preocupação com a educação das crianças e com os professores, obrigados a se expor ao vírus nas aulas presenciais.

[N]essa questão de restringir as crianças em casa, a gente não consegue. Eles continuam

na rua hoje, mais na rua do que em casa. E os que estão em casa estão viciados no jogo²⁰⁽¹⁵⁾.

Alguns pais [...] não estavam acostumados com as crianças o tempo inteiro em casa [...]. A gente já presenciou criança apanhando por fazer besteirinha, bobagem, nada que leve a sair do sério²⁰⁽²⁰⁾.

Por fim, em ‘Famílias multiespécies’, os relatos destacam o valor da companhia de outros animais e a preocupação com o abandono, o confinamento, a fome e a violência. A *figura 2* mostra o interior de uma casa, na qual o arroz era a principal fonte de alimento da mulher e dos cães e gatos que nela residiam. O arroz arrecadado em doações era estocado num armário e é o conteúdo do prato que está no chão, entre o armário e a mesa.

O afeto, companheirismo, tempo, saúde mental passaram a ser mais valorizados com os animais. Morar com eles contribuiu para fazermos companhia uns aos outros, ajudou principalmente com as crianças que residem nas nossas casas²⁰⁽²¹⁾.

Com o isolamento, as pessoas acabam ficando mais estressadas, judiam dos animais e dos seres humanos. Descontam o fato de não poder estar saindo, [...] por ser mandado embora no emprego, descontam nos animais, nas pessoas em casa, isso está acontecendo muito, entendeu?²⁰⁽²⁴⁾.

Os animais são seres vivos, indefesos, eles dependem das pessoas para conseguir alimento, não é justo fazer isso com eles, sendo os melhores amigos que a gente tem²⁰⁽²³⁾.

Figura 2. Foto do interior de uma casa, mostrando o arroz estocado no armário e servido num prato no chão. Note-se o cachorro preto perto do prato na parte inferior da imagem, assim como as patas do cachorro embaixo da mesa e gato sobre a mesma. São Remo, 2021



Fonte: Baquero¹⁶.

Discussão

O DCA, ideado a partir do diálogo entre saberes populares e acadêmicos, é uma ferramenta que auxilia na produção de conhecimento, reflexão e posicionamentos afirmativos. Permite usar uma linguagem acessível e familiar para quem tem proximidade com as vivências sobre as quais versa o discurso, enfatizando a revisão, a aprovação e a autoria coletivas do discurso. Isso diversifica a produção textual de saberes, oferece outros pontos de vista e facilita o alcance de outros públicos, algo que pode ser decisivo para reformular o entendimento e a abordagem de situações marginalizadas²¹. Adicionalmente, reconhecer explícita e nominalmente a coautoria dos que contribuem com saberes vivenciais, no lugar de reduzi-los à qualidade de informantes ou invisibilizá-los no anonimato, é um exercício de justiça epistêmica²².

A realização de um DCA com moradores da favela São Remo permitiu documentar coletivamente as vivências da pandemia na favela São Remo, num processo transformador para as participantes. O alinhamento do DCA com a IAP implica que as pessoas participantes não foram somente as moradoras da São Remo, que além de terem de dar conta do cotidiano pandêmico, organizaram-se para assumir o compromisso de contribuir para a documentação desse cotidiano. As pesquisadoras acadêmicas também foram participantes, e seu compromisso foi com o apoio de causas mobilizadas pela comunidade. Não se tratou de pesquisadores e participantes pesquisados, de fontes de informação de um lado e autoridades epistêmicas de outro.

A participação não foi uma abertura unidirecional para que pessoas não acadêmicas executassem mais tarefas de pesquisa do que o habitual. Ela foi recíproca e exigiu deslocamentos em vários sentidos. Mais que exigir o cumprimento de roteiros metodológicos preestabelecidos, os pesquisadores acadêmicos participaram da construção e aplicação sensível de procedimentos para apoiar as pedagogias

periféricas que produzem saberes e atos políticos desde e contra a marginalização. Que a participação dos acadêmicos seja sensível significa que possui capacidade de resposta e adaptação à dinâmica das circunstâncias em que a pesquisa se insere, podendo resultar na alteração ou substituição dos métodos inicialmente propostos²¹. Foi assim que, da proposta inicial de uma pesquisa baseada em fotovoz, terminou-se produzindo o DCA.

O DCA convocou os participantes não acadêmicos para decidir coletivamente sobre o conteúdo, o sentido dado ao texto pelos participantes acadêmicos e a representatividade do discurso. Mostrou-se apropriado para integrar métodos como o fotovoz, que provocam reflexão e posicionamentos afirmativos.

Nós, da universidade, estávamos mais treinados na sistematização de procedimentos e redação de textos. Além disso, a pesquisa fez parte do nosso trabalho acadêmico. Por outro lado, os participantes da São Remo eram os únicos com conhecimento vivencial da pandemia na favela, e a subsistência era o que mais lhes exigia. Tendo outras prioridades e menos familiaridade com a escrita e a elaboração de documentos, as participantes da São Remo não se envolveram na transcrição de áudios, na organização da sequência dos textos ou na formatação do documento. Por isso assumimos a tarefa de produzir a primeira versão do documento do DCA e, consequentemente, a organização e a formatação resultou de nossas escolhas. O fato de essa versão ter sido revisada e, posteriormente, aprovada por unanimidade levou as participantes da São Remo a se reconhecerem no DCA. Também a se conhecerem, pois, como foi posto por um morador: “*Nem sabia que a gente sabe isso tudo, que temos tanto a dizer! O problema é que nós não sabemos escrever desse jeito*”.

Conseguimos esse (re)conhecimento coletivo sem usar a primeira pessoa do singular, que, no DSC, tem o propósito de “produzir, no receptor, o efeito de uma opinião coletiva”⁴⁽¹⁾. A primeira pessoa do singular no DSC é convocada para redigir discursos ‘coletivos’ emitidos

por ‘indivíduos’; contar histórias coletivas; e representar um sujeito que fala pessoalmente (falante, estrutura estruturante) e veicula conteúdos dos outros (falado, estrutura estruturada)^{4,23}. Ora, o ‘nós’ serve com facilidade e intuitivamente a esses propósitos, e não é claro por que a primeira pessoa do singular seria o regime ‘natural’ das representações sociais⁴. Por outro lado, o ‘sujeito coletivo’ é colocado como artifício teórico pelos proponentes do DSC; como um sujeito “aparentemente paradoxal, já que redigido na primeira pessoa do singular, mas reportando um pensamento coletivo, é, sociologicamente, possível”^{4,23}. A ideia de um ‘sujeito coletivo’ assim concebido foi estranha para os participantes da São Remo. Nas palavras de um deles: “*aqui não somos ‘eu’, aqui ‘é nós’*”. Por isso, na coprodução do DCA, não colocamos a exigência de usar a primeira pessoa do singular^{4,23}.

A situação pandêmica afetou os animais outros-que-humanos da comunidade São Remo, e isso foi mais um aspecto invisibilizado pelos discursos estereotipados com relação ao que são as favelas e ao que acontece nelas, frequentemente imaginadas como lugares onde residem somente humanos, principalmente criminosos^{9,24}. Os cuidados e os conflitos multiespécies marcaram as vivências na pandemia, e o DCA mostrou relações interespecíficas e vínculos afetivos que levam tanto à amplificação como ao amortecimento dos efeitos da emergência sanitária. Quem passa por dificuldades econômicas vê diminuídas as possibilidades de provimento de alimento e cuidados dependentes da aquisição de serviços e condições materiais para os seus animais. Em algumas ocasiões, a pressão psicológica e as violências sofridas pelos humanos são transferidas aos seus animais mediante comportamentos que os estressam e agridem. Por outro lado, o cuidado mútuo ajuda a mitigar a pressão psicológica e cria, pelo menos nos humanos, um senso de responsabilidade que propicia ações comunitárias. Embora não tenha sido comentado no DCA, houve iniciativas comunitárias de arrecadação de doações,

principalmente ração, para os cachorros e os gatos. A solidariedade e as ações voltadas ao bem comum foram mais-que-humanas.

A IAP busca o bem-viver dos coletivos mais marginalizados (o que se traduz na desconstrução da marginalização), e, na presente pesquisa, não se ignorou a configuração multiespécie do coletivo da São Remo. Os moradores que contribuíram com discursos e fotos para o DCA demonstraram empatia e solidariedade para com seus animais, e, nós, pesquisadoras acadêmicas, mobilizamo-nos para entender melhor e dar visibilidade à situação desses animais por meio do DCA, além de termo-nos engajado na arrecadação de alimentos para eles. Esses animais vivenciaram a pandemia e afetaram as vivências de quem falou sobre eles ou os fotografou. Assim, a participação dessas pessoas no DCA refletiu a participação dos seus animais na composição das vivências pandêmicas.

Os animais sinantrópicos também compuseram vivências pandêmicas, e, embora tenha surgido preocupação pelo bem-viver de alguns deles, como os gambás, a principal inquietação foi com os problemas decorrentes do contato com ratos, escorpiões e mosquitos. Contudo, cabe notar que os modos de vida urbanos condizentes com o bem-viver dos humanos e dos animais e plantas diretamente cuidados por eles também são relativamente benéficos para algumas das espécies sinantrópicas mais envolvidas em zoonoses e acidentes peçonhentos, pois se trata de situações ambientais menos favoráveis ao seu nascimento, e, assim, um número menor deles acaba sofrendo com a aplicação de métodos de eliminação para controle populacional. Entretanto, o que é melhoria ambiental em termos de limpeza e maior biodiversidade é, também, uma situação relativa, já que novas formas de relação entre espécies trazem consigo, também, novos tencionamentos. Assim, a promoção da saúde multiespécie é um processo situacional que também resulta na troca de uns problemas por outros, sendo a qualidade da troca algo fundamental.

Conclusões

O DCA, ideado a partir do diálogo entre saberes populares e acadêmicos, é uma ferramenta que auxilia na produção de conhecimentos, reflexões e posicionamentos afirmativos. Resulta de modo conveniente quando o conteúdo do discurso é uma expressão de vivências marginalizadas de quem não tem familiaridade com a produção textual, mas participa em processos comunitários e tem interesse em balizá-los com documentos de cunho afirmativo, informativo e reivindicativo. O DCA sobre as experiências pandêmicas na São Remo evidenciou situações que, embora, em termos gerais, sejam comuns às favelas, demandam respostas específicas para dar conta da configuração que assumem na São Remo. Reforçou que emergências sanitárias, como a covid-19, mesmo se tratando de uma doença de transmissão pandêmica apenas entre humanos, é um problema de saúde multiespécie.

Colaboradores

Baquero OS (0000-0003-2695-7946)* contribuiu para concepção da pesquisa, realização de entrevistas, revisão do DCA, e escrita e revisão do manuscrito. Faria JA (0000-0002-5821-2706)* contribuiu para concepção e orientação do fotovoz, organização do DCA, e escrita e revisão do manuscrito. Silva SCA (0000-0002-3560-1864)* contribuiu para concepção e orientação do fotovoz, organização do DCA, e escrita e revisão do manuscrito. Barrientos DMS (0000-0003-1562-0598)* contribuiu para concepção do fotovoz, revisão do DCA, e escrita e revisão do manuscrito. Germani ACCG (0000-0002-7409-915X)* contribuiu para concepção do fotovoz, revisão do DCA, e escrita e revisão do manuscrito. Santos GA (0000-0003-4408-2119)* contribuiu para escrita e revisão do manuscrito. ■

Referências

1. Cornwall A, Jewkes R. What is participatory research? *Soc Sci Med*. 1995;41(12):1667-76.
2. Furtado LAC, Chioro A, Nakano AK, et al. Caminhos metodológicos de pesquisa participativa que analisa vivências na pandemia de Covid-19 em populações vulneráveis. *Saúde debate*. 2020;44(esp 4):306-18.
3. Rappaport J. El cobarde no hace historia. Orlando Fals Borda y los inicios de la investigación-acción participativa. Bogotá, DC.: Editorial Universidade del Rosario; 2021.
4. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(20):517-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200017>
5. Strack RW, Orsini MM, Ewald DR. Revisiting the roots and aims of photovoice. *Health Promot Pract*. 2022;23(2):221-9.
6. Evans-Agnew RA, Rosemberg MAS, Boutain DM. Emancipatory photovoice research: a primer. *Health Promot Pract*. 2022;23(2):211-20.
7. Baquero OS. One health of peripheries: biopolitics, social determination, and field of praxis. *Frontiers in Public Health*. 2021;9:1-12.
8. Baquero OS, Benavidez Fernández MN, Acero Aguilar M. From modern planetary health to decolonial promotion of one health of peripheries. *Front Public Health*. 2021;9:1-11.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Malfrán YIM, Baquero OS. Problematizando as alteridades para uma compreensão feminista e decolonial da saúde única em periferias. *Saude soc.* 2023;32:e220301pt.
10. Wallace R, Liebman A, Chaves LF, et al. COVID-19 and circuits of capital. *Monthly Review* [Internet]. 2020 maio 1 [acesso em 2024 jan 20]. Disponível em: <https://monthlyreview.org/2020/05/01/covid-19-and-circuits-of-capital/>
11. Kirksey E. The emergence of COVID-19: a multispecies story. *Anthropology Now.* 2020;12(1):11-6.
12. Baquero O, Silva SCA, Faria JA. Ecologia da violência nas periferias urbanas em tempos de emergências sanitárias [Internet]. *SciELO Preprints.* 2024 [acesso em 2022 jul 14]. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/4219>
13. Silva ES, Peçanha É, Gonçalves DM. Censo vizinhança USP: características domiciliares e socioculturais do Jardim São Remo e Sem Terra. São Paulo: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo; 2021.
14. Grinover MM, Zuquim ML. Didáticas para análise urbana em área precária: um estudo na São Remo em São Paulo. *PosFAUUSP.* 2019;26(49):e150617.
15. Rodrigues R. Fechado pela Prefeitura de SP há mais de 1 ano, circo escola da favela São Remo sofre com depredação e ameaça de invasão. *G1* [Internet]. 2021 maio 30 [acesso em 2024 jul 29]. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/05/30/fechado-pela-prefeitura-de-sp-ha-mais-de-1-ano-circo-escola-da-favela-sao-remo-sofre-com-depredacao-e-ameaca-de-invasao.ghtml>
16. Baquero OS. Animais de companhia. In: Silva ES, Peçanha É, Gonçalves DM, editores. *Censo vizinhança USP: características domiciliares e socioculturais do Jardim São Remo e Sem Terra.* São Paulo: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo; 2021.
17. Baquero OS. Ambiente e animais sinantrópicos. In: Silva ES, Peçanha É, Gonçalves DM, editores. *Censo vizinhança USP: características domiciliares e socioculturais do Jardim São Remo e Sem Terra.* São Paulo: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo; 2021.
18. Catalani C, Minkler M. Photovoice: a review of the literature in health and public health. *Health Education and Behavior.* 2010;37(3):424-51.
19. Rede SUP. Saúde Única em Periferias [Internet]. São Paulo: USP; 2022 [acesso em 2024 jun 2]. Disponível em: www.saudeunicaemperiferias.com
20. Amorim JF, Silva SCA, Germani ACCG, et al. Vivências da pandemia na São Remo: um discurso coletivo [Internet]. São Paulo: Instituto de Estudos Avançados; 2021 [acesso em 2022 jun 2]. p. 26. Disponível em: <https://zenodo.org/record/5211531>
21. Stengers I. Uma outra ciência é possível. Manifesto por uma desaceleração das ciências. 1. ed. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo; 2023.
22. Petteway RJ. On epidemiology as racial-capitalist (re) colonization and epistemic violence. *Critical Public Health.* 2022;33(8):1-8.
23. Lefevre F, Lefevre AMC. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. *Texto Contexto – enferm.* 2014;23(2):502-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>
24. Baquero OS, Peçanha É. Comunidades e famílias multiespécies: aportes à Saúde Única em Periferias. São Paulo: Editora Amavisse; 2021.

Recebido em 18/03/2024

Aprovado em 21/09/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)

Editora responsável: Ana Maria Costa

Práticas educativas sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis à luz do pensamento complexo

Educational practices on Sexually Transmitted Infections in light of complex thinking

Fernanda Karla Metelski¹, Bruna Coelho^{2,3}, Betina Hörner Schlindwein Meirelles², Fernando Miguel de Sousa², Carine Vendruscolo¹, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello²

DOI: 10.1590/2358-289820251449290P

RESUMO A colaboração intersetorial para as práticas educativas em saúde no ambiente escolar é fortalecida pelo Programa Saúde na Escola. O objetivo deste estudo é compreender o desenvolvimento das práticas educativas sobre IST/HIV/aids realizadas nas escolas na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde, à luz do pensamento complexo. Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou a teoria fundamentada nos dados construtivista como método de análise. Foram realizadas entrevistas intensivas com 35 profissionais de saúde em dois grupos amostrais, audiogravadas, transcritas e analisadas, em três etapas de codificação: inicial, focalizada e teórica. A categoria central 'Revelando o desenvolvimento das práticas educativas em IST/HIV/aids no âmbito da escola' emerge de nove subcategorias que desenvolvem um diálogo com a obra 'Os sete saberes necessários à educação do futuro'. O tema IST/HIV/aids é considerado prioritário e um conhecimento pertinente para as práticas educativas, que requer considerar a complexidade do ser humano para compreender questões profundas, inerentes à condição humana, e que rompa com o paradigma da fragmentação dos saberes. As práticas educativas precisam superar os modelos de palestras, ser diversificadas e enfrentar os desafios e incertezas, evitando as cegueiras do conhecimento, ensinando compreensão e ética humanas, e aproximando jovens, professores e profissionais.

PALAVRAS-CHAVE Educação em saúde. HIV. Colaboração intersetorial. Promoção da saúde. Enfermagem.

ABSTRACT *Intersectoral collaboration for health educational practices in the school environment is strengthened by the School Health Program. The objective of this study is to understand the development of educational practices on STI/HIV/AIDS carried out in schools from the perspective of the multidisciplinary health team, in light of complex thinking. This is a qualitative study that used constructivist grounded theory as an analysis method. Intensive interviews were carried out with 35 health professionals in two sample groups, audio-recorded, transcribed and analyzed, in three stages of coding: initial, focused and theoretical. The central category 'Revealing the development of educational practices in STI/HIV/AIDS within the school' emerges from nine subcategories that develop a dialogue with the work 'The seven necessary knowledge for future education'. The STI/HIV/AIDS theme is considered a priority and pertinent knowledge for educational practices, which requires considering the complexity of the human being to understand profound issues inherent to the human condition, and which breaks the paradigm of fragmentation of knowledge. Educational practices need to go beyond lecture models, be diverse and face challenges and uncertainties, avoiding blindness in knowledge, teaching, understanding and human ethics, and bringing together young people, teachers and professionals.*

KEYWORDS *Health education. HIV. Intersectoral collaboration. Health promotion. Nursing.*

¹Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc) Oeste – Chapecó (SC), Brasil.
fernanda.metelski@gmail.com

²Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil.

³Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS) – Florianópolis (SC), Brasil.



Introdução

A escola constitui um espaço que promove o desenvolvimento do pensamento crítico e político, na medida em que se constroem valores, crenças, conceitos e maneiras de ver e enfrentar o mundo. A abordagem integrada da saúde e da educação, no contexto escolar, busca a construção compartilhada de saberes por meio das intervenções históricas, pessoais e coletivas, proporcionando o aprendizado¹. As escolas são reconhecidas como um contexto adequado para influenciar a saúde de crianças e adolescentes e consolidar ações de promoção à saúde para o enfrentamento de vulnerabilidades sociais, pois estão inseridas no contexto de vida, o que favorece as iniciativas voltadas à redução de riscos à saúde^{2,3}.

Nas décadas de 1980 e 1990, a Organização Mundial da Saúde divulgou a iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde, influenciando vários países⁴. No Brasil, o Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial da Saúde e da Educação, que foi instituída em 2007, sendo um ponto de encontro intersetorial entre escolas públicas e Atenção Primária à Saúde (APS). A APS fomenta práticas de prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e coletivos humanos, tendo como foco as medidas direcionadas à promoção da saúde nas escolas⁵⁻⁷.

As políticas intersetoriais de saúde e educação direcionadas a crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unificam para buscar essa oferta de maneira integral, ao promoverem o bem-estar e a melhora da qualidade de vida. Para tanto, envolvem estudantes e profissionais que atuam na escola, fortalecendo-os no que se refere a questões de saúde, sociais e educacionais^{4,5}.

O PSE colabora para uma formação integral dos estudantes, por meio do desenvolvimento de ações preventivas, de atenção e de promoção da saúde para o enfrentamento às vulnerabilidades. Estas, por sua vez, comprometem o desenvolvimento de crianças e jovens inseridos nas instituições públicas de ensino.

Com tais contornos, o PSE é considerado uma das políticas de maior evidência para a infância e a adolescência no Brasil^{1,5,8}.

Em âmbito internacional, o contexto e as necessidades socioculturais, econômicas e regionais têm sido valorizados para a avaliação da saúde dos adolescentes, sobretudo nos países em desenvolvimento. Contudo, também existem fragilidades na implementação das ações decorrentes da pouca atenção das autoridades em algumas conjunturas, assim como acesso a saúde, lazer e geração de renda, sendo essencial analisar os resultados dos programas e a sua viabilidade econômica para cessar iniquidades⁸.

Na contramão, o modelo preventivista, assistencialista e informativo, com foco em ações fragmentadas e individualizadas, mistura-se às diretrizes do PSE. As ações educativas tradicionais, embora muito difundidas na educação em saúde, encontram na promoção da saúde o reconhecimento da centralidade dos determinantes sociais para o processo saúde-doença, favorecendo a participação social, e respostas integrais e sustentáveis para os problemas. Soma-se a esses aspectos a prerrogativa de que as pesquisas que envolvem o PSE também precisam aproximar teoria e prática e fortalecer princípios como a integralidade e intersetorialidade⁹.

Nesse sentido, uma das preocupações e foco de ação do PSE tem sido a promoção da saúde de crianças e adolescentes, a partir da discussão e de práticas educativas sobre a saúde sexual e reprodutiva e prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/HIV/aids⁷. O ambiente escolar representa um importante espaço educativo para abordar temas relacionado à sexualidade, pois possibilita o desenvolvimento de habilidades que viabilizam escolhas conscientes e diminui a vulnerabilidade relacionada a IST/HIV/aids¹⁰.

Embora haja, atualmente, uma desaceleração do crescimento da população jovem, os adolescentes e jovens entre 10 e 24 anos de idade representam, em projeção, 21,7% da população brasileira¹¹. Esses correspondem

a um grupo populacional que requer novos modelos de promover a saúde, pois apresentam um ciclo de vida particularmente saudável e padecem por questões relacionadas a hábitos e comportamentos que, em determinadas circunstâncias, os vulnerabilizam^{11,12}. Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar apontou que 35,4% de escolares de 13 a 17 anos tiveram relação sexual alguma vez, e, destes, apenas 59,1% de um dos parceiros usaram preservativo na última relação sexual¹³.

Em 1999, a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco) solicitou ao filósofo Edgar Morin, nascido na França, em 1921, e um dos maiores expoentes da cultura francesa no século XX, a organização de um conjunto de reflexões que servisse como base para repensar a educação do século XXI, o que deu origem à obra ‘Os sete saberes necessários à educação do futuro’, a qual foi dividida em sete subtítulos: as cegueiras do conhecimento; o erro e a ilusão; os princípios do conhecimento pertinente; ensinar a condição humana; ensinar a identidade terrena; enfrentar as incertezas; ensinar a compreensão; e a ética do gênero humano¹⁴.

Morin publica um conjunto de obras acerca do pensamento complexo e propõe que a complexidade é o tecido de acontecimentos e ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem o nosso mundo fenomênico. Assim, o ser humano complexo admite a ordem, a desordem, a ambiguidade e a incerteza, compreendendo que somos produzidos e produzimos, somos o reflexo e refletimos a sociedade¹⁵.

Assim, optou-se neste estudo por relacionar o PSE com os pressupostos teóricos da obra ‘Os sete saberes necessários à educação do futuro’, de Edgar Morin, a qual faz uma revisão das práticas pedagógicas na atualidade. O autor situa a importância da educação na totalidade dos desafios e incertezas ao abordar temas fundamentais para a educação contemporânea, muitas vezes ignorados ou invisibilizados nos debates sobre a política da educação. Essa obra é dedicada, particularmente, aos educadores,

mas é acessível a todos aqueles que se interessam pela edificação de um futuro mais humano, solidário e marcado pela construção do conhecimento, com reflexos nos caminhos que se abrem a todos aqueles que pensam, fazem educação e preocupam-se com o futuro das crianças e adolescentes¹⁴.

Considerando essas asserções, questionou-se como as práticas educativas são desenvolvidas no âmbito escolar sob a perspectiva da equipe multiprofissional e na ótica do pensamento complexo. O objetivo deste estudo é compreender o desenvolvimento das práticas educativas sobre IST/HIV/aids realizadas nas escolas na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde, à luz do pensamento complexo, presentes na obra de Edgar Morin.

Material e métodos

Apresenta-se um estudo qualitativo que utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados na vertente Construtivista (TFDC) como referencial metodológico. Na TFDC, os dados são criados de modo conjunto, por participantes e pesquisadores, em meio a interação, buscando a compreensão dos significados acerca do fenômeno^{16,17}.

O estudo foi desenvolvido em um município considerado polo, no Oeste de Santa Catarina, estado da região Sul do Brasil, referência para mais de 200 municípios no que tange à saúde e à educação, e prioritário para a erradicação da aids. O estudo explora a categoria ‘Revelando o desenvolvimento das práticas educativas em IST/HIV/aids no âmbito da escola’, que trata de um desdobramento do projeto de pesquisa intitulado ‘Melhores práticas na gestão do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids na rede de atenção à saúde de um município do Oeste de Santa Catarina’. Para atender ao objetivo do presente estudo, a hipótese era que ‘as equipes multiprofissionais desenvolvem práticas educativas, predominantemente informativas, sobre IST/HIV aos estudantes das escolas, em parceria com os professores’.

Os participantes da pesquisa totalizaram 35 pessoas, sendo 24 profissionais e/ou gestores que atuam na APS, e 11 profissionais do Serviço de Atenção Especializada, constituindo, assim, dois grupos amostrais. Como critérios de inclusão, foram considerados os profissionais que atuavam há mais de seis meses no respectivo serviço, que se encontravam, no momento da coleta de dados, no desenvolvimento de algum tipo de prática relacionada ao HIV/aids. Como critérios de exclusão, optou-se por desconsiderar os profissionais afastados do serviço por qualquer motivo.

As entrevistas intensivas foram realizadas individualmente, entre os anos de 2020 e 2021. A fim de se instrumentalizar, a entrevistadora cursou uma disciplina sobre o referencial teórico-metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados. Utilizou-se na entrevista um roteiro semiestruturado, o qual foi discutido entre duas pesquisadoras e testado com o primeiro participante do estudo. Todas as entrevistas foram audiogravadas, e a transcrição foi enviada para cada participante por meio de e-mail ou aplicativo WhatsApp, e esses validaram e/ou sugeriram pequenas alterações.

Os dados foram analisados em três etapas: codificação inicial, focalizada e teórica¹⁶. Para tanto, utilizou-se o *software* Atlas.ti versão 9®, que auxiliou na organização dos dados. Memorandos e diagramas foram elaborados durante todo o estudo a fim de auxiliar no processo de análise dos dados. A saturação objetiva dos dados foi constatada a partir da técnica de fechamento¹⁸, sendo obtida na entrevista de número 16, contudo, a coleta de dados seguiu adiante devido ao objetivo principal do projeto de pesquisa. A categoria central apresentada neste estudo emerge com base em nove subcategorias e 65 códigos iniciais.

O delineamento das subcategorias, bem como a busca de uma compreensão profunda de seus significados, utiliza a perspectiva do pensamento complexo como referencial filosófico, tecendo um diálogo com a obra 'Os sete saberes necessários à educação do futuro'¹⁴, que é apresentado na discussão. Cada um dos

sete saberes foi organizado com o auxílio do editor de texto Microsoft Word®, registrando as principais ideias e conceitos. Finalmente, cada subcategoria foi examinada à luz de cada um dos saberes, verificando, reconhecendo e tecendo aproximações entre ambos.

Os aspectos éticos relacionados a pesquisa com seres humanos, preconizados nas Resoluções nº 466/2012¹⁹ e nº 510/2016²⁰ do Conselho Nacional de Saúde, foram respeitados, e a pesquisa foi aprovada sob o parecer consubstanciado nº 3.956.203/2020, junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 29839720.1.0000.0121. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e a confidencialidade da identidade e a privacidade foram garantidas por meio da atribuição de códigos com letras e números para as entrevistas.

Resultados

Dos 35 profissionais de saúde das equipes multiprofissionais que participaram do estudo, 24 atuam na APS, com idade compreendida entre 25 e 57 anos (M:37,4; DP±7,7), sendo a maioria do gênero feminino (n:23;95,8%), e enfermeiras (n:21;87,5%). Também houve a participação de uma auxiliar de enfermagem (4,2%), uma médica (4,2%) e uma cirurgiã-dentista (4,2%). O tempo de formação dos profissionais era, em média, de 13,4 anos (DP±6,6). Com relação à escolaridade, predominou a especialização (n:12;50%). O tempo médio de atuação no serviço atual foi de 8,7 anos (DP±6,4), e 16 (66,7%) enfermeiros atuavam como coordenadores do serviço.

O segundo grupo amostral foi constituído por 11 profissionais que atuam no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em HIV/aids, sendo a média de idade de 43,2 anos (DP±8,9), com predominância do gênero feminino (n:10;90,9%). A equipe multiprofissional que participou das entrevistas era formada

por: enfermeiros (n:3;27,3%), dois auxiliares de enfermagem (18,2%), dois técnicos de enfermagem (18,2%), uma médica (9,1%), uma assistente social (9,1%), uma farmacêutica (9,1%), e uma psicóloga (9,1%). O tempo de formação era, em média, de 17 anos (DP±9,0).

No quesito escolaridade, três (27,3%) participantes possuíam especialização. O tempo de atuação no serviço atual foi, em média, de 5,2 anos (DP±2,7).

A análise dos dados coletados durante as entrevistas está apresentada no *quadro 1*.

Quadro 1. Categoria e subcategorias relacionadas às práticas educativas em IST/HIV/aids

CATEGORIA CENTRAL: Revelando o desenvolvimento das práticas educativas em IST/HIV/aids no âmbito da escola

SUBCATEGORIAS

1. Abordando o tema IST/HIV/aids nas práticas educativas na escola
2. Relatando sobre as influências da pandemia nas práticas educativas
3. Considerando a temática IST/HIV/aids como prioritária
4. Observando a participação multiprofissional no Programa Saúde na Escola
5. Diversificando os métodos de trabalho com os adolescentes na escola
6. Observando medos e vulnerabilidades dos adolescentes com relação à infecção pelas IST/HIV/aids
7. Respeitando a diversidade entre os adolescentes
8. Despertando o interesse dos adolescentes para as práticas educativas sobre IST/HIV/aids
9. Utilizando estratégias de garantia para acesso aos adolescentes à Unidade Básica de Saúde

Fonte: elaboração própria.

O tema IST/HIV/aids é abordado nas práticas educativas realizadas nas escolas, especialmente naquelas vinculadas ao PSE, além de outros temas como a gravidez na adolescência, e projetos envolvendo saúde sexual, reprodutiva e planejamento de vida; e jovens multiplicadores, assim como projetos multiprofissionais para capacitação de professores. Apesar disso, a prevenção e os diferentes modos de contaminação das IST/HIV ainda precisam ser mais trabalhados no âmbito escolar e universitário, além da necessidade de obter meios para garantir a continuidade das ações. As práticas de promoção que eram realizadas naquele momento pelos profissionais de saúde nas escolas sofreram interferência e interrupções devido ao distanciamento social necessário durante a pandemia de *Coronavirus Disease* – 2019 (covid-19).

Na escola, [IST] é um tema que a educação sempre sugere. A gente faz essa abordagem no Programa

Saúde na Escola ou alguma situação pontual, e a escola sempre nos pede para desenvolver questões relacionadas a gravidez na adolescência, sexualidade, HIV/aids e outras infecções sexualmente transmissíveis. (GA1P24).

O público principal para as práticas educativas eram os adolescentes, pois eles estão iniciando a vida sexual, o que justifica a importância de falar sobre promoção e prevenção o mais cedo possível. Na internet, os adolescentes procuram outros tipos de informação. Ainda que procurem acerca da prevenção, não se pode garantir que acessarão informação qualificada, e isso não supre a necessidade de trabalhar temas como a prevenção e o uso do preservativo. O tema IST/HIV/aids não era considerado um tema obrigatório no PSE, mas poderia ser incluído nos currículos escolares, assim como gravidez e drogas, para serem considerados uma prioridade antes que mais adolescentes sejam contaminados com as IST/HIV.

'Ah, não é falta de informação! [Isso] todo mundo tem!' Mas a gente tem que bater muito na mesma tecla, a gente sabe disso. E a informação é isso. Não adianta achar que as pessoas que têm acesso a internet têm a informação. Eles não vão procurar. A informação que o jovem procura é outra. (GA2P1).

A participação multiprofissional e interdisciplinar no PSE encontrava na figura dos enfermeiros e médicos os profissionais que mais trabalham o tema IST/HIV/aids. A equipe multiprofissional de apoio às equipes de saúde, anteriormente denominada Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), desenvolvia os temas de acordo com a sua área de conhecimento. Os profissionais se preocupavam em ser mais efetivos nas práticas com os jovens, e, para tanto, eles buscavam respostas por meio do diálogo com os professores. Acreditava-se que o professor era quem tinha mais facilidade de aproximação com os adolescentes, estabelecendo o vínculo com o serviço de saúde e/ou a busca dos profissionais de saúde como referência para a solução das demandas em saúde desses jovens.

E com o professor, muitas vezes, esse aluno tinha mais facilidade de diálogo, de abertura de uma conversa acerca de sexualidade e todas essas questões mais envolvidas com esse tema. Eles procuravam mais o professor. Porém, o professor, muitas vezes, não tinha aquele conhecimento apropriado e ele acabava direcionando esse aluno de forma sigilosa para a Unidade de Saúde. (GA1P3).

Os profissionais diversificavam os métodos utilizados nas práticas educativas. Inicialmente, havia profissionais que demonstravam para perceber que as palestras não despertavam adequadamente o interesse dos adolescentes, e eles constataavam ser preciso trabalhar com dinâmicas, gincanas, rodas de conversa e debates, o que se mostrou mais efetivo para estimular a participação dos jovens. Além do mais, as oficinas e caixinhas para realização de perguntas de forma anônima promovia a participação e ampliava

os questionamentos sobre diversos assuntos. Outro trabalho mencionado foram os grupos com adolescentes desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os profissionais afirmaram que é preciso refletir sobre diferentes formas para trabalhar a promoção e a prevenção, e esse esforço, em muitos casos, resultava em uma resposta positiva dos adolescentes.

A gente teve retorno dos próprios adolescentes nos procurando na Unidade de Saúde porque a gente se disponibilizou. Então, os alunos nos procuravam: 'Ah! Você é enfermeira, aquela que trabalhou com a gente, então queria que tu me ajudasses'. (GA1P3).

Os medos e as vulnerabilidades dos adolescentes com relação à infecção pelas IST/HIV estão presentes nas falas dos profissionais por diferentes motivos, como a existência de muitos jovens vivendo com HIV. Ainda que a escola considere os temas sexualidade e IST/HIV/aids como difíceis de trabalhar, acredita-se que é preciso desenvolver mais práticas de promoção, prevenção e educação sexual, pois os jovens receiam uma gravidez indesejada, mas não têm medo de contrair uma IST e não usam preservativo nas relações sexuais, como é recomendado.

Durante as práticas educativas na escola, observa-se que, quando um preservativo era levado pelos profissionais de saúde, as meninas tinham receio de pegar. As práticas educativas são pouco compreendidas por alguns pais, e os adolescentes nem sempre recebem orientações em casa. As mídias também possuem um papel importante na prevenção, mas pouco abordam temas como IST/HIV/aids, e, quando abordam, é preciso estar atento para a confiabilidade da informação.

As ações que a gente faz na escola também são ações de prevenção bem bacanas, porque é um público que está iniciando a vida sexual. Os adolescentes, agora quase crianças, inclusive, muitas vezes não têm essa orientação dentro de casa. O pai e a mãe têm receio devido à idade ou à falta de conhecimento mesmo, [especialmente em]

populações mais carentes... O único local que as crianças têm é a escola, e às vezes, nem sempre o professor é capacitado para abordar esse tipo de assunto com o aluno. Então, a gente entra! A parceria que a escola faz com a saúde é uma parceria bem bacana, mas está bem atrasada ultimamente, bem, bem crítico isso! (GA1P19).

O respeito à diversidade e a questões culturais para com os adolescentes foi observado nas atitudes profissionais, como: conversar sobre IST/HIV/aids e uso do preservativo separando meninos e meninas, para evitar constrangimentos; observar e desenvolver um olhar atento, diálogo aberto e franco, que promova autoconfiança e empoderamento das meninas, sem que elas se sintam envergonhadas na frente dos meninos, e que estes, por sua vez, entendam a importância de respeitar as opiniões e decisões das meninas.

Outro aspecto a ser considerado são as conotações presentes nas falas dos profissionais que realizam as práticas educativas com os adolescentes, as quais apresentam indícios religiosos ou de valores que influenciam a forma como a educação em saúde é realizada e as orientações que são oferecidas.

Com as meninas, realmente poder ter uma conversa sobre empoderamento feminino, assim, sabe, de poder dizer para elas: 'Olha, tu não sabes se tu vais casar com o teu primeiro namoradinho da escola... Ahm, você ter a primeira relação sexual com ele com 12, 13 anos não vai segurar ele com você para sempre'. Porque eu vejo que são muitas inseguranças das meninas nessa faixa etária, que elas acham assim: 'Ai, às vezes se eu perder a virgindade com ele, ele vai gostar de mim'. E aí não é bem assim! Então, geralmente, eu faço uma conversa em separado com as meninas para poder ter essa conversa bem franca assim, e para que elas não se sintam envergonhadas de ouvirem isso na frente dos meninos. (GA1P23).

Os adolescentes contavam com algum conhecimento sobre IST/HIV/aids e, por isso, as práticas educativas necessitam focar, também,

em temas que despertam o seu interesse, como as transformações no corpo, métodos anticoncepcionais e em utilizar materiais, como a prótese peniana, para demonstrar o uso do preservativo.

Outro aspecto importante é o acesso dos adolescentes à APS, que é um dos desdobramentos das práticas educativas nas escolas. Esse jovem precisa ser atendido quando chega à UBS, especialmente porque a faixa etária da adolescência geralmente é uma lacuna de idade para o acompanhamento na APS. Iniciativas como entregar um cartão verde na escola para direcionar o atendimento do aluno para a enfermeira ou para a psicóloga contribuem para que o adolescente receba atendimento oportuno, sempre que ele sentir a necessidade.

Tão logo esse adolescente chegava na Unidade Básica, a moça da recepção já estava ciente, me chamava [a enfermeira] ou chamava o psicólogo, para que, de forma conjunta, naquele momento ou em momento agendado [o atendimento fosse realizado]. Geralmente, a gente conversava naquele momento porque, talvez, se perdesse esse adolescente, se a gente solicitasse para ele retornar em outro momento, ele não voltaria. Então, a gente procurava atender ele no momento realmente da chegada, e esclarecer todas as dúvidas. Muitas vezes, eram dúvidas somente, ou fazíamos algum encaminhamento: 'Ah, introdução do método contraceptivo!'... a gente já conversava com o médico também, e o médico já fazia parte daquela conversa. (GA1P3).

Discussão

As temáticas sexualidade e educação sexual na escola requerem discussões e implementação de dispositivos, sobretudo documentos legais que reconheçam e valorizem os direitos sexuais e reprodutivos, a prevenção ao abuso sexual e à gravidez indesejada. Em 2017, o tema sexualidade foi limitado à reprodução e a IST na Base Nacional Comum Curricular²¹.

No âmbito do PSE, ainda que IST/HIV/aids não tenha sido apontado como um tema prioritário, inicialmente, este estudo revela que professores e profissionais de saúde assim o consideram e o desenvolvem. A educação do futuro requer incluir o ‘Conhecimento Pertinente’ nos debates escolares, ao promover um conhecimento capaz de apreender questões globais e fundamentais, contextualizando conhecimentos parciais e locais, superando a fragmentação e a simplificação de um processo de formação complexo^{4,14}.

O PSE ressalta a inclusão de temas relacionados à saúde nos projetos político-pedagógicos, como alimentação, visão, audição e práticas corporais, que promovam o protagonismo dos educandos, incentivem o autocuidado e despertem o interesse acerca de sua própria condição de saúde e riscos¹. Entre as ações desenvolvidas pelo PSE, existe uma concentração em reuniões para matriciamento, encaminhamentos, saúde bucal e ocular, e situação vacinal. Soma-se a isso o excesso de trabalho, a carência de formação contínua e o pouco conhecimento sobre a Política²².

O tema IST/HIV/aids é considerado prioritário para os profissionais de saúde que desenvolvem práticas educativas com os adolescentes junto às escolas. Contudo, o advento da pandemia de covid-19 trouxe repercussões negativas para essas práticas, devido ao distanciamento social que se fez necessário naquele período. Desse modo, é preciso considerar que a condição humana apresenta desafios que convidam a questionar a nossa posição no mundo.

A vida requer conhecimentos pertinentes, que não sejam mutilados nem mutilantes, capazes de situar um acontecimento em seu contexto complexo¹⁵. No contexto em estudo, é na adolescência que os relacionamentos e a sexualidade afloram, então, os conhecimentos acerca da prevenção e da transmissão de IST/HIV são pertinentes. Para além disso, não importa a quantidade das informações, mas a sua qualidade e dinamicidade.

Trabalhar temas relacionados a IST requer considerar a complexidade do ser humano para compreender questões profundas, as quais interferem nos resultados de uma ação educativa. Todo desenvolvimento humano é resultado do fomento à autonomia individual, às participações comunitárias e a sentir-se pertencente à espécie humana. Desse modo, é preciso compreender a unidade do ser humano na diversidade¹⁴.

Para ‘Ensinar a Condição Humana’, é preciso compreender que o ser humano, ao mesmo tempo, é físico, biológico, psíquico, cultural, social e histórico. Essa unidade complexa da natureza humana é totalmente fragmentada na educação, que divide o conhecimento em disciplinas, tornando-se impossível aprender o que significa ‘ser humano’. É preciso que cada um tome conhecimento e consciência de sua identidade complexa e da identidade comum a todos os outros humanos¹⁴.

Ademais, os estudantes carecem de ser preparados para as práticas educativas, e não apenas comunicados, por meio de um contexto interdisciplinar, agregando sentido e relação com os interesses e o momento pedagógico¹. A interdisciplinaridade busca relacionar os saberes que a hiperespecialização das ciências fragmentou, resultando em um pensar separadamente, o qual dificulta estabelecer uma relação entre os conhecimentos²³.

A complexidade parte de uma concepção do mundo fenomênico, em que os sujeitos devem ser entendidos como seres inacabados, em permanente construção, ao longo de toda a vida. Esses seres biológicos e culturais buscam ampliar o pensamento sobre o mundo e sobre a vida, rompendo com o paradigma da fragmentação dos saberes humanos, científicos e tecnológicos²⁴.

O PSE promove a inserção e a atuação da equipe multiprofissional de saúde no ambiente escolar, levando conhecimento para jovens e capacitando professores para trabalhar temas como o IST/HIV/aids. Para tanto, os métodos de trabalho com os jovens precisam ser diversificados, cedendo espaço para a revisão de

práticas pedagógicas e para o diálogo aberto entre jovens, profissionais de saúde e professores¹. Além disso, o PSE pode constituir importante espaço de formação em saúde e educação para estágio multiprofissional, viabilizando o desenvolvimento de experiências inovadoras com abordagens complexas e direcionadas para a coletividade⁹. A integração entre os profissionais de saúde e de educação em capacitações, análise e construção de necessidades em busca da resolubilidade no contexto educacional possibilita o compartilhamento das atribuições em quaisquer temáticas propostas pelo PSE, em que todos os saberes são considerados⁴.

A revisão de práticas pedagógicas é imprescindível, pois é preciso situar a importância da educação na totalidade dos desafios e incertezas dos últimos tempos, abordando temas fundamentais para a educação contemporânea, muitas vezes, ignorados ou deixados à margem dos debates sobre a política educacional¹⁴. A partir da revisão das práticas pedagógicas atuais, considera-se a necessidade de situar a importância da educação na totalidade dos desafios e incertezas da atualidade. A educação integral aglutina os pensamentos propostos na teoria da complexidade, no que ressoa a reforma do pensamento por meio da educação²⁵.

A revisão de práticas pedagógicas e a diversificação de métodos de ensino-aprendizagem podem contribuir para a construção de um conhecimento contextualizado. Ainda, é preciso considerar as ‘Cegueiras do Conhecimento’, ou seja, a educação que transmite conhecimentos é cega ao conhecimento do que é humano, seus dispositivos, enfermidades, dificuldades, tendências ao erro e à ilusão. Para a desconstrução desse paradigma, é necessário introduzir e desenvolver na educação estudos das características cerebrais, mentais, culturais, dos conhecimentos humanos, de seus processos e modalidades, das disposições tanto psíquicas quanto culturais que o conduzem ao erro ou à ilusão¹⁴.

Desse modo, faz-se necessário ‘Ensinar a Compreensão’, pois esta é, a um só tempo, meio

e fim da comunicação humana. Considerando a importância da educação para a compreensão, em todos os níveis educativos e em todas as idades, o desenvolvimento da compreensão pede reforma das mentalidades. A compreensão recíproca entre seres humanos é vital para que as relações humanas se libertem de seu estado bárbaro de incompreensão¹⁴.

No presente estudo, os profissionais observam que, muitas vezes, os jovens têm medo da gravidez indesejada, mas não têm medo de contrair uma IST/HIV, o que transforma em um desafio conseguir fazê-los compreender as situações de vulnerabilidade em que se colocam quando consentem uma relação sexual desprotegida. Essa situação instiga a reflexão e o questionamento acerca da forma em que se dá a valorização da temática e as possibilidades de rever essa lógica.

As ciências possibilitaram que muitas certezas fossem adquiridas, mas, ao mesmo tempo, revelam que é preciso ‘Enfrentar as Incertezas’. A educação deve abranger o ensino das incertezas que têm origem nas múltiplas faces da ciência, ensinando princípios de estratégia que permitam enfrentar os imprevistos, o inesperado e modificar seu desenvolvimento por meio das informações adquiridas ao longo do tempo²⁶.

A educação pode ser facilitada ou dificultada a partir de valores dos educadores em saúde. A educação se dá em meio às relações sociais, ações, valores e a como as pessoas lidam umas com as outras²⁷. Ainda, faz-se necessário considerar que essas relações vão além do ambiente escolar e dos serviços de saúde, na medida em que podem ser mediadas pelas mídias, especialmente as digitais na atualidade, e que podem fornecer informações incorretas.

A dificuldade de compreender o mundo reside na dificuldade de pensar, que atrofiou, ao invés de desenvolver, a aptidão para contextualizar e pensar a globalidade da ‘Identidade Terrena’, a relação todo-partes, sua multidimensionalidade e complexidade. Isso requer a reforma do pensamento e a compreensão de uma noção mais complexa do desenvolvimento

na era planetária, envolvendo as dimensões intelectual, afetiva e moral, e a sabedoria de viver junto. A educação está no cerne dessa questão porque possibilita a abertura da mente para receber o novo¹⁴.

O respeito à diversidade entre os adolescentes promove a aproximação e o diálogo sincero, desenvolvendo a autoconfiança e o respeito às diferentes opiniões e decisões entre os jovens, que afetam a sua própria vida. Assim, é preciso aprender e ensinar a 'Ética do Gênero Humano', a qual traz a concepção de que a educação deve conduzir à 'antropo-ética', levando em conta o caráter ternário da condição humana, que é ser, ao mesmo tempo, indivíduo/sociedade/espécie. Todo o desenvolvimento verdadeiramente humano deve compreender a ampliação conjunta das autonomias individuais, das participações comunitárias e da consciência de pertencer à espécie humana¹⁴, imprescindível quando se objetiva a educação para a prevenção das IST/HIV/aids.

Entre os desdobramentos esperados com as práticas educativas nas escolas estão o desejo de despertar o interesse dos jovens para o autocuidado, como relações sexuais protegidas quando os jovens tiverem uma vida sexual ativa, e criar estratégias que facilitem o seu acesso às UBS, sempre que precisarem de um atendimento ou informação. A iniciativa exitosa denominada *Adolescent Friendly Health Services* tem sido reforçada pela Organização Mundial da Saúde, e tem como objetivo que os serviços de saúde acolham os adolescentes adequadamente, ofereçam ações de acordo com as necessidades desse público e desenvolvam um trabalho compartilhado entre o espaço da saúde e o espaço escolar⁸.

As escolas tornam-se lugares privilegiados para a promoção da saúde, pelo seu potencial para a formação de indivíduos autônomos e críticos, com capacidade de realizar reflexões acerca dos problemas sociais e propor mudanças. Isso fortalece o enfrentamento das vulnerabilidades no campo da saúde, as quais podem comprometer o desenvolvimento

escolar^{4,26}. Nesse contexto, os profissionais de saúde desempenham papel catalisador para o desenvolvimento de mudanças estruturais, pois têm a oportunidade de participar de reformas e inovações para a promoção da saúde das crianças e dos adolescentes².

O desafio para a educação do futuro é preparar todos para uma mudança de pensamento, estruturação de ensino de forma que a dialógica do educador se aproxime do educando, e que juntos promovam a educação emancipadora permitindo-se refletir acerca da educação diferenciada e voltada para o futuro. Assim, pontua-se a necessidade de novas reflexões e modelos para a educação do futuro, atrelados ao processo de construção do conhecimento e ensino nas escolas¹⁴.

O enfrentamento das incertezas deve ser incluído, assim como o ensino da identidade terrena, sua complexidade e a necessidade de uma reforma no pensamento, que seja capaz de integrar, unir e religar. Para que a diversidade seja respeitada, é necessário ensinar a ética do gênero humano, pois permite a compreensão de que somos, ao mesmo tempo, indivíduo, sociedade e espécie, o que pressupõe o desenvolvimento conjunto.

Considerações finais

As práticas educativas em IST/HIV/aids no âmbito escolar, sob a perspectiva da equipe multiprofissional e na ótica do pensamento complexo, são desenvolvidas por meio da inclusão e priorização do tema IST/HIV/aids no PSE, tanto no trabalho com os adolescentes quando nas capacitações para professores. Esse tema pode ser considerado atemporal e pertinente para a adolescência, e, ao mesmo tempo, intrínseco à condição humana em múltiplas dimensões: física, biológica, psíquica, cultural, social e histórica.

Os profissionais reconhecem a importância e manifestam sua preocupação com a temática, todavia, encontram alguns obstáculos para desenvolver essas práticas, sobretudo com

relação à abordagem com os adolescentes, pela diversidade própria da idade e pelas tendências culturais, e à necessidade de metodologias diversificadas. O apoio dos professores emerge como uma estratégia eficiente para tal abordagem. Contudo, há uma tendência de alguns profissionais de utilizar a ‘palestra’, ainda que há tempos se discuta a falta de efetividade de tal metodologia, sobretudo com jovens. Isso requer a busca da superação das cegueiras do conhecimento e a revisão urgente do modo como as práticas educativas em IST/HIV/aids são desenvolvidas.

É imperativo mudar as práticas e trabalhar com métodos que permitam a interação e o diálogo, considerem os medos e as vulnerabilidades dos adolescentes, respeitem a diversidade e a ética do gênero humano. As práticas precisam lidar com questões culturais, que, por vezes, distanciam os jovens das pessoas que mais poderiam esclarecê-los, como os pais e professores, os quais também carecem de capacitação. O vínculo e o acesso dos adolescentes aos serviços e à saúde, sempre que eles quiserem ou houver alguma necessidade, também devem ser fortalecidos.

As condutas adotadas por familiares e educadores refletem e são reflexos de compreensões muitas vezes limitadas ou equivocadas, de uma sociedade que, em muitos casos, ainda lida com os temas sexualidade, sexo, IST/HIV/aids a partir de tabus, preconceito e discriminação, questões que urgem ser compreendidas. Essa falta de compreensão pode levar ao descaso

com relação ao cuidado de si e ao cuidado do outro, à não adoção de medidas de prevenção para o sexo seguro, e, portanto, as incertezas acerca das práticas educativas precisam ser enfrentadas.

O desafio para o futuro, mas também para o presente, requer uma mudança de pensamento e reflexões sobre novos modelos que ultrapassem as inserções e interações pontuais entre profissionais, educadores e jovens, abarcando, também, a família e o seu contexto de vida, indo além dos espaços de sala de aula.

Colaboradores

Metelski FK (0000-0001-7833-0438)*, Coelho B (0000-0003-4834-3312)* e Meirelles BHS (0000-0003-1940-1608)* contribuíram igualmente para concepção e desenho da obra; aquisição, análise e interpretação de dados para o trabalho; elaboração do trabalho e revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual importante; e aprovação final da versão a ser publicada. Sousa FM (0000-0001-6761-5526)* contribuiu para a concepção e desenho da obra; aquisição, análise e interpretação de dados para o trabalho; e aprovação final da versão a ser publicada. Vendruscolo C (0000-0002-5163-4789)* e Mello ALSF (0000-0001-9591-7361)* contribuíram igualmente para elaboração do trabalho; revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual importante; e aprovação final da versão a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Caderno do gestor do PSE [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2024 jan 31]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf
2. Jourdan D, Gray NJ, Barry MM, et al. Supporting every school to become a foundation for healthy lives. *Lancet Child Adolesc Health*. 2021;5(4):295-303. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30316-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30316-3)
3. Bastos PO, Cavalcante ASP, Pereira WMG, et al. Health promoting school interventions in latin america: a systematic review protocol on the dimensions of the RE-AIM Framework. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):5558. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155558>
4. Medeiros ER, Feijão AR, Pinto ESG, et al. Professional qualification in the School Health Program from the perspective of Complexity Theory. *Esc Anna Nery*. 2019;23(3):e20190035. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0035>
5. Presidência da República (BR). Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2007 dez 6 [acesso em 2024 jan 31]; Edição 234; Seção 1:2-3. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm
6. Ministério da Saúde (BR). 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) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 22 set 2017 [acesso em 2024 jan 31]; Edição 183; Seção 1:68-75. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
7. Ministério da Saúde (BR). Caderno do gestor do PSE [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2024 jan 31]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjEyMA==>
8. Silva AA, Gubert FA, Barbosa Filho VC, et al. Health promotion actions in the School Health Program in Ceará: nursing contributions. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(1):e20190769. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0769>
9. Lopes IE, Nogueira JAD, Rocha DG. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. *Saúde debate*. 2018;42(118):773-89. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811819>
10. Petry S, Padilha MI, Kuhnen AE, et al. Knowledge of nursing student on the prevention of sexually transmitted infections. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(5):1145-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0801>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da população. Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060. 2022 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE. [acesso em 2024 jan 29]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [Internet]. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2024 jan 31]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica_2ed.pdf
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [acesso em 2024 jan 29]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?edicao=17050&t=downloads>
14. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2. ed. São Paulo: Cortez; UNESCO; 2011.

15. Morin E. Ensinar a viver: manifesto para mudar a educação. Porto Alegre: Sulina; 2015.
16. Charmaz K. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. Traduzido por Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
17. Metelski FK, Santos JLG, Cechinel-Peiter C, et al. Constructivist Grounded Theory: characteristics and operational aspects for nursing research. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03776. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020051103776>
18. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):389-94. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>
19. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção 1:59.
20. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2016 maio 24; Seção 1:44.
21. Barbosa LU, Viçosa CSCL, Folmer V. A educação sexual nos documentos das políticas de educação e suas ressignificações. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2019;11(10):e772. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e772.2019>
22. Baroni JG, Silva CCB. Percepção de profissionais da saúde e da educação sobre o Programa Saúde na Escola. *Saúde debate*. 2022;46(esp3):103-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E307>
23. Alves EA, Bianchi C. O pensamento complexo de Edgar Morin e a religação dos saberes. *Pont Virg*. 2021;(29):80-96. DOI: <https://doi.org/10.23925/1982-4807.2021i29p80-96>
24. Cabral EFL, Carneiro KB, Carneiro TKG. O pensamento Complexo de Edgar Morin e suas contribuições ao campo da educação: uma análise da prática desenvolvida na Escola da Ponte à luz da Teoria da Complexidade. *Olhares Trilhas*. 2021;23(3):1128-42. DOI: <https://doi.org/10.14393/OT2021v23.n.3.60816>
25. Ribeiro DCR, Moreira WW. Edgar Morin e a educação integral: subsídios para essa associação. *Rev Bras Polít Adm Educ*. 2020;3(36):970-89. DOI: <https://doi.org/10.21573/vol36n32020.104868>
26. Ribeiro V, Cândido VC. Contribuições de Edgar Morin para uma educação transdisciplinar em saúde. *Poliética. Rev Ética e Filosof Polít*. 2021;9(2):265-87. DOI: <https://doi.org/10.23925/politica.v9i2.56851>
27. Souza AP, Milani DRC, Ribeiro PRM. A educação sexual e o papel do educador: reflexões a partir de um contexto social em transformação. *Dialogia*. 2020;34:95-106. DOI: <https://doi.org/10.5585/Dialogia.N34.16635>

Recebido em 14/02/2024

Aprovado em 26/09/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Programa Uniedu/Fumdes Pós-Graduação.

Proex Capes

Editora responsável: Ingrid D'avilla Freire Pereira

Protocolo de encaminhamento de pacientes com câncer de colo de útero para o cuidado paliativo

Protocol for referring patients with cervical cancer to palliative care

Renata Freitas¹, Daniel de Souza Fernandes¹, Flávia Sant'Anna de Sá Carvalho Bolivar¹, Lívia Costa de Oliveira¹, Gabriela Villaça Chaves¹

DOI: 10.1590/2358-289820251449408P

DSERESUMO Pacientes com câncer de colo de útero avançado requerem recursos de saúde para gerenciar sintomas, incluindo cuidados paliativos. O objetivo desta pesquisa foi desenvolver, validar e avaliar um protocolo para o cuidado paliativo precoce e/ou oportuno para esses pacientes. O estudo ocorreu em três etapas: 1) Um Comitê de especialistas elaborou o protocolo inicial com base em literatura relevante e experiência clínica; 2) O protocolo foi validado por um Consenso de especialistas usando o método Delphi; 3) A aplicabilidade foi avaliada retrospectivamente em mulheres com câncer de colo do útero nos estágios III e IV. Participaram 21 especialistas, e o protocolo passou por 3 etapas de validação. Ao final, 16 critérios clínicos foram considerados relevantes, identificando 25,9% para cuidados paliativos precoces e 57,7% para oportunos, entre 189 pacientes. Entre os óbitos sem encaminhamento para cuidados paliativos, 58,8% tinham critérios para o encaminhamento oportuno e 26,3% para o precoce. Conclui-se que o protocolo desenvolvido e validado é útil para o encaminhamento precoce e/ou oportuno de pacientes com câncer de colo de útero avançado para cuidados paliativos.

PALAVRAS-CHAVE Neoplasias do colo do útero. Cuidados paliativos. Técnica Delphi.

ABSTRACT *Patients with advanced cervical cancer require healthcare resources to manage symptoms, including palliative care. The aim of this research was to develop, validate and assess a protocol for early and/or timely palliative care for these patients. The study occurred in three phases: 1) A committee of experts developed the initial protocol based on relevant literature and clinical experience; 2) The protocol was validated by a Consensus of medical experts using the Delphi method; 3) Applicability was retrospectively evaluated in women with stage III and IV cervical cancer. Twenty-one specialists participated, and the protocol underwent three validation stages. In the end, 16 clinical criteria were deemed relevant, identifying 25.9% for early palliative care and 57.7% for timely care, among 189 patients. Among those who died without palliative care referral, 58.8% met criteria for timely referral and 26.3% for early referral. It is concluded that the developed and validated protocol is useful for early and/or timely referral of patients with advanced cervical cancer to palliative care.*

KEYWORDS *Uterine cervical neoplasms. Palliative care. Delphi Technique.*

¹Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
lillycostaoliveira@gmail.com



Introdução

A cada ano, mais de 40 milhões de pessoas (incluindo familiares e cuidadores) em todo o mundo demandam cuidado paliativo. Entretanto, apenas 14% delas o recebem de fato¹. No contexto dos pacientes com câncer, além de diversos fatores, como, por exemplo, a escassa oferta de serviços especializados, outro fator responsável pelo acesso desigual a esse tipo de cuidado é a detecção variável de pacientes elegíveis para o encaminhamento por parte dos oncologistas^{2,3}. Como resultado, o encaminhamento pode ocorrer tardiamente ou nunca ocorrer, mesmo em centros especializados e com disponibilidade de acesso a equipes capacitadas³.

Resultados de um estudo recente, baseado na percepção do oncologista, demonstraram que as dificuldades no encaminhamento de pacientes com câncer para o cuidado paliativo estão relacionadas ao próprio profissional, a expectativas dos pacientes ou familiares, obstinação terapêutica e características institucionais. E, entre as principais estratégias citadas pelos oncologistas como facilitadoras dessa deliberação estava a possibilidade de utilização de um protocolo de encaminhamento para embasar tecnicamente a tomada de decisão³.

O tempo e o processo de encaminhamento para o cuidado paliativo podem variar amplamente, o que ressalta a necessidade de definir critérios padronizados que possam contribuir para julgamentos clínicos mais apropriados^{4,5}. O momento ideal para encaminhamento de pacientes com câncer aos cuidados paliativos tem sido alvo de diversos estudos e publicações científicas. Alguns estudos descrevem as estratégias adotadas, e alguns já relatam resultados alcançados⁶⁻⁸.

Hui et al.⁹ retrataram a necessidade da personalização da oferta de cuidado paliativo conforme a capacidade e disponibilidade de recursos de cada instituição. Assim, denominam e diferenciam o cuidado paliativo em precoce e/ou oportuno, sendo o primeiro uma oferta

baseada na trajetória da doença, e o segundo, um cuidado personalizado de acordo com as necessidades dos pacientes e a capacidade instalada das instituições, proporcionando o uso mais racional dos recursos, minimizando a exposição de pacientes que podem ser menos beneficiáveis e maximizando o impacto sobre aqueles que recebem a intervenção.

Nesse contexto, destaca-se o câncer do colo do útero, que, com aproximadamente 600 mil casos novos por ano no mundo, é o quarto tipo mais comum entre as mulheres, responsável por 341 mil óbitos por ano¹⁰. O número de casos novos de câncer do colo do útero esperados para o Brasil, para cada ano do triênio 2023-2025, será de 17.010, com um risco estimado de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres. Assim, configura-se como a terceira localização primária de incidência e a quarta de mortalidade por câncer em mulheres, sem considerar tumores de pele não melanoma¹¹. Ademais, no Brasil, os diagnósticos desse tipo de câncer em estágio IV têm apresentado tendência crescente¹².

Pacientes com câncer de colo de útero avançado necessitam de recursos em saúde que promovam o manejo adequado dos seus sintomas, incluindo cuidados paliativos. Nesse contexto, a elaboração de um protocolo voltado para esse grupo poderia servir como mola propulsora para o encaminhamento para o cuidado paliativo precoce e/ou oportuno e, desse modo, corroborar para que as características/demandas relevantes dessa população sejam mais bem manejadas. Assim, o objetivo dessa proposta foi elaborar, validar e avaliar a aplicabilidade de um protocolo de encaminhamento de pacientes com câncer de colo de útero avançado para o cuidado paliativo precoce e/ou oportuno em uma instituição de referência nacional para tratamento do câncer.

Material e métodos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAAE

52565921.3.0000.52 / número do parecer 5.189.483) e desenvolvida em três fases.

1ª fase: Realizada no período de fevereiro a setembro de 2022, visando à elaboração da versão inicial do protocolo. Para isso, foi criado um Comitê de especialistas composto por cinco profissionais atuantes há, pelo menos, 13 anos em gestão, assistência, ensino e/ou pesquisa em uma instituição de tratamento oncológico de referência no Brasil, sendo: dois na área de cuidados paliativos (médico e nutricionista) e três na área de tratamento de pacientes com câncer de colo de útero (médico oncologista, cirurgião oncológico e nutricionista).

A versão inicial do protocolo foi elaborada com base em publicações relevantes sobre a temática e na experiência profissional do Comitê de especialistas acerca das demandas clínicas mais frequentemente observadas em mulheres com câncer de colo do útero avançado, em estádios III e IV. A principal referência utilizada foi o Consenso Internacional dos critérios de encaminhamento de pacientes com câncer avançado em hospitais de média e alta complexidade para atendimento ambulatorial em cuidados paliativos⁴.

2ª fase: Em seguida, procedeu-se à validação de conteúdo do protocolo, por meio de um Consenso de especialistas da área médica, utilizando o método Delphi clássico¹³. Para compor uma amostra intencional não probabilística¹⁴, levando em consideração o interesse e o envolvimento com a questão a ser examinada¹⁵, foram identificados e convidados para participar dessa fase todos os oncologistas clínicos (n=9) e cirurgiões (n=13) diretamente envolvidos com a assistência às pacientes com câncer de colo de útero acompanhadas na instituição. Conforme rotina institucional, esses profissionais são os responsáveis pela definição do encaminhamento para o cuidado paliativo. Adicionalmente, os médicos residentes dessas especialidades foram convidados (n=42), de modo a ampliar a heterogeneidade entre os participantes. Foram excluídos cinco especialistas que se encontravam licenciados no período do estudo e aqueles que, por algum motivo, não puderam ser localizados.

Dessa forma, dando início à RODADA 1, procedeu-se ao envio de formulário eletrônico com convite para participação e confirmação de aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nessa etapa, foram obtidos os dados demográficos e informações referentes à atuação profissional dos participantes, além da apresentação dos critérios a serem consensuados para análise de relevância pelos especialistas.

Além disso, os participantes classificaram os critérios como MAIORES ou MENORES, definidos da seguinte maneira: CRITÉRIO MAIOR – critério principal, considerado definidor do encaminhamento para cuidados paliativos oportuno; CRITÉRIO MENOR – critério adequado, porém, não considerado definidor do encaminhamento para cuidados paliativos oportuno, e, sim, como indicador para acompanhamento por um médico paliativista em conjunto com o tratamento modificador de doença, denominado cuidado paliativo precoce. Os participantes responderam, ainda, a perguntas abertas, sugerindo informações textuais, estruturais, alterações, remoção ou até mesmo adição de novos critérios para o protocolo.

Na RODADA 2, a relevância dos itens foi analisada pelos participantes, principalmente daqueles que sofreram modificações na rodada anterior. A RODADA 3 foi realizada com um grupo de 5 especialistas que participaram das duas rodadas anteriores, denominados nessa fase final como ‘Banca julgadora’, representando os 3 grupos de especialistas (2 oncologistas clínicos, 2 cirurgiões oncológicos e 1 residente). Essa banca julgadora analisou casos de redundâncias ou semelhanças e, em seguida, selecionou os itens que deveriam compor a versão final do instrumento.

Foi considerado o índice de concordância >70% para assumir um consenso entre especialistas nas RODADAS 1 e 2 (critérios com valores <70% foram reestruturados e submetidos às rodadas subsequentes). Na RODADA 3, foi utilizado o critério de maioria dos 5 respondentes (2 + 1)¹⁶.

3ª fase: Para avaliação da aplicabilidade do protocolo, foram utilizados dados, obtidos retrospectivamente, de pacientes com câncer de colo do útero de estadiamentos III e IV, matriculadas na instituição entre março de 2018 e fevereiro de 2021.

Foram incluídas todas as pacientes que tiveram progressão de doença após o tratamento combinado de intenção curativa com cisplatina e radioterapia, bem como aquelas que foram a óbito ou encaminhadas ao cuidado paliativo exclusivo durante o acompanhamento.

Para essa finalidade, o protocolo de encaminhamento foi preenchido com base em dados obtidos em prontuários eletrônicos registrados na primeira consulta de oncologia clínica ou cirurgia oncológica do serviço de ginecologia. Além do preenchimento do protocolo, foram obtidos outros dados como idade e estadiamento da doença na admissão da instituição, ter sido encaminhada para o cuidado paliativo exclusivo em algum momento do acompanhamento e ocorrência de óbito sem encaminhamento.

Análise estatística

As análises foram realizadas no programa estatístico SPSS 21.0, e a variável numérica com distribuição não normal (idade) foi descrita em mediana e limites interquartílicos (percentis 25 e 75); enquanto as variáveis categóricas foram descritas em frequência absoluta (n) e relativa (%). As comparações entre as variáveis categóricas foram realizadas pelo teste Qui-quadrado ou exato de Fisher. Para todas as análises, foram considerados estatisticamente significantes os valores de $p < 0,05$.

Resultados

A versão inicial do protocolo foi composta por 19 critérios relacionados à progressão da doença, aos sintomas e às complicações relacionadas ao câncer de colo de útero. Dos profissionais contactados, 21 responderam à

primeira rodada, entre eles, 11 residentes, 5 oncologistas clínicos e 5 cirurgiões oncológicos, com mediana de idade de 38 (31-50) anos, majoritariamente do sexo masculino (66,7%) e com mediana de 5 (2-18) anos de atuação na instituição.

Na primeira rodada, 17 dos 19 itens foram considerados critérios para o encaminhamento. Desses, 5 itens foram consensuados como critérios para o encaminhamento oportuno, sendo eles: progressão de doença óssea com repercussão clínica (71,4%); solicitação do paciente de medidas de conforto exclusivas e interrupção do tratamento (85,7%); declínio funcional progressivo e necessidade de suporte para atividades básicas de vida diária (76,2%); doença pleuropulmonar com expressão clínica (80,0%); e definição de suporte não invasivo em decorrência de doença avançada (85,7%). Além disso, os especialistas sugeriram a adição de mais dois critérios, a saber: realização de quimioterapia paliativa e radioterapia paliativa exclusiva.

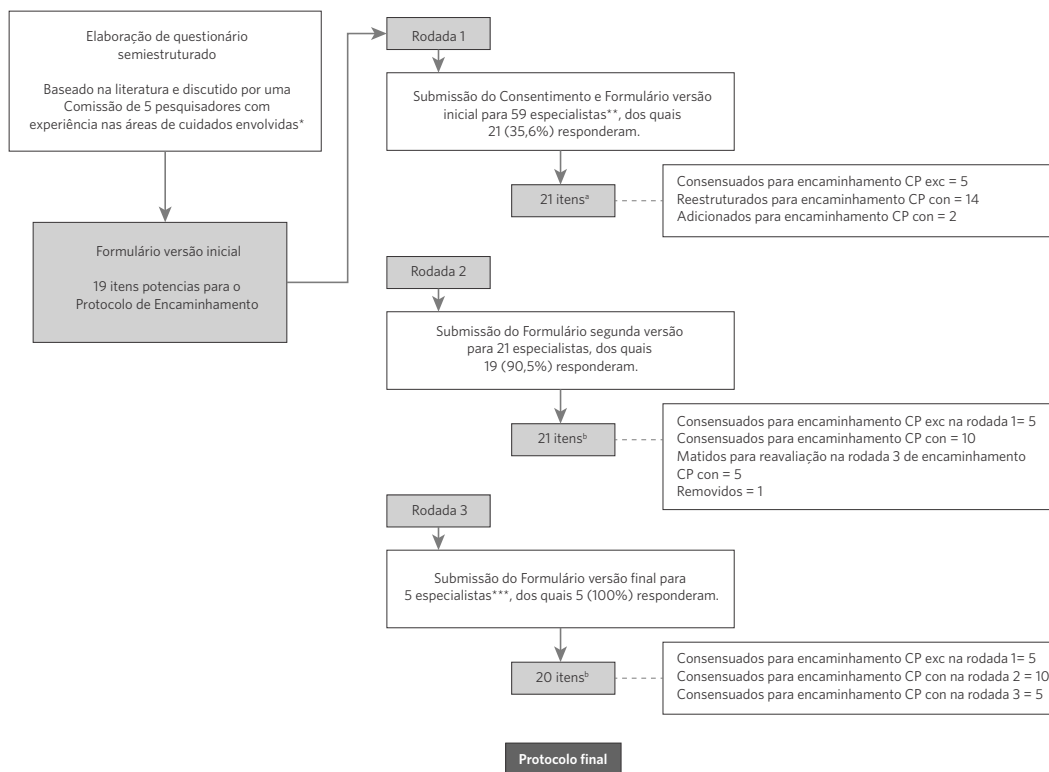
Participaram da segunda rodada 19 especialistas (90,5% da rodada inicial), e os 12 critérios que atingiram consenso para serem incluídos no protocolo, mesmo não sendo considerados critérios definidores para cuidado paliativo oportuno, retornaram para análise reformulados para avaliação como potenciais critérios para o encaminhamento precoce. Desses, 8 foram consensuados: *delirium* (94,7%), insuficiência renal obstrutiva (89,5%), dor de difícil controle (94,7%), dispneia (89,5%), mais de 3 atendimentos de emergência nos últimos 30 dias (94,7%), caquexia (100 %), fadiga (84,2%) e sofrimento psíquico (100%). Além disso, os dois critérios sugeridos na primeira rodada (paciente em quimioterapia paliativa e radioterapia paliativa exclusiva) obtiveram consenso para encaminhamento precoce (84,2%). Ao final da análise da rodada 2, 15 critérios foram consensuados.

Na rodada 3, foram apresentados à Banca julgadora os 6 critérios ainda sem definição para análise [ocorrência de hemorragia de grande vulto, sangramentos recorrentes,

carcinomatose peritoneal, condições indicativas de fragilidade (como infecções recorrentes), interrupção de tratamento por toxicidade e fistulas]. Todos eles foram consensuados como adequados para encaminhamento ao cuidado paliativo precoce. Adicionalmente, os especialistas foram questionados nessa rodada

se a presença de dois critérios menores concomitantes deveria resultar em encaminhamento ao cuidado paliativo oportuno. Os especialistas definiram que sim, com consenso entre 4 (80,0%) dos 5 participantes. Todo o fluxograma da realização do consenso de especialistas está descrito na *figura 1*.

Figura 1. Fluxograma do consenso de especialistas pelo método Delphi



Fonte: elaboração própria.

CP exc= cuidado paliativo exclusivo; CP con= CP conjunto;

*1 médica e 1 nutricionista atuantes, respectivamente há 20 e 10 anos em assistência, ensino e pesquisa em cuidados paliativos; e 1 médica oncologista, 1 cirurgião e 1 nutricionista atuantes, há cerca de mais de 10 anos em assistência, ensino e pesquisa no cuidado de mulheres com câncer de colo de útero;

**Médicos *staffs* e residentes em oncologia e cirurgia oncológica da clínica de câncer de colo uterino;

***2 médicos *staffs* da cirurgia oncológica, 2 médicos *staffs* da oncologia clínica e 1 médico residente da clínica de câncer de colo uterino;

^a >70%: itens consensuados para o CP exc e mantidos; <70%: itens reestruturados para encaminhamento do CP con ou excluídos completamente;

^b >70%: itens consensuados para o CP con e mantidos; <70%: itens reestruturados para encaminhamento do CP con ou excluídos completamente.

O protocolo elaborado e validado é demonstrado no *quadro 1*, no qual a presença de pelo menos um critério maior seria indicativo para o encaminhamento de pacientes

para o cuidado paliativo oportuno. E, para o encaminhamento de pacientes para o cuidado paliativo precoce, seria necessária a presença de pelo menos dois critérios menores.

Quadro 1. Protocolo de encaminhamento precoce e/ou oportuno de pacientes com câncer de colo de útero para o cuidado paliativo

PROTOCOLO DE TRIAGEM PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES COM NEOPLASIA DE COLO DE ÚTERO PARA O CUIDADO PALIATIVO

Este instrumento tem o objetivo de identificar pacientes com neoplasia de colo do útero elegíveis para

- *Cuidados Paliativos conjuntos, ou seja, com demanda por ACOMPANHAMENTO CONJUNTO com médico paliativista precocemente, ou seja, durante o tratamento sistêmico no Hospital do Câncer II.*
- *Cuidados Paliativos exclusivos, ou seja, para o encaminhamento ao Hospital do Câncer IV, a Unidade de Cuidados Paliativos Exclusivos do Inca.*

Nome	Matrícula	Data da avaliação
Critérios para encaminhamento para o Cuidado Paliativo conjunto		
Critérios 'menores'	Presença	
Dellirium	[]	
Insuficiência renal obstrutiva com intervenção (hemodiálise/nefrostomia)	[]	
Dor de difícil controle secundária a progressão local da doença	[]	
Dispneia (causas reversíveis investigadas e afastadas)	[]	
≥ 3 atendimentos pela emergência nos últimos 30 dias devido a sintomas relacionados a progressão da doença ou complicações do tratamento	[]	
Caquexia	[]	
Fadiga	[]	
Sintomas psicológicos compatíveis com sofrimento emocional intenso	[]	
Em curso de radioterapia paliativa exclusiva	[]	
Em curso de quimioterapia paliativa	[]	
Ocorrência de fístula secundária a doença avançada localmente	[]	
Presença de carcinomatose peritoneal	[]	
Necessidade de interrupção de tratamento por TOXICIDADE	[]	
Presença de episódios hemorrágicos recorrentes	[]	
Presença de condições indicativas de fragilidade como infecções recorrentes	[]	
Demanda por encaminhamento para o Cuidado Paliativo conjunto [] sim [] não		
A presença de qualquer um dos critérios 'menores' indica essa demanda		
Critérios para encaminhamento para o Cuidado Paliativo exclusivo		
Critérios 'maiores'	Presença	
Doença pleuropulmonar com expressão clínica	[]	
Progressão de doença óssea com repercussão clínica (dor/diminuição da funcionalidade)	[]	
Solicitação pelo paciente de medidas de conforto exclusivas e interrupção do tratamento	[]	

Quadro 1. Protocolo de encaminhamento precoce e/ou oportuno de pacientes com câncer de colo de útero para o cuidado paliativo

PROTOCOLO DE TRIAGEM PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES COM NEOPLASIA DE COLO DE ÚTERO PARA O CUIDADO PALIATIVO	
Declínio funcional progressivo e necessidade de suporte para atividades básicas diárias	[]
Definição de suporte não invasivo em decorrência de doença avançada	[]
Demanda por encaminhamento para o Cuidado Paliativo exclusivo [] sim [] não <i>A presença de ≥ 2 critérios 'menores' indica essa demanda E OU</i> <i>A presença de qualquer um dos critérios 'maiores' indica essa demanda</i>	
Assinatura	Carimbo

Fonte: elaboração própria.

O protocolo foi testado com base em dados de 189 pacientes com câncer de colo de útero, com média de 52 (11,5) anos de idade. A maioria apresentava estadiamento clínico III (56,6%) no início do tratamento, e 60,3% foram a óbito

sem ter tido qualquer encaminhamento para cuidados paliativos. Apenas 39,7% (n=75) tiveram encaminhamento ao cuidado paliativo oportuno em algum momento do acompanhamento (*tabela 1*).

Tabela 1. Distribuição dos critérios por estadiamento e desfechos

Variáveis	Estadiamento			p-valor	Encaminhado realizado para a UCP		
	Total	III (107; 56,6%)	IV (82; 43,4%)		Não (114; 60,3%)	Sim (75; 39,7%)	p-valor
Idade (anos)*	52,3 (+11,5)	49,2 (+14,0)	53,4 (+12,1)	0.005	52,8 (+14,0)	48,9 (+13,4)	0.032
Critérios maiores para CP exclusiva ^{b,**}							
Não	145 (76,7%)	97 (90,6%)	48 (58,5%)	<0,001	86 (75,4%)	59 (78,7%)	0.607
Sim	44 (23,3%)	10 (9,4%)	34 (41,5%)		28 (24,6%)	16 (21,3%)	
Critérios menores para CP exclusivo ^{b,c,**}							
Não	106 (56,1%)	74 (69,2%)	32 (39,0%)	<0,001	62 (54,4%)	44 (58,7%)	0.562
Sim	83 (43,9%)	33 (30,8%)	50 (61,0%)		52 (45,6%)	31 (41,3%)	
Critérios maiores ou menores para CP exclusivo ^{b,**}							
Não	80 (42,3%)	62 (57,9%)	18 (21,9%)	<0,001	47 (41,2%)	33 (44,0%)	0.706
Sim***	109 (57,7%)	45 (42,1%)	64 (78,1%)		67 (58,8%)	42 (56,0%)	
Critérios para CP conjunto ^{b,d,**}							
Não	140 (74,1%)	77 (72,0%)	63 (76,8%)	0.449	84 (73,7%)	56 (74,7%)	0.88
Sim	49 (25,9%)	30 (28,0%)	19 (23,2%)		30 (26,3%)	19 (25,3%)	
Número de critérios maiores ^{b,**}							
0	143 (75,7%)	96 (89,7%)	47 (57,3%)	<0,001	84 (73,7%)	59 (78,7%)	0.298
1	32 (16,9%)	8 (7,5%)	24 (29,3%)		23 (20,2%)	9 (12,0%)	
2	13 (6,9%)	3 (2,8%)	10 (12,2%)		6 (5,3%)	7 (9,3%)	
3	1 (0,5%)	0	1 (1,2%)		1 (0,8%)	0	

Tabela 1. Distribuição dos critérios por estadiamento e desfechos

Tabela 1: Estratificação dos critérios por estadiamento e desfechos							
Variáveis	Total	Estadiamento		p-valor	Encaminhado realizado para a UCP		p-valor
		III (107; 56,6%)	IV (82; 43,4%)		Não (114; 60,3%)	Sim (75; 39,7%)	
Número de critérios menores ^{b**}							
0	56 (29,6%)	44 (41,1%)	12 (14,6%)	<0,001	32 (28,1%)	24 (32,0%)	0.985
1	50 (26,5%)	30 (28,0%)	20 (24,4%)		30 (26,3%)	20 (26,7%)	
2	45 (23,8%)	19 (17,8%)	26 (31,7%)		29 (25,4%)	16 (21,3%)	
3	26 (13,8%)	10 (9,4%)	16 (19,5%)		16 (14,0%)	10 (13,3%)	
4	10 (5,3%)	4 (3,7%)	6 (7,3%)		6 (5,3%)	4 (5,3%)	
5	2 (1,0%)	0	2 (2,5%)		1 (0,9%)	1 (1,4%)	

Fonte: elaboração própria.

CP= cuidado paliativo; UCP= Unidade de Cuidados Paliativos

^a presença de ao menos 1 critério maior

^b presença de ao menos 2 critérios menores

^c presença de ao menos 2 critérios menores

^d presença de somente 1 critério menor

*média / desvio padrão / teste T Student

** numero de observações / frequência / teste Qui-quadrado para proporções ou exato de Fisher

***alguns pacientes teriam indicação de CP exclusivo por critérios maiores e menores simultaneamente.

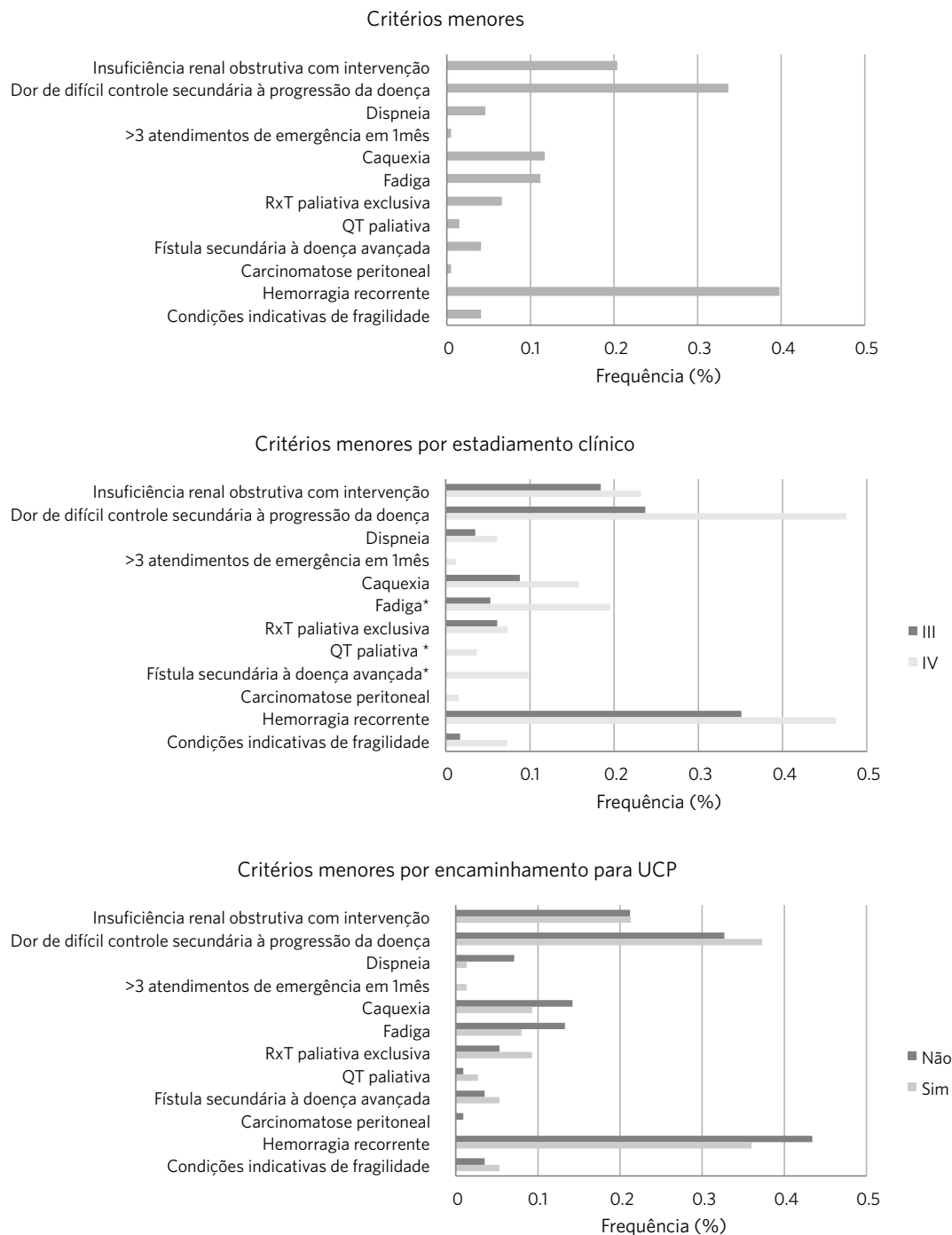
Entre aquelas com câncer de colo do útero em estágio III, 42,1% tinham critério para o encaminhamento para o cuidado paliativo oportuno (9,4% tinham ao menos um critério MAIOR e 30,8% tinham dois ou mais critérios MENORES) e 28% para o cuidado paliativo precoce desde a primeira consulta médica ou de triagem na instituição. Naquelas com estadiamento IV, 78,1% tinham critério para o encaminhamento para o cuidado paliativo oportuno (41,5% tinham ao menos um critério MAIOR e 61,0% tinham dois ou mais critérios MENORES) e 23,2% para o cuidado paliativo precoce desde a primeira consulta médica ou de triagem na instituição. Foi observada diferença estatisticamente significativa na proporção de critérios MAIORES e MENORES de acordo com o estadiamento clínico (*tabela 1*).

Entre as pacientes que evoluíram para óbito, 58,8% já iniciaram o acompanhamento na instituição com critério para o

encaminhamento para o cuidado paliativo oportuno, e 26,3% para o precoce. Entre aquelas que tiveram encaminhamento para o cuidado paliativo oportuno em algum momento do acompanhamento, 56,0% já iniciaram o acompanhamento na instituição com critério para o encaminhamento para o cuidado paliativo oportuno e 25,3% para o precoce. Não houve diferença estatisticamente significativa na frequência dos critérios de acordo com o desfecho (óbito vs. encaminhamento oportuno para o cuidado paliativo) (*tabela 1*).

Os critérios MENORES mais frequentes foram os episódios hemorrágicos recorrentes (40%), dor (34%) e insuficiência renal (21%). Entre os critérios MENORES, as frequências de dor, fadiga e fistula secundária à evolução da doença apresentaram diferença estatisticamente significativa em relação ao estadiamento clínico (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Frequência geral de critérios menores e frequência de acordo com estadiamento clínico e com os desfechos



Fonte: elaboração própria.

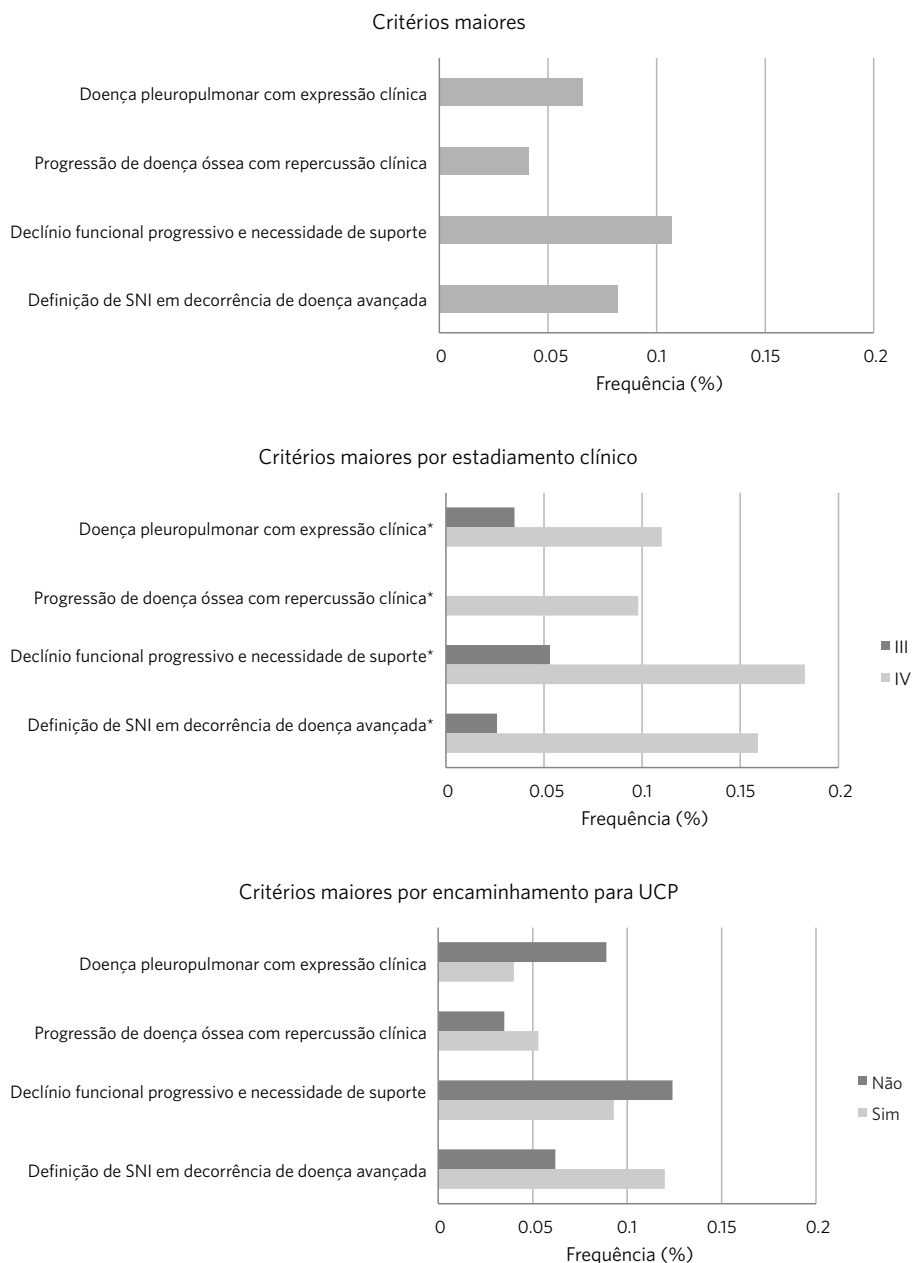
SNI= suporte não invasivo; UCP= Unidade de Cuidados Paliativos; QT= quimioterapia; RxT= radioterapia;

*p-valor <0,050 referente ao teste Exato de Fisher.

Os critérios MAIORES mais frequentes foram declínio funcional (11%) e definição de suporte não invasivo (9%). Entre os cinco critérios MAIORES, quatro (definição de SNI,

declínio funcional, progressão óssea e progressão pleuropulmonar) apresentaram diferença estatisticamente significativa de acordo com o estadiamento clínico (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Frequência geral de critérios maiores e frequência de acordo com estadiamento clínico e com os desfechos



Fonte: elaboração própria.

SNI = suporte não invasivo; UCP = Unidade de Cuidados Paliativos; QT = quimioterapia; RxT = radioterapia; *p-valor <0,050 referente ao teste Exato de Fisher.

Discussão

O presente estudo possibilitou a criação e validação de um protocolo que se mostrou útil para o encaminhamento de pacientes com câncer de colo de útero avançado para o cuidado paliativo precoce e/ou oportuno. A criação desse instrumento é bastante relevante,

pois, apesar de *guidelines* e orientações de entidades voltadas ao cuidado integral do paciente com câncer demonstrarem a importância da oferta do cuidado paliativo desde o diagnóstico da doença^{17,18}, essa parece ser uma realidade ainda distante na instituição onde se realizou este estudo e na maioria dos centros de tratamento oncológico no Brasil.

É um desafio estabelecer a validade de uma ferramenta de triagem, já que os cuidados paliativos não se caracterizam por um diagnóstico e, portanto, não existe um padrão ouro para identificar com precisão os pacientes que melhor se beneficiariam em termos de resultados, tanto para a qualidade do cuidado como para indicadores da própria instituição. Construir em consenso um instrumento adaptado à realidade da instituição quanto à capacidade em absorver mais pacientes, sendo de simples execução, pareceu uma forma factível de tentar mudar a realidade atual de encaminhamento tardio aos cuidados paliativos, sem necessidade de incremento de recursos humanos ou investimentos adicionais e mudanças estruturais que poderiam impactar a exequibilidade da ação na prática clínica.

Hui e colaboradores publicaram, em 2022⁹, artigo onde descrevem a importância de as instituições estabelecerem critérios consensuais específicos para encaminhamento aos cuidados paliativos, contextualizando o modelo conceitual do cuidado paliativo oportuno, o qual possui quatro componentes principais: triagem sistemática de rotina, critérios definidos para encaminhamento, mecanismo para desencadear o encaminhamento apropriado para o paciente e uma equipe de especialistas em cuidado paliativo com recursos para fornecer a assistência e o acompanhamento necessários a esses pacientes identificados.

Zimmerman et al.¹⁹ sugerem que, como alternativa diante da insuficiência de recursos humanos para oferta integrada de cuidado paliativo, o encaminhamento baseado na carga sintomática alta pode maximizar o impacto na população atendida, utilizando a equipe de forma mais racional e favorecendo a sustentabilidade da estratégia.

Atualmente, o acesso ao cuidado paliativo na instituição em que esta pesquisa foi desenvolvida se dá tardiamente, em um contexto próximo à terminalidade²⁰, de maneira semelhante a outros locais²¹. Esse atraso no encaminhamento se deve a barreiras distintas como necessidades subdiagnosticadas e subnotificadas, estigmas sobre o encaminhamento e heterogeneidade com relação aos formatos de encaminhamentos por ausência de critérios padronizados que orientem os profissionais a identificarem os pacientes mais propensos a ter benefício no acompanhamento precoce²¹⁻²³. Um estudo realizado na instituição identificou os motivos para o encaminhamento ao cuidado paliativo, sendo o planejamento de cuidado ao fim de vida mencionado por 68,4% dos médicos participantes³.

Analisando os cinco critérios MAIORES, consensuados para fazerem parte do protocolo, fica claro que constituem critérios relacionados à doença metastática e já utilizados rotineiramente pelos profissionais no momento da definição de interrupção do tratamento modificador da doença na doença metastática persistente/recorrente com repercussão clínica, devido à eficácia limitada, com baixa taxa de resposta dos agentes quimioterápicos atualmente disponíveis¹⁸.

Na fase de teste do protocolo, os resultados mostraram não haver diferença estatisticamente significativa entre a presença dos critérios consensuados de acordo com os desfechos (ocorrência de óbito vs. encaminhamento para o cuidado paliativo), podendo indicar a falta de sistematização do formato de encaminhamento atual, que é exclusivamente baseado na decisão clínica do profissional responsável pelo acompanhamento na unidade de origem,

o que acaba por direcionar aos cuidados paliativos apenas indivíduos com impossibilidade de novas linhas de tratamento e não baseados em análise prognóstica e, principalmente, na carga sintomática.

Entre as pacientes que foram encaminhadas ao cuidado paliativo em algum momento durante o acompanhamento na instituição, 81,3% já tinham indicação de acompanhamento por cuidados paliativos, independentemente do formato (precoce ou oportuno), ainda na fase de pré-tratamento, e poderiam ter sido abordadas mais precocemente durante a fase de tratamento modificador da doença. Já aquelas que evoluíram a óbito sem acesso à equipe de cuidados paliativos, 85,1% tinham critérios com indicação de cuidados paliativos, independentemente do formato (precoce ou oportuno), ainda na fase de pré-tratamento, porém, nunca receberam o cuidado especializado para alívio do sofrimento e promoção de qualidade de morte.

Por outro lado, os resultados do presente estudo podem ter sido acarretados pelo momento de avaliação dos critérios escolhidos pela equipe de pesquisa, que ocorreu apenas na primeira consulta pré-tratamento. A realização da triagem sistematizada com aplicação do protocolo em outros momentos específicos poderia auxiliar na identificação do aparecimento de tais critérios ao longo do acompanhamento, podendo resultar no encaminhamento ao cuidado paliativo conjunto baseado na presença de necessidades assistenciais ao longo da linha de cuidado e não apenas no momento da interrupção do tratamento e definição de indicação para cuidados paliativos exclusivos. Estudos evidenciam que a implementação de triagem sistematizada com base em identificação de necessidades assistenciais pode resultar no encaminhamento entre 6 a 18 meses antes do óbito⁷.

Vale ressaltar que estudos mostram que os médicos enfrentam muitas incertezas na tomada de decisão acerca do encaminhamento de pacientes para o cuidado paliativo exclusivo, principalmente quanto à avaliação

prognóstica, pois possuem ideias geralmente otimistas sobre a predição de sobrevida. Além da formação deficiente, há um conflito ético sobre o momento adequado para encerrar o tratamento modificador da doença, principalmente quando a tomada de decisão recai sobre um único profissional, o que pode resultar não só na oferta tardia dos cuidados paliativos, mas, também, em intervenções terapêuticas desproporcionais ao avanço da doença^{24,25}.

Além disso, os resultados da fase de teste do protocolo mostraram que existe relação entre os critérios maiores e menores e o estadiamento clínico, favorecendo, portanto, que os pacientes de prognóstico desfavorável possam ser identificados, independentemente da avaliação prognóstica realizada pelo profissional durante o exame clínico. O alto percentual de pacientes em estadiamentos III e IV que apresentavam critérios definidores para cuidado paliativo oportuno, e que foram a óbito sem ter tido encaminhamento ou acesso a uma equipe de cuidados paliativos, ratifica que o encaminhamento baseado nas necessidades clínicas não é uma realidade e também pode evidenciar a dificuldade na avaliação prognóstica desses pacientes.

Este estudo demonstrou, ainda, a elevada frequência de critérios MENORES na população avaliada no teste do instrumento, destacando-se episódios hemorrágicos recorrentes, independentemente do estadiamento clínico, corroborando a importância da abordagem desse sintoma através das estratégias farmacológicas, dos procedimentos de intervenção e abordagem multidimensional do sofrimento pelo alto impacto negativo que pode causar na qualidade de vida das pacientes e de seus cuidadores. O sangramento, muitas vezes, é o primeiro sintoma de alerta do câncer e causa extrema angústia nas pacientes²⁶.

Nesse cenário de abordagem do sofrimento, os cuidados paliativos especializados não apenas abordam os sintomas, utilizando as melhores estratégias terapêuticas para os casos, mas também fortalecem o enfrentamento, fornecem suporte integral à unidade

de cuidados formada pelo paciente e seus familiares/cuidadores, orientando e preparando para possíveis recorrências de eventos agudos e fornecendo mais confiança no enfrentamento da doença e no seu tratamento. Essas intervenções podem levar a melhorias em domínios não físicos da qualidade de vida, como bem-estar social e espiritual, preparação para o fim da vida e maior confiança no relacionamento com profissionais de saúde²⁷.

A dor relacionada à progressão local da doença foi o segundo critério mais frequente em associação com o estadiamento clínico, corroborando estudos que demonstram que a prevalência da dor varia de 30% em pacientes com câncer em estadiamento inicial e pode chegar até 80% naqueles com doença avançada²⁸. A intensidade desse sintoma muitas vezes é associada à gravidade da doença e deve ser abordada em todas as suas dimensões (física, espiritual, social e emocional) por uma equipe multiprofissional, tratando-se de um dos focos dos cuidados paliativos²⁹, e sendo a promoção do seu alívio um dos princípios que norteiam o cuidado paliativo³⁰.

Vale ressaltar que a elaboração e a implementação de um protocolo visando ao encaminhamento aos cuidados paliativos devem ser realizadas em paralelo a outras estratégias institucionais que favoreçam essa fase de transição, já que esse momento requer dos profissionais algo além de habilidade técnica. É importante que os profissionais de saúde estejam atentos e sejam capacitados em comunicação empática e não estejam apenas focados no aperfeiçoamento para diagnosticar e tratar, buscando informações sobre a relação dos pacientes com a sua doença, aspectos da vida/morte, criando com eles uma relação baseada em respeito e empatia. A comunicação de más notícias, entre elas, o próprio planejamento da interrupção do tratamento modificador e a transição para cuidados paliativos, envolve uma preparação do receptor, que abrange certificar o quanto o paciente compreende da situação, o limite de informação a ser repassada, o local e o momento adequado de discutir

sobre sua condição clínica e seu agravamento, desenvolvendo uma comunicação com uma linguagem acessível, objetiva, demonstrando empatia, sanando dúvidas imediatas e posteriores, elaborando um planejamento dos próximos passos e, principalmente, mantendo-se disponível.

Limitações

Algumas limitações desta proposta precisam ser destacadas. Em decorrência de o estudo ter sido realizado com profissionais de saúde (Fase I) e pacientes (Fase II) de um único centro oncológico, que recebe pacientes por meio do sistema de regulação do estado do Rio de Janeiro, seus resultados devem ser considerados com cautela, pois podem não ser aplicáveis a outros centros com características distintas.

Um número de especialistas convidados para participar do Delphi não retornou o contato com aceite do convite à pesquisa e, portanto, não participaram do processo, resultando num grupo de participantes composto por 51,2 % de residentes. Levando em consideração que a técnica Delphi se baseia, principalmente, na experiência dos especialistas, é importante ressaltar que os profissionais residentes, apesar de terem conhecimento sobre o tema, não detêm uma grande experiência na área, em virtude do tempo que atuam na instituição e na assistência a esse perfil de pacientes.

Além disso, na fase de teste, foram utilizados dados extraídos dos prontuários das pacientes, sendo, portanto, dependentes da qualidade desses registros. Tais dados foram referentes somente ao momento da admissão da paciente na instituição, não permitindo a realização de uma análise longitudinal.

Pontos fortes

Como pontos fortes, destaca-se que o estudo foi uma continuidade de um processo de identificação de barreiras ao encaminhamento para o cuidado paliativo, iniciado em 2020

na instituição. A elaboração de um protocolo visando à sistematização do padrão de encaminhamento, que se mostra aleatória e tardia, foi a primeira iniciativa relacionada a uma intervenção a partir desse diagnóstico. A própria fase de elaboração do protocolo já se apresentou como uma oportunidade de aproximação com as equipes responsáveis pelo encaminhamento, uma vez que a distância física entre as unidades assistenciais também apareceu como uma barreira importante no estudo diagnóstico de 2020.

A implementação de protocolos de encaminhamento baseados em necessidades assistenciais e carga sintomática, como o desenvolvido nesta proposta, pode ser uma estratégia importante para a resolução da problemática do encaminhamento tardio e não padronizado de pacientes com câncer avançado às equipes de cuidados paliativos, tendo como finalidade o aumento no número dos encaminhamentos e uma oferta mais precoce desse tipo de cuidado.

No entanto, deve-se observar que a aplicação de protocolos para ampliação do encaminhamento para cuidados paliativos requer do serviço uma capacidade instalada para absorver possíveis aumentos dessa demanda, principalmente no perfil de pacientes com funcionalidade compatível com consultas ambulatoriais. A instituição em que o estudo foi desenvolvido comporta atualmente um acréscimo de 50% das consultas ambulatoriais, favorecendo a implantação do instrumento. Porém, é provável que muitos serviços não apresentem o mesmo cenário.

Perspectivas futuras

Estudos futuros devem ser desenvolvidos com o intuito de avaliar prospectivamente se a implementação do protocolo pode contribuir

para melhor qualidade de vida e de morte dessa população e também para identificar, do ponto de vista dos indicadores de qualidade assistencial relacionados à agressividade em fim de vida, quanto ao uso de quimioterapia, atendimentos de emergência, hospitalizações e internações em unidades de terapia intensiva no último mês de vida, e os impactos do seu uso.

Conclusões

Conclui-se, portanto, que o protocolo criado e validado se mostrou útil para o encaminhamento precoce e/ou oportuno de pacientes com câncer de colo de útero para o cuidado paliativo. O protocolo se mostrou uma ferramenta capaz de identificar pacientes com câncer de colo de útero elegíveis ao encaminhamento para os cuidados paliativos, promovendo acesso precoce e oportuno à equipe especializada, resultando na possibilidade de encaminhamento de mais de 70% das pacientes avaliadas.

Colaboradores

Freitas R (0000-0001-7285-8768)*, Chaves GV (0000-0003-0029-7310)* e Oliveira LC (0000-0002-5052-1846)* contribuíram para concepção e planejamento, metodologia, análise e interpretação dos dados e elaboração da versão final do manuscrito. Fernandes DS (0000-0002-8284-1588)* contribuiu para metodologia, análise e interpretação dos dados e elaboração da versão final do manuscrito. Bolivar FSSC (0009-0006-4509-5607)* contribuiu para metodologia e elaboração da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- World Health Organization. Global atlas of palliative care at the end of life. 2. ed. Geneva: WHO; 2020. 120 p.
- Schenker Y, Park SY, Maciasz R, et al. Oncologist factors that influence referrals to subspecialty palliative care clinics. *J Oncol Pract.* 2014;10(2):e37-e44.
- Freitas R, Oliveira LC, Mendes GQ, et al. Barreiras para o encaminhamento para o cuidado paliativo exclusivo: a percepção do oncologista. *Saúde debate.* 2022;46(133):331-45. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213306>
- Hui D, Mori M, Parsons HA, et al. Referral criteria for outpatient palliative cancer Care: a systematic review. *Oncologist.* 2016;21(7):895-901. DOI: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2016-0006>
- Hui D, Kim SH, Roquemoire J, et al. Referral criteria for outpatient specialty palliative cancer care: an international consensus. *Lancet Oncol.* 2016;16:552-9.
- Iqbal J, Zhang S, Wang X, et al. Operationalizing outpatient palliative care referral criteria in lung cancer patients: a population-based cohort study using health administrative data. *J Palliat Med.* 2020;23:670-7.
- Paiva CE, Paiva BSR, Brum LFL, et al. Development of a screening tool to improve the referral of patients with breast and gynecological cancer to outpatient palliative care. *Gynecol Oncol.* 2020;158:153-7.
- Hui D, Park M, Shamieh O, et al. Examination of referral criteria for outpatient palliative care among patients with advanced cancer. *Support Care Cancer.* 2020;28:295-301.
- Hui D, Heung Y, Bruera E. Timely palliative care: personalizing the process of referral. *Cancers.* 2022;14:1047.
- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. Rio de Janeiro: Inca; [Sem data]. Registros de Câncer de Base Populacional, 2022 jun 23 [acesso em 2024 jan 26]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer/registro-de-cancer-de-base-populacional>.
- Oliveira LC, Rosa KSC, Bergmann A, et al. Temporal trends and factors associated with the cancer diagnosed at stage IV in patients included in the integrated hospital-based cancer registry system in Brazil in two decades. *Cancer Epidemiology.* 2022;80:102242.
- Massarolli A, Campos CJG, Lopes JRL. Método Delphi como referencial metodológico para a pesquisa em enfermagem. *Texto contexto – enferm.* 2017;26(4):e1110017.
- Scarpato AF, Lorenzetti J, Lacerda MR. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Rev Rene.* 2012;13(1):242-5.
- Powell C. The Delphi technique: myths and realities. *J Adv Nurs.* 2003;41:376-82.
- Trevizan FB, Paiva CE, Julião M, et al. Comprehension and decision-making capacity questionnaire about palliative care and advance care planning: a Delphi Study. *J Palliat Care.* 2023;38(1)41-51.
- World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneva: WHO; 2002.
- Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Diretrizes de tratamentos oncológicos recomendados pela Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Rio de Janeiro: SBOC; 2022.
- Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2014;383(9930):1721-30.

20. Cunha GDC, Mariano RF, Caldas GP, et al. Clinical relevance and prognostic value of inflammatory biomarkers: a prospective study in terminal cancer patients receiving palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2021;62(5):978-86.
21. Jordan RI, Laviana AA, Hawkins AT, et al. Duration of palliative care before death in international routine practice: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2020;18:368.
22. Dalal S, Hui D, Nguyen L, et al. Association between a name change from palliative to supportive care and the timing of patient referrals at a comprehensive cancer center. *Oncologist.* 2011;16:105-11.
23. Hui D, Kim YJ, Park JC, et al. Impact of oncologists' attitudes toward end-of-life care on patients' access to palliative care. *Oncologist.* 2016;21:1149-55.
24. Hill DL, Jacobson R, Callejas B, et al. Seven types of uncertainty when clinicians care for pediatric patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2020;59:86-94.
25. Hui D, Cherny NI, Bruera E. Prognostication in advanced cancer: Update and directions for future research. *Support Care Cancer.* 2019;27(6):1973-84.
26. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Cuidados paliativos: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV. Rio de Janeiro: INCA; 2021.
27. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, et al. Impact of early palliative care according to baseline symptom severity: Secondary analysis of a cluster-randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer Med.* 2022;11:1869-78.
28. Jacobsen R, Møldrup C, Christrup L, et al. Barriers to cancer pain management in Danish and Lithuanian patients treated in pain and palliative care units. *Pain Manag Nurs.* 2014;15(1):51-8.
29. Pathmawathi S, Chew K-S, Fan S-Y. Satisfaction with and perception of pain management among palliative patients with breakthrough pain: a qualitative study. *Pain Manag Nurs.* 2015;16(4):552-60.
30. Carvalho RCT, Parsons HÁ, organizadores. Manual de Cuidados Paliativos. 2. ed. Porto Alegre: Sulina; 2012.

Recebido em 05/04/2024

Aprovado em 26/09/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Análise da atuação do Conselho Nacional de Saúde na Política Nacional de Assistência Farmacêutica

Analysis of the performance of the National Health Council in the National Policy on Pharmaceutical Assistance

Gizelly Braga Pires¹, Tatiane de Oliveira Silva Alencar¹, Karolaine dos Santos Oliveira¹, Dailey Oliveira Carvalho¹

DOI: 10.1590/2358-289820251449512P

RESUMO O estudo tem como objetivo analisar a atuação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, de 2004 a 2023. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo documental. A coleta de dados foi realizada no site do CNS. Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo. Foram selecionados para análise 29 documentos (resoluções, recomendações e moções) que expressaram fatos políticos e estavam relacionados aos eixos estratégicos dessa política. Nos fatos políticos analisados, predominaram ações relativas ao eixo relacionado ao acesso a medicamentos e serviços de assistência farmacêutica e à regulação sanitária dos medicamentos e estabelecimentos de saúde. A atuação do CNS produziu fatos políticos importantes, especialmente com relação à judicialização para acesso aos medicamentos, patentes de medicamentos, Programa Farmácia Popular do Brasil, desabastecimento de medicamentos. Também foi relevante a atuação no debate sobre farmácia como estabelecimento de saúde; comercialização dos medicamentos isentos de prescrição; no debate sobre os anorexígenos e publicidade de medicamentos. No contexto da pandemia, ressalta-se a defesa do uso racional de medicamentos. Tais resultados evidenciam que o CNS desempenhou um papel importante frente à implementação das políticas farmacêuticas, em particular, da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Conselhos de saúde. Assistência farmacêutica.

ABSTRACT The aims is to analyze the performance of the National Health Council (NHC) in the National Policy on Pharmaceutical Assistance, from 2004 to 2024. This is a qualitative, documentary study. Data collection was carried out on the website of the NHC. The data were analyzed through content analysis. A total of 29 documents (resolutions, recommendations and motions) that expressed political facts and were related to the strategic axes of this policy were selected for analysis. In the political facts analyzed, there was a predominance of actions related to access to medicines and pharmaceutical services and to the sanitary regulation of medicines and health establishments. The performance of the NHC produced important political facts, especially in relation to judicialization for access to medicines, drug patents, the Popular Pharmacy Program of Brazil, and drug shortages. The performance in the debate on pharmacy as a health establishment, marketing of over-the-counter medicines, in the debate on anorectics and drug advertising was relevant. In pandemic context, the defense of the rational use of medicines was emphasized. These results show that the NHC played an important role in the implementation of pharmaceutical policies, in particular the National Policy on Pharmaceutical Assistance.

KEYWORDS Health policy. National Policy of Pharmaceutical Assistance. Health councils. Pharmaceutical services.

¹Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – Feira de Santana (BA), Brasil.
gbpires@uefs.br

Introdução

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi resultado de um processo de construção coletiva, protagonizado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), fundamentado no controle social e com ampla participação da sociedade¹. Foi estabelecida há 20 anos pela Resolução do CNS nº 338, de 06 de maio de 2004², e define a assistência farmacêutica como uma política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, como as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, entre outras. Está organizada em treze eixos estratégicos que envolvem o acesso e a qualificação da assistência farmacêutica, fortalecimento da produção nacional de fármacos e medicamentos, regulação do mercado de medicamentos, promoção do uso racional, entre outros².

O CNS é um órgão colegiado, com caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço de saúde, profissionais de saúde e usuários que têm como uma de suas atribuições a formulação e o acompanhamento da implementação das políticas de saúde³. Configura-se como um importante ator social no processo dinâmico das políticas de saúde e de sua relação com a sociedade, articulando-se com outros atores que ocupam uma determinada posição no jogo social, ora em posições de cooperação, ora de conflito, e, às vezes, com atitudes de indiferença⁴. Tal dinâmica, implica diretamente a formulação e implementação das políticas de saúde, inclusive da PNAF, que tem, no cerne dos debates, tendo em vista a assistência integral à saúde, um produto (medicamento) altamente complexo, inserido no ciclo econômico-produtivo da saúde e objeto de lucro e acumulação de capital.

Ao longo dos 20 anos de sua institucionalização, a PNAF tem assumido relevância no conjunto das políticas de saúde, haja vista seu importante impacto econômico, sanitário e político na garantia do acesso a medicamentos⁵⁻⁷.

Assim, para análise da atuação do CNS na PNAF, é coerente considerar as dimensões de análise do medicamento propostas por Alencar¹. A saber: dimensão tecnológica, que se refere às propriedades farmacológicas dos medicamentos; dimensão simbólica, representando o significado atribuído pelos indivíduos ou grupos aos medicamentos; dimensão ideológica, resultante da produção social de sentido sobre os medicamentos; dimensão sanitária, que considera os medicamentos como produtos/bens de consumo relacionados à saúde individual e das populações, e que, por isso, oferece riscos; dimensão econômica, relacionada ao custo envolvido para o indivíduo ou para a gestão do sistema de saúde; e dimensão política, como resultante da articulação das dimensões anteriores e que influencia as decisões do Estado na formulação de políticas relacionadas aos medicamentos.

Apesar de existirem diversas produções científicas sobre as políticas farmacêuticas e de medicamentos no Brasil^{1,8-14}, não foram encontrados estudos que analisassem, de maneira sistemática, a condução do CNS com relação à PNAF durante sua implementação. Desse modo, e considerando o CNS como importante ator da formulação dessa política, este estudo visa a analisar a atuação do CNS na PNAF, no período de 2004 (marco temporal de sua instituição) a 2023.

Material e métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo documental, retrospectivo. A coleta de dados foi realizada no sítio do CNS, por meio de busca manual nas abas identificadas como 'Atos normativos – Resoluções; Recomendações e Moções', elaboradas no período de maio de 2004 a dezembro de 2023.

Para seleção dos documentos, foi utilizada a definição de fato político¹⁵, entendido como um fato social produzido a partir da interação de atores sociais com objetivos e interesses convergentes e divergentes e com distintas

capacidades acumuladas, tendo em vista o Estado. Assim, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: atos normativos que promoveram mudanças estratégicas em processos regulamentados ou em regulamentação no âmbito da PNAF; que criaram programas farmacêuticos relacionados aos eixos da PNAF, e que envolveram a interação de atores sociais com interesses diversos. Foram excluídas as normativas que tiveram apenas efeitos pontuais ou que tratavam de constituição de comissões, não trazendo elementos capazes de gerar fatos políticos.

A seleção dos documentos que configuraram fatos políticos também foi fundamentada por leituras complementares de atas de reuniões, relatórios de conferências de saúde (13^a a 17^a), notícias de jornais eletrônicos e outros documentos de órgãos governamentais, entidades de classe profissionais, sindicatos, universidades e instituições de pesquisa, entre outros, que expressavam algum posicionamento a

respeito do assunto. O tratamento e a análise dos dados seguiram a técnica de análise de conteúdo adaptada por Minayo¹⁶.

Resultados

Foram identificados 53 atos normativos do CNS relacionados à assistência farmacêutica no período em estudo, sendo 17 resoluções, 26 recomendações e 10 moções. Utilizando a definição de fato político de Alencar¹⁵, foram eleitos 29 atos normativos, os quais foram organizados em três categorias centrais: Acesso a medicamentos e aos serviços de assistência farmacêutica; Promoção do uso racional de medicamentos; e Regulação sanitária de medicamentos e estabelecimentos de saúde. Cada uma dessas categorias é composta por subcategorias (*quadro 1*), que reuniram os principais assuntos que foram abordados nos documentos do CNS.

Quadro 1. Categorias e subcategorias empíricas e analíticas dos fatos políticos produzidos pelo Conselho Nacional de Saúde relativos à PNAF (2004-2023)

Categorias	Subcategorias	Fatos políticos (período)	Atores Sociais	Posição	Eixos da PNAF relacionados aos fatos políticos
Acesso aos medicamentos e serviços de assistência farmacêutica	Patentes de Medicamentos	(2005 a 2021) Resolução 352/2005 Moção de apoio 06/2007 Moção de repúdio 14/2012 Resolução 507/2016 Moção de apoio 03/2020 Recomendação nº 013/2021	Convergentes: CNS, Movimentos sociais, atores governamentais do governo Lula (2003-2011) Divergentes: Indústria farmacêutica multinacional, parte do legislativo	Defesa da não proteção patentária de medicamentos. Defesa do licenciamento compulsório de medicamentos; Defesa da anuência prévia da Anvisa Defesa da necessidade de patentes de medicamentos; Oposição ao licenciamento compulsório; Oposição à anuência prévia da Anvisa	Eixo I: Acesso a assistência farmacêutica
	Desabastecimento de medicamentos no Brasil	(2016-2023) Resolução 507/2016 Recomendação 54/2020 Recomendação 19/2022 Resolução 719/2023	Convergentes: CNS, Subcomissão do Complexo Econômico e Industrial da Saúde (Ceis) - Câmara dos deputados, MS (2008 a 2016); Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e outras instituições de ensino e pesquisa Divergentes: MS (2016 a 2022)	Defesa do fortalecimento do Ceis Diminuição de investimento para o Ceis; Ações pontuais relacionadas à precificação de medicamentos na pandemia de covid-19	Eixo I: Acesso a assistência farmacêutica Eixo VI: Modernização e ampliação da produção de medicamentos Eixo VIII: Desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de produtos e serviços do SUS. Eixo IX: Implementação de uma política pública de desenvolvimento científico e tecnológico, com o objetivo de desenvolvimento de inovações tecnológicas

Quadro 1. Categorias e subcategorias empíricas e analíticas dos fatos políticos produzidos pelo Conselho Nacional de Saúde relativos à PNAF (2004-2023)

Categorias	Subcategorias	Fatos políticos (período)	Atores Sociais	Posição	Eixos da PNAF relacionados aos fatos políticos
	Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB)	(2017-2022) Recomendação 13/2017 Resolução 617/2019 Recomendação 60/2020 Recomendação 30/2022	Convergentes: CNS, MS (2004 a 2016); Conselho Federal de Farmácia (CFF), varejo farmacêutico, indústria farmacêutica Divergente: MS (2017 a 2022)	Defesa do PFPB Extinção da modalidade rede própria do PFPB; Diminuição de investimento na modalidade Aqui tem Farmácia Popular do PFPB	Eixo I: Acesso a assistência farmacêutica
	Judicialização para o acesso aos medicamentos	(2018) Recomendação 30/2018	Convergentes: CNS, Ministério da Saúde (MS); secretarias estaduais de saúde; Legislativo, judiciário Divergentes: Indústria farmacêutica	Defesa de ações que visam a garantir o direito aos medicamentos a partir de critérios de acesso Ações com prescritores, farmácias, marketing, usuários com fomento à judicialização	Eixo I: Acesso a assistência farmacêutica
Regulação sanitária de medicamentos e estabelecimentos de saúde	Publicidade de medicamentos	(2007-2009) Moção de repúdio 05/2007 Moção de apoio 05/2009	Convergente: CNS, instituições de ensino e pesquisa, profissionais de saúde. Divergente: Indústria farmacêutica, varejo farmacêutico e Setor Publicidade/ Propaganda	Proibição da publicidade de medicamentos para a população Defesa da publicidade de MIP ao público; Contra a regulamentação da publicidade de medicamentos pela Anvisa.	Eixo XII: estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e o monitoramento do mercado de medicamentos
	Farmácia como estabelecimento de saúde	(2008-2017) Recomendação 50/2008 Moção de apoio 02/2014 Moção de repúdio 10/2014 Recomendação 59/2017	Convergentes: CNS, Entidades representantes da categoria farmacêutica. Divergentes: Legislativo	Defesa da farmácia como estabelecimento de saúde e a responsabilidade técnica do farmacêutico nas farmácias Exclusão do farmacêutico como responsável técnico da farmácia	Eixo XII: estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e o monitoramento do mercado de medicamentos
	Comercialização dos Medicamentos Isentos de Prescrição Médica (MIP)	(2012-2019) Moção de repúdio 10/2012 Recomendação 31/2018 Recomendação 29/2019 Recomendação 32/2019	Convergente: CNS, Entidades representantes da categoria farmacêutica, varejo farmacêutico Divergente: Varejo do ramo dos supermercados e parte do Legislativo	Defesa da venda de MIP exclusivamente em farmácias. Defesa da venda de MIP em supermercados e outros estabelecimentos	Eixo XII: estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e o monitoramento do mercado de medicamentos
	Medicamentos anorexígenos	(2017) Moção de reconhecimento 13/2017 Moção de repúdio 14/2017	Convergente: CNS, MS, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) Divergente: Associação Nacional de Farmacêuticos Magistrais (Anfarmag), CFF, CFM; Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (Abeso) e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), Legislativo	A favor da proibição da comercialização dos anorexígenos Liberação da comercialização dos anorexígenos	Eixo XII: estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e o monitoramento do mercado de medicamentos Eixo XIII - Promoção do uso racional de medicamentos

Quadro 1. Categorias e subcategorias empíricas e analíticas dos fatos políticos produzidos pelo Conselho Nacional de Saúde relativos à PNAF (2004-2023)

Categorias	Subcategorias	Fatos políticos (período)	Atores Sociais	Posição	Eixos da PNAF relacionados aos fatos políticos
Promoção do Uso Racional de medicamentos	Uso de medicamentos sem eficácia comprovada para covid-19	(2020-2021) Recomendação 42/2020 Recomendação 53/2020 Recomendação 34/2021	Convergentes: CNS, Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI); Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; entidades que compõem o movimento 'Frente Pela Vida', como Cebes, Abrasco, Associação Brasileira Rede Unida (Rede Unida), entre outras Divergentes: Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médicos pela Vida; MS (2019 a 2022)	Uso de medicamentos baseado em evidências científicas. Respeito à autonomia médica; Estímulo ao uso de medicamentos ainda sem comprovação científica	Eixo XIII – Promoção do uso racional de medicamentos

Fonte: elaboração própria, 2024.

Discussão

Acesso a medicamentos e aos serviços de assistência farmacêutica

PATENTE DE MEDICAMENTOS

O licenciamento compulsório do Efavirenz foi um marco na discussão sobre patentes de medicamentos, após tentativas do governo federal de reduzir seu preço para ampliar o acesso ao tratamento no Programa Nacional de HIV/Aids¹. Durante os embates entre o governo brasileiro e a indústria farmacêutica, movimentos da sociedade civil se mobilizaram, e o CNS, por meio da Resolução nº 352/2005, defendeu o licenciamento compulsório de antirretrovirais patenteados, que oneravam o Sistema Único de Saúde (SUS), e a revisão da Lei de Propriedade Industrial (LPI)^{1,17}. O licenciamento enfrentou oposição da mídia e do fabricante do Efavirenz^{1,17}, levando o CNS a emitir a Moção de apoio nº 06/2007 em apoio à decisão governamental de realizar o licenciamento compulsório.

A questão de patentes no Brasil continuou em permanente discussão, tendo como proposta da 15ª Conferência Nacional de Saúde a reformulação da LPI (Resolução CNS nº 507/2016), evidenciando o confronto da

dimensão sanitária, econômica e política dessa pauta, por atingir diretamente os interesses das grandes empresas farmacêuticas, especificamente, as multinacionais¹. Nesse processo, o CNS posicionou-se (Moção de repúdio nº 14/2012) em defesa da atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) com relação à anuência prévia na análise de pedidos de patentes na área farmacêutica, repudiando as diversas tentativas de enfraquecer o seu papel, como: ações judiciais movidas por empresas que buscavam excluir ou restringir a anuência prévia da Anvisa; o parecer da Advocacia Geral da União, que limita o escopo dessa anuência à análise da nocividade à saúde humana; e alguns projetos de lei nesse mesmo sentido.

Com a pandemia de covid-19, o debate sobre patentes se intensificou, o CNS posicionou-se (Moção de apoio nº 03/2020) pelas licenças compulsórias temporárias e não exclusivas para patentes e em defesa (Recomendação nº 13/2021) do licenciamento compulsório para tecnologias que atendessem aos interesses sociais durante a pandemia da covid-19.

DESABASTECIMENTO DE MEDICAMENTOS NO BRASIL

A questão do desabastecimento de medicamentos no mundo se intensificou a partir

dos anos 2000¹⁸. No Brasil, foram instituídas políticas para fortalecer a base produtiva em saúde e gerar inovação, como a Política de Desenvolvimento Produtivo, em 2008¹⁹. No entanto, essas iniciativas não conseguiram reduzir a dependência externa de produtos de saúde. Essa situação se agravou a partir de 2016, com a adoção de medidas de austeridade que resultaram no desmantelamento do setor público²⁰ e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis).

Diante dessa situação, os debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde produziram diversas propostas para o fortalecimento do Ceis como uma política de Estado (Resolução CNS nº 507/2016); também reforçada nas conferências subsequentes (Resolução CNS nº 719/2023).

Durante a pandemia de covid-19, agravou-se a crise do desabastecimento de medicamentos no Brasil, como anestésicos, antibióticos e antivirais¹⁸. Nesse contexto, o CNS recomendou (Recomendação nº 54 de 2020) ao Ministério da Saúde (MS) e a órgãos de controle que monitorassem ações para aquisição de medicamentos para o enfrentamento da pandemia da covid-19.

O MS estabeleceu diversas iniciativas, mobilizando atores como Anvisa, Conselho de Ministros, Associação de Farmacêuticos, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais (Conasems), que resultaram em resoluções da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) sobre critérios de estabelecimento ou ajuste de preços de medicamentos com risco de desabastecimento no Brasil²¹. O CNS, por meio da Recomendação nº 19/2022, recomendou que o enfrentamento desse problema não se limitasse apenas à precificação dos medicamentos.

Também, em 2022, o CNS promoveu um debate sobre Ceis, com a participação de representantes do MS, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e da Subcomissão do Ceis na Câmara dos Deputados, fomentando a criação de um grupo de trabalho para debater o Ceis²². Em 2023, o governo federal retomou a agenda

para o fortalecimento do Ceis no Brasil e criou o Grupo Executivo do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Geceis), com participação do CNS²³.

Vê-se, portanto, que o desabastecimento de medicamentos é um problema complexo e multifacetado que exige abordagens políticas abrangentes e participação ativa da sociedade para garantir o acesso equitativo e contínuo a medicamentos essenciais, sendo o fortalecimento do Ceis a principal estratégia para enfrentamento dessa situação.

PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL

As primeiras ideias sobre a proposta do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) ocorreram durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde, e, no âmbito do CNS, ocorreu sem discussões mais abrangentes, no mesmo momento em que se apresentou a PNAF²⁴. Não foi uma decisão coletiva, de modo que houve divergências, inclusive do CNS²⁴. O PFPB foi criado em 2004, na modalidade 'Rede própria', com o objetivo de disponibilizar medicamentos essenciais a baixo custo ou gratuitamente, e, posteriormente, foi expandido por meio do 'Aqui Tem Farmácia Popular'²⁴. Seus resultados na ampliação do acesso a medicamentos e seu impacto na saúde^{25,26} demonstraram que essa seria uma importante política farmacêutica, ganhando apoio de atores inicialmente discordantes da proposta, a exemplo do CNS.

Assim, nos momentos de inflexão, acenados entre 2016 e 2017, com fechamento da 'rede própria' e descredenciamento da rede privada²⁴, o CNS apresentou propostas para a manutenção do PFPB durante a 16ª Conferência Nacional de Saúde, em 2019 (Resolução nº 617/2019), e recomendou (Recomendação nº 13/2017 e nº 60/2020) a interrupção de qualquer processo de desestruturação do PFPB, em especial, da modalidade 'Rede própria'.

Continuando o processo de inflexão, em 2022, o governo federal propôs a redução de recursos para o PFPB, o que levou o CNS a

emitir a Recomendação nº 30/2022, solicitando a recomposição do orçamento. Além disso, houve mobilização de atores sociais, como profissionais de saúde, varejo, indústria, logística farmacêutica e o CFF, que apoiaram essa posição²⁷.

Os fatos registrados nessa categoria analítica evidenciam que o acesso a medicamentos e aos serviços de assistência farmacêutica tem sido pauta frequente no âmbito do CNS. A permanência dessa pauta indica, por sua vez, a presença de dilemas no debate sobre medicamentos, especialmente entre as dimensões política, econômica e sanitária, haja vista os principais atores e os interesses presentes nessas questões centrais. Indica, também, a permanência de elementos condicionantes de fragilidades no aspecto central da PNAF, que é o acesso, diante da dinâmica da conjuntura social e política e da relação Estado/mercado/sociedade ao longo desse período de 20 anos da instituição da PNAF.

JUDICIALIZAÇÃO PARA O ACESSO AOS MEDICAMENTOS

A judicialização na saúde tem aumentado de modo crescente. De 2008 a 2017, houve um aumento de 130% no número de demandas anuais de primeira instância relacionadas à saúde (Justiça Estadual)²⁸. Em que pese a deficiência no financiamento e na gestão no SUS ser uma das causas da crescente judicialização, há evidências de que os interesses mercadológicos da indústria farmacêutica reúnem vários atores, como advogados privados, médicos, organizações não governamentais, entre outros, na promoção da judicialização da saúde²⁹.

O enfrentamento desse fenômeno tem exigido esforços da sociedade civil e do Estado, com expressiva participação das secretarias estaduais de saúde em colaboração com o Judiciário e o Legislativo¹. Observa-se uma concordância entre diversos atores com relação à necessidade de qualificar e reduzir a judicialização³⁰, com constantes debates sobre os critérios de incorporação e acesso

aos medicamentos no SUS, como a existência de registro na Anvisa e a comprovação de incapacidade financeira do paciente^{31,32}. O CNS contestou esse último aspecto, afirmando que viola o princípio da universalidade do SUS e era inconstitucional (Recomendação nº 30/2018).

Os documentos analisados evidenciam que o CNS vem, de forma permanente, debatendo essa temática, buscando promover integração mais efetiva com os órgãos da justiça, posicionando-se em favor do aumento do financiamento do SUS, da necessidade de elaboração de mais protocolos e diretrizes clínicas para doenças raras e outros grupos de doenças^{30,31,33}. Mais recentemente, o CNS compôs a nova Comissão Especial do Supremo Tribunal Federal (STF) para debater a judicialização de medicamentos não padronizados no SUS³¹.

Regulação sanitária de medicamentos e estabelecimentos de saúde

PUBLICIDADE DE MEDICAMENTOS

No contexto da Anvisa, a publicidade e propaganda de medicamentos é regulamentada pela RDC nº 96/2008³⁴, ainda vigente e com algumas alterações. Tal normativa foi resultante de um processo de consulta pública com participação de diversos setores da sociedade (instituições de ensino e pesquisa, Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes e profissionais de saúde) favoráveis à proibição da publicidade de medicamentos de venda livre nos órgãos de comunicação, em todo o território nacional, e à restrição da propaganda dirigida aos profissionais de saúde³⁵. O CNS teve a mesma posição, o que foi demonstrado na Moção nº 05/2007.

De outro lado, o varejo e a indústria farmacêutica defenderam a publicidade para público em geral, enquanto publicitários alegaram inconstitucionalidade da regulamentação

de publicidade pela Anvisa³⁵. Em defesa da Anvisa, o CNS expressou apoio ao seu papel como autoridade regulatória no controle da publicidade (Moção de apoio nº 05, de 2009). Conflitos existentes nesse processo de regulação da propaganda de medicamentos no Brasil enfatizam dilemas entre as dimensões sanitária, econômica e política nessa pauta.

FARMÁCIA COMO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

A legislação farmacêutica brasileira, especialmente a Lei nº 5991/73³⁶, estabelecia as farmácias como locais exclusivamente destinados à comercialização de medicamentos. O debate sobre a modificação dessa lei se intensificou com o PL nº 4.385/1994³⁷, que propunha dispensar a obrigatoriedade da presença do farmacêutico nas farmácias. Ao longo de 20 anos, houve posicionamentos de atores com interesses distintos, sendo identificados diversos projetos de lei, substitutivos e pareceres, tanto divergentes quanto convergentes, que foram elaborados³⁷, culminando na publicação da Lei nº 13.021/2014³⁸.

O CNS sempre se posicionou em defesa da obrigatoriedade da presença do farmacêutico, inclusive, manifestou-se por meio da recomendação nº 50/2008 e, posteriormente, da Moção de apoio 02/2014, apoiando de forma integral a proposta que foi aprovada como Lei ordinária nº 13.021/2014³⁸, em que a farmácia passa a ser vista como estabelecimento de saúde.

Mesmo após a aprovação dessa lei, a Medida Provisória (MP) nº 653/2014³⁹ e o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 372/2017⁴⁰ tentaram modificá-la, tratando especificamente da não obrigatoriedade do farmacêutico nas farmácias. Isso exigiu do CNS mobilização em torno dessa pauta, tendo produzido a Moção de repúdio a essa MP (nº 10/2014) e a Recomendação nº 59/2017, para que o Congresso Nacional rejeitasse esse PLS. Ambas foram arquivadas, tendo sua tramitação encerrada. No entanto, ainda tramitam, na Câmara dos Deputados, projetos de lei que versam

sobre a não obrigatoriedade do farmacêutico nas farmácias, mostrando que esse é um tema em constante debate, exigindo um estado de vigilância permanente para mobilizações contrárias e essas pautas⁴¹.

COMERCIALIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

A comercialização de Medicamentos Isentos de Prescrição (MIP) é um tema em constante debate, especificamente, pelas tentativas do Legislativo, que, por influência dos grupos varejistas de supermercados, vem defendendo a liberação de vendas de MIP em outros estabelecimentos comerciais. Essa pauta tem gerado embates importantes entre diferentes atores das sociedades civil e política, como Conselho Federal de Farmácia (CFF), MS, Anvisa, Conselho Federal de Medicina (CFM), varejo farmacêutico, entre outras organizações da saúde⁴², repercutindo em posicionamento do CNS.

Momento importante dessa discussão refere-se à ação da Anvisa, que, por meio da RDC nº 41/2012⁴³, passou a permitir que qualquer tipo de MIP poderia permanecer ao alcance dos usuários, gerando oposição do CNS (Moção de repúdio nº 10/2012). Há, nesse sentido, o predomínio da dimensão econômica permeando a ação da agência reguladora.

Mais recentemente, houve tentativas, especificamente por parte do Legislativo, de comercialização dos MIP em outros estabelecimentos, com contínuas manifestações do CNS (Recomendações CNS nº 31/2018; nº 29/2019; nº 32/2019). Essa pauta visa, principalmente, à expansão do mercado de MIP, que tem crescido nos últimos anos, registrando um aumento de 43,1% em faturamento entre 2020 e 2022; e um volume total de vendas de 19,7% para 26,1%, entre 2020 e 2022⁴⁴.

Tais dados evidenciam, mais uma vez, o predomínio da dimensão econômica sobre a dimensão sanitária dos medicamentos, cabendo à sociedade civil e ao CNS enfrentar constantemente essa situação de modo a garantir o uso seguro dos medicamentos.

MEDICAMENTOS ANOREXÍGENOS

A regulação dos medicamentos anorexígenos foi marcada pela proibição, pela Anvisa, das substâncias anfepramona, femproporex e mazindol, e o controle da prescrição e dispensação da sibutramina pela RDC nº 52/2011⁴⁵, devido à falta de evidências sobre sua segurança e eficácia. Isso levou a uma interferência do Legislativo, refletindo conflitos envolvendo diversos atores sociais. Entidades como a Associação Nacional dos Farmacêuticos Magistrais, CFF, CFM, a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (Abeso) e a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) se posicionaram contra a proibição, argumentando a falta de alternativas terapêuticas medicamentosas para tratar a obesidade^{46,47}.

Apesar da vigência dessa RDC, o Legislativo aprovou a Lei nº 13.454/2017⁴⁸, autorizando a produção, comercialização e o consumo, sob prescrição médica, dos anorexígenos. A discussão do projeto dessa lei foi extensa e conflituosa. Após sua aprovação, o CNS reconheceu a posição contrária da Anvisa e do MS (Moção nº 13/2017) e recomendou o veto presidencial ao PL. Sua aprovação gerou críticas do CNS, que emitiu a Moção de repúdio nº 14/2017. Em 2021, o Supremo Tribunal Federal declarou a lei inconstitucional por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5.779⁴⁹. Esses eventos destacam a relevância contínua dessa questão nas políticas farmacêuticas, especialmente no uso racional de medicamentos, e a interferência do Legislativo na regulação.

Tais fatos políticos evidenciam que a dimensão sanitária do medicamento tem prevalecido sobre a dimensão econômica, ainda que sob constantes tensionamentos e conflitos. Os embates com relação àqueles que se posicionam de modo a preservar a segurança no uso dos medicamentos, como o CNS e demais atores mencionados, e aqueles que veem o medicamento como fonte de lucro, como a indústria farmacêutica e o varejo farmacêutico, refletem os desafios na regulação sanitária.

Tal situação tem exigido a expressiva participação do CNS, bem como a articulação com outros atores sociais e o Estado, incluindo o Legislativo, de modo a construir relação de forças que favoreça o predomínio dos interesses sanitários nas pautas relativas à assistência farmacêutica.

Promoção do uso racional de medicamentos

Apesar de o uso racional ser o cerne da PNAF, a análise dos documentos apontou fatos políticos relativos à atuação do CNS nessa pauta específica, predominantemente no âmbito da pandemia de covid-19. Nesse sentido, cabe ponderar que, de fato, as ações em prol do uso racional têm um caráter de execução que não compete ao CNS, a exemplo de regulamentação para a prescrição, dispensação e uso de medicamentos. Ademais, o referencial teórico-metodológico adotado neste estudo remete a fatos mais conflitivos, tais como aqueles que ocorreram entre o CNS e outros atores sociais com relação às decisões do MS na pandemia da covid-19, que, ao adotar uma postura negacionista da ciência, fomentou, entre outros equívocos, o uso de medicamentos sem eficácia comprovada.

Nesse processo, o CNS, em parceria com quatorze entidades científicas, participou do movimento ‘Frente pela Vida’, para enfrentar a pandemia com base em evidências científicas⁵⁰. Com relação à assistência farmacêutica, o CNS se opôs ao uso de medicamentos sem eficácia comprovada para covid-19, defendendo o uso racional e recomendando (Recomendação nº 42/2020) a suspensão das orientações do MS sobre o uso de cloroquina e hidroxicloroquina e outros medicamentos. Esses eram promovidos pelo governo federal, pelo movimento ‘Médicos pela Vida’ e, em parte, pelo CFM, mesmo sem comprovação científica, com base no argumento da autonomia médica, resultando em uso inadequado e político^{51,52}.

Apesar da mobilização de várias entidades, o MS manteve suas orientações, implicando aumento das vendas, automedicação e desabastecimento de cloroquina e hidroxicloroquina no Brasil. Tal situação exigiu do CNS um posicionamento (Recomendação nº 53/2020) orientando a adoção de medidas efetivas e adequadas para abastecimento desses medicamentos para pacientes que fazem uso contínuo.

Em 2021, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) elaborou diretrizes para o tratamento ambulatorial da covid-19, apoiadas pelo CNS e outras entidades, mas não foram aprovadas pelo MS. O CNS, por meio de nota pública, exigiu respeito às decisões da Conitec e a revogação das portarias que desaprovaram as diretrizes⁵³, e recomendou (Recomendação nº 34 de 2021) que o MS acatasse essas diretrizes. Havia, nesse sentido, uma disputa entre os atores, sendo o MS um ator cujas ações estavam indo de encontro aos princípios sanitários, mostrando que as dimensões política, simbólica e ideológica prevaleceram sobre a dimensão sanitária do medicamento.

Considerações finais

O CNS tem atuado no sentido de fomentar a implementação da PNAF, com predominância de atos normativos relacionados aos eixos 'Garantia de acesso e equidade à Assistência Farmacêutica' e 'Estabelecimento de mecanismos regulação do mercado de medicamentos'. Tais eixos se caracterizam pela natureza conflitiva, com participação de diversos atores sociais e pela maior interface na relação Estado-mercado-sociedade.

Observa-se que outros eixos da PNAF, como 'Utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais', 'Descentralização das ações', 'Capacitação de recursos humanos' e 'Qualificação dos serviços de assistência farmacêutica', têm caráter mais organizativo e

operacional, tendo sido implementados por meio de dinâmicas políticas e setoriais que garantam a sua institucionalização, sem gerar maiores tensionamentos. O eixo de 'Utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos', por exemplo, ainda que remeta a conflitos do campo cultural e simbólico da própria sociedade e das práticas de saúde, e econômico, por parte do mercado farmacêutico, não gerou enfrentamentos que pudessem configurá-lo como fato político.

A limitação deste estudo consiste na análise da atuação do CNS com base em documentos apenas, sem considerar outras fontes de evidências que poderiam contribuir para melhor compreensão dos fatos políticos. No entanto, a análise documental possibilitou um resgate histórico de longo período (20 anos), o que dificilmente seria possível por meio da memória de atores que vivenciaram os fatos em momentos específicos. Nesse sentido, o estudo traz embasamento para investigações futuras que empreguem abordagens metodológicas complementares. Também oferece contribuições para a compreensão sobre a implementação da PNAF, importante política farmacêutica do SUS, e fortalece as evidências da participação do CNS desde a sua formulação até os dias atuais, esclarecendo sua participação ativa nesse processo pela garantia de assistência farmacêutica aos brasileiros.

Colaboradoras

Pires GB (0000-0003-3853-5687)* e Alencar TOS (0000-0001-6257-5633)* contribuíram para elaboração, concepção do trabalho, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica, aprovação final do manuscrito. Oliveira KS (0009-0006-0142-347X)* contribuiu para concepção do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados do manuscrito. Carvalho DO (0000-0003-0914-6092)* contribuiu para coleta, análise e interpretação dos dados do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Alencar TOS. Reforma sanitária brasileira e políticas farmacêuticas (1976-2014). São Paulo: Hucitec; 2017. 583 p.
2. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2004 maio 20 [acesso em 2024 jan 10]; Seção I:52. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html
3. Presidência da República (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 1990 dez 31 [acesso em 2024 jan 10]; Seção I:25694. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
4. Matus C. Teoria do jogo social. São Paulo: Fundap; 2005. 524 p.
5. Souza GS, Costa EA, Barros RD, et al. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. Rev Saúde Pública. 2017;51(supl2):1-12. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007135>
6. Costa EA, Pereira MT. Situação sanitária dos medicamentos na atenção primária no Sistema Único de Saúde nas capitais do Brasil. Vigil Sanit Debate. 2022;10(2):2-12. DOI: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01992>
7. Drummond ED, Simões TC, Andrade FB. Mudanças no acesso gratuito a medicamentos prescritos no sistema público de saúde no Brasil. Cad Saúde Colet. 2022;30(1):56-67. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230010172>
8. Dantas AT, Mendonça PAS. Impactos concorrenciais da entrada dos medicamentos genéricos no mercado farmacêutico brasileiro de 2003 a 2007. RAE. 2014;32(62):101-124. DOI: <https://doi.org/10.22456/2176-5456.17460>
9. Bertoldi AD, Arrais PSD, Tavares NUL, et al. Utilização de medicamentos genéricos na população brasileira: uma avaliação da PNAUM 2014. Rev Saúde Pública. 2016;50(supl2):11s. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006120>
10. Vasconcelos DMM, Chaves GC, Azeredo TB. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(8):2609-2614. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.02432017>
11. Alencar TOS, Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira e políticas farmacêuticas: uma análise dos fatos produzidos entre 2003 e 2014. Saúde debate. 2017;41(esp3):45-59. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S304>
12. 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>
13. Oliveira NC. Política nacional de assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: conquistas e desafios [dissertação na Internet]. Vitória: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória; 2022 [acesso em 2023 nov 16]. 100 p. Disponível em: <https://emescam.br/wp-content/uploads/2023/01/DISSERTACAO-FINAL-NATHALIA-CESAR-DE-OLIVEIRA.pdf>
14. Souza LVS, Alencar TOS. Políticas farmacêuticas: fatos políticos produzidos pelo Legislativo Federal entre 2016 e 2020. Saúde debate. 2023;47(137):207-221. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313715>
15. Alencar TOS. Notas sobre definições de fato social, histórico e político: subsídios para análise política em saúde [Internet]. Salvador: Observatório de Análise Política em Saúde; 2016 [acesso em 2022 set 25]. Dis-

- ponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/pensamentos/147428574757dfd0b3e7102>
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 2014. 407 p.
 17. Reis R, Vieira MF, Chaves GC. Acesso a medicamentos e propriedade intelectual no Brasil: A experiência da sociedade civil. In: Reis R, Terto JRV, Pimenta MC, organizadores. Direitos de propriedade intelectual e acesso aos antirretrovirais: resistência da sociedade civil no sul global: Brasil, Colômbia, China, Índia, Tailândia [Internet]. Rio de Janeiro: ABIA; 2011 [acesso em 2023 dez 16]. p. 12-58. Disponível em: <https://abiuids.org.br/wp-content/uploads/2015/05/Direitos-Propriedade-Intelectual-GTPI.pdf>
 18. Chaves LA, Osorio-de-Castro CGS, Caetano MC, et al. Desabastecimento, uma questão de saúde pública global: sobram problemas, faltam medicamentos. In: Portela MC, Reis LGC, Lima SML, organizadores. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022 [acesso em 2023 dez 10]. p. 103-115. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/kymhj>
 19. Fernandes DRA, Gadelha CAG, Maldonado JMSV. Vulnerabilidades das indústrias nacionais de medicamentos e produtos biotecnológicos no contexto da pandemia de COVID-19. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(4):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00254720>
 20. Aragão ES, Funcia FR. Austeridade fiscal e seus efeitos no Complexo Econômico-Industrial da Saúde no contexto da pandemia da COVID-19. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(9):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00100521>
 21. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Medicamentos com risco de desabastecimento (Resolução CM-CMED nº 07/2022) [Internet]. Brasília, DF: Anvisa; 2022 jun 29 [acesso em 2024 jan 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/risco-de-desabastecimento>
 22. Conselho Nacional de Saúde (BR). Ata da Tricentésima Trigésima Segunda Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS [Internet]. Brasília, DF: CNS; 2022 jul 21 [acesso em 2023 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/reunioes-do-conselho/atas/2022/ata-da-332a-reuniao-ordinaria-do-cns.pdf/view>
 23. Conselho Nacional de Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde integrará Grupo Executivo do Complexo Econômico-Industrial da Saúde [Internet]. Brasília, DF; 2023 abr 4 [acesso em 2024 mar 9]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2943-conselho-nacional-de-saude-integrara-grupo-executivo-do-complexo-economico-industrial-da-saude>
 24. Alencar TOS, Araújo PS, Costa EA, et al. Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões. *Saúde e debate*. 2018;42(esp2):159-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S211>
 25. Ferreira PAA. Efeitos do copagamento de medicamentos sobre saúde no Brasil: evidências do programa Aqui Tem Farmácia Popular [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2017. 124 p.
 26. Almeida ATC, Sá EB, Vieira FS, et al. Impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil sobre a saúde de pacientes crônicos. *Rev Saúde Pública*. 2019;53(20):1-11. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000733>
 27. Conselho Federal de Farmácia (BR). Relator do orçamento acata argumentação e decide recompor orçamento do Farmácia Popular [Internet]. 2022 dez 19 [acesso em 2023 dez 1]. Disponível em: <https://site.cff.org.br/noticia/noticias-do-cff/19/12/2022/relator-do-orcamento-acata-argumentacao-e-decide-recompor-orcamento-do-farmacia-popular>
 28. Conselho Nacional de Justiça (BR). Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução [Internet]. Brasília, DF: Insper; 2019 [acesso em 2024 fev 3]. Disponível em: ht-

[tps://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf](https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf)

bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/rdc0096_17_12_2008.html

29. Faria LO, Marchetto BP. A Judicialização da saúde: atores e contextos de um fenômeno crescente. RDB. 2020;26(10):161-177. DOI: <https://doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2358-1352/2020.v26i10.4660>
30. Conselho Nacional de Saúde (BR). Ata da 285ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, 6 e 7 de outubro de 2016 [Internet]. Brasília, DF: CNS; 2016 [acesso em 2023 set 20]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/atas/atas_16.htm
31. Conselho Nacional de Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde compõe comissão especial no STF para avaliar a judicialização de medicamentos [Internet]. Brasília, DF: CNS; 2023 out 2 [acesso em 2024 mar 2]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/3169-conselho-nacional-de-saude-compoe-comissao-especial-no-stf-para-avaliar-a-judicializacao-de-medicamentos>
32. Supremo Tribunal de Justiça (BR). Primeira Seção define requisitos para fornecimento de remédios fora da lista do SUS [Internet]. Brasília, DF: STJ; 2018 abr 25 [acesso em 2024 out 22]. Disponível em: https://www.stj.jus.br/sites/portaltj/Paginas/Comunicacao/Noticias-antigas/2018/2018-04-25_12-20_Primeira-Secao-define-requisitos-para-fornecimento-de-remedios-fora-da-lista-do-SUS.aspx
33. Conselho Nacional de Saúde (BR). Judicialização na Saúde: CNS participa de audiência para aprimorar trabalho da justiça [Internet]. Brasília, DF: CNS; 2017 dez 11 [acesso em 2024 fev 4]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/568-judicializacao-na-saude-cns-participa-de-audiencia-para-aprimorar-trabalho-da-justica>
34. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 96, de 17 de dezembro de 2008. Dispõe sobre a propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção comercial de medicamentos. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2008 dez 18 [acesso em 2024 jan 10]; Seção I:102. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/rdc0096_17_12_2008.html
35. Nascimento AC, Paula FA. Controle social e regulação da propaganda de medicamentos: consulta pública sobre propaganda de medicamentos expõe fragilidades do processo de participação social da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Rev Electron Comun Inf Inov Saúde. 2010;4(4):62-71. DOI: <https://doi.org/10.3395/reciis.v4i4.648>
36. Presidência da República (BR). Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 1973 dez 19 [acesso em 2024 mar 20]; Seção I:13049. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5991.htm
37. Câmara dos Deputados (BR). Projeto de Lei n. 4385/1994. Dá nova redação ao art. 15 da Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que “dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências”. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 1994 jan 23 [acesso em 2024 mar 20]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20850>
38. Presidência da República (BR). Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Diário Oficial da União-Edição Extra [Internet], Brasília, DF. 2014 ago11 [acesso em 2024 mar 20]. Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13021.htm
39. Presidência da República (BR). Medida Provisória nº 653, de 8 de agosto de 2014. Altera a Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Diário Oficial da União-Edição Extra [Internet], Brasília, DF. 2014 ago 11 [acesso em 2023 dez 18]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Mpv/mpv653.htm

40. Senado Federal (BR). Projeto de Lei do Senado nº 372, de 2017. Altera a Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas, para dispor sobre a presença de farmacêutico nas farmácias constituídas como Microempreendedor Individual (MEI) e Microempresas [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2017 [acesso em 2023 dez 15]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/131086>
41. Câmara dos Deputados (BR). Projeto de Lei n. 10135/2018. Acrescenta os §§ 1º e 2º ao art. 6º da Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014, para dar tratamento diferenciado às farmácias de pequeno porte situadas em municípios com menos de 100 mil habitantes, no que tange à exigência da presença do farmacêutico [Internet]. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2018 abr 25 [acesso em 2024 fev 3]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2173399>
42. Conselho Federal de Farmácia (BR). Parecer favorável do ME à venda de medicamentos em supermercados ignora prejuízo para o SUS [Internet]. Brasília, DF: Comunicação CFF; 2022 ago 3 [acesso em 2024 abr 20]. Disponível em: <https://site.cff.org.br/noticia/noticias-do-cff/03/08/2022/parecer-favoravel-do-me-a-venda-de-medicamentos-em-supermercados-ignora-prejuizo-para-o-sus>
43. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 41, de 26 de julho de 2012. Altera Resolução RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009, que dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2012 jul 26 [acesso em 2024 abr 20]. Seção I:59. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0041_26_07_2012.html
44. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Anuário estatístico do mercado farmacêutico [Internet]. Brasília, DF: Anvisa; 2023 [acesso em 2023 out 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/medicamentos/cmmed/anuario-estatistico-2022>
45. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 52, de 6 de outubro de 2011. Dispõe sobre a proibição do uso das substâncias anfepramona, femproporex e mazindol, seus sais e isômeros, bem como intermediários e medidas de controle da prescrição e dispensação de medicamentos que contenham a substância sibutramina, seus sais e isômeros, bem como intermediários. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2011 out 10 [acesso em 2024 abr 20]. Seção I:55. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0052_06_10_2011.html
46. Conselho Federal de Farmácia (BR). Inibidores de apetite: controlar sim, proibir não. Rev Pharmacia Brasileira [Internet]. 2011;80:14-16 [acesso em 2024 jan 15]. Disponível em: http://farmaceuticos.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/130/014a016_inibidores_de_apetite.pdf
47. Ruprecht T. Aprovada lei que libera remédios emagrecedores: veja opiniões [Internet]. Saúde Abril. 2017 jun 23 [acesso em 2024 fev 5]. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/aprovada-lei-que-libera-remedios-emagrecedores-veja-opinioes>
48. Presidência da República (BR). Lei nº 13.454, de 23 de junho de 2017. Autoriza a produção, a comercialização e o consumo, sob prescrição médica, dos anorexígenos sibutramina, anfepramona, femproporex e mazindol. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2017 jun 26 [acesso em 2024 fev 5]. Seção I:1. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=26/06/2017>
49. Supremo Tribunal Federal (BR). Ofício eletrônico nº 15214/2021. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5779 [Internet]. Brasília, DF. 2021 out 15 [acesso em 2023 dez 3]. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9030178&dispositivo=inline>
50. Frente Pela Vida. Frente pela Vida denuncia Ministério da Saúde por atividade contra a Saúde Pública

[Internet]. 2022 jan 23 [acesso em 2023 set 22]. Disponível em: <https://frentepelevida.org.br/noticia/frente-pela-vida-denuncia-ministerio-da-saude-por-atividade-contra-a-saude-publica/361>

51. Ferrari IW, Grisotti M, Amorim LC, et al. “Tratamento precoce”, vacinação e negacionismo: quem são os Médicos pela Vida no contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil?. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(11):4213-4222. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022711.09282022>
52. Nicida LRA, Teixeira LA. O Conselho Federal de Medicina: entre a defesa profissional e as controvérsias sobre terapêuticas: estudo do caso da epidemia de COVID-19 no Brasil. *Cuad Ed Desar*. 2023;15(9):9281-9305. DOI: <https://doi.org/10.55905/cuadv15n9-071>

53. Conselho Nacional de Saúde (BR). Nota pública: CNS critica portarias que rejeitam protocolos da Conitec contra “kit covid” [Internet]. 2022 jan 24 [acesso em 2023 ago 2023]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2298-nota-publica-frente-pela-vida-critica-programa-cuida-mais-brasil-e-defende-fortalecimento-da-estrategia-saude-da-familia>

Recebido em 19/05/2024

Aprovado em 27/11/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Marcadores sociais da diferença, interseccionalidade e saúde coletiva: diálogos necessários para o ensino em saúde

Social markers of difference, intersectionality and collective health: Necessary dialogues for health teaching

Renata Mourão Macedo¹, Thamires Monteiro de Medeiros¹

DOI: 10.1590/2358-289820251449507P

RESUMO Com foco no ensino em saúde, o objetivo do texto é apontar a aplicabilidade dos acúmulos teóricos dos marcadores sociais da diferença e da interseccionalidade para a compreensão de processos de cuidado, saúde, adoecimento e vulnerabilização. A partir da experiência docente em uma graduação em medicina, discute-se como a perspectiva de análise articulada dos marcadores sociais da diferença complexifica a compreensão da determinação social da saúde e se aplica à realidade da formação em saúde brasileira. O artigo está organizado em duas partes. Na primeira, discute-se a importância dos marcadores sociais raça e gênero, bem como da perspectiva interseccional, para pensar a constituição de corpos e sujeitos diversos. Já na segunda parte, focaliza-se o diálogo com o campo da saúde coletiva, destacando políticas do Sistema Único de Saúde que mobilizam marcadores sociais e retomando pesquisas brasileiras que elucidam a importância do tema para o ensino em saúde. Assim, por meio de perspectiva transdisciplinar na interface entre ciências sociais e saúde coletiva, o artigo busca contribuir para a organização desse amplo debate que, especialmente a partir de 2010, tomou corpo no Brasil e busca avançar para uma formação em saúde mais comprometida com a equidade, a diversidade e os direitos humanos.

PALAVRAS-CHAVE Ensino. Educação. Saúde pública. Ciências sociais.

ABSTRACT Focusing on health teaching, the objective of the text is to point out the applicability of theoretical accumulations of social markers of differences and intersectionality for understanding processes of care, health, illness and vulnerability. Based on teaching experience in an undergraduate medical course, it discusses how the perspective of articulated analysis of social markers complicates the understanding of the social determination of health and applies to the reality of Brazilian health training. The article is organized into two parts. The first discusses the importance of race and gender, as well as the intersectional perspective, to think about the constitution of diverse bodies and subjects. The second part focuses on direct dialogue with the field of collective health, highlighting Unified Health System (SUS) policies mobilize social markers and resuming Brazilian research that elucidates the importance of such debate for health teaching. Thus, through an interdisciplinary perspective at the interface between social sciences and collective health, the article seeks to contribute to the organization of this debate that, especially since 2010, has taken shape in the Brazil and seeks to advance towards health training that is more committed to equity, diversity and human rights.

KEYWORDS Teaching. Education. Public health. Social sciences.

¹Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) – São Paulo (SP), Brasil.
renatagmourao@hotmail.com



Introdução

Quando acessam os serviços de saúde, pessoas são recebidas e tratadas da mesma maneira, independentemente de sua identidade de gênero¹? As doses de analgesia para o manejo do parto são dadas em iguais quantidades para mulheres negras e brancas²? Ao chegar em um hospital de referência para câncer de mama, mulheres brancas e negras apresentam diferenças prévias no estadiamento clínico³? Epidemias de dengue ou Zika vírus, difundidas pelo mosquito *Aedes Aegypti*, afetam igualmente as pessoas ou apresentam desigualdades interseccionais de classe social, gênero e raça⁴? Essas diferentes perguntas são respondidas por pesquisas contemporâneas na interface entre ciências sociais e saúde coletiva, que demonstram a importância de se compreender os processos de saúde-doença-cuidado a partir da perspectiva dos marcadores sociais da diferença, e sobre como eles são produzidos na realidade social e histórica brasileira.

Este artigo é escrito de uma perspectiva transdisciplinar, em que duas professoras da área de saúde coletiva de uma faculdade privada sem fins lucrativos, atuando na graduação em medicina, buscam sistematizar tais reflexões com vistas a contribuir para o ensino na área da saúde. Ao abordar a temática, percebe-se a aplicabilidade do debate às demais disciplinas que compõem o campo da saúde, no desempenho de saberes e práticas que têm por intervenção a vida humana e/ou de seus grupos: um *locus* de inevitável interação com marcadores sociais e suas interseções. A partir de diferentes áreas de formação, pesquisa e de nossas marcações sociais (uma de nós, enfermeira sanitária, e a outra, antropóloga – ambas mulheres brancas e cisgênero), temos percebido a importância formativa da análise articulada dos marcadores sociais da diferença na saúde. Assim, o objetivo deste texto é contribuir para a organização deste amplo debate, que, especialmente a partir dos anos 2010, tomou corpo no Brasil e busca avançar para uma formação em saúde mais

diversa, comprometida com a equidade, com as demandas de saúde da população e com os direitos humanos em um país marcado por profundas desigualdades.

No campo da saúde coletiva, a perspectiva da determinação social da saúde, que ganhou força a partir dos anos 1970, cada vez mais, passou a focalizar e complexificar a causalidade social dos processos de saúde-doença, inserindo sua compreensão em estruturas mais amplas de produção e reprodução social⁵. Em vez da centralidade do modelo biomédico e hospitalocêntrico, a perspectiva da determinação social dos processos saúde-doença buscou

[...] reconhecer como as dinâmicas sociais que engendram os processos de produção e reprodução dos padrões estruturais de dominação, exploração e marginalização nas sociedades concretas, moldam os modos de vida e se expressam nos processos saúde-doença⁶⁽⁸⁴⁷⁾.

Tal perspectiva, fundamental para avançar na compreensão multicausal dos processos de adoecimento, comumente se detinha nas desigualdades econômicas, priorizando classe social e trabalho como eixos centrais de análise e intervenção. Conforme se discutirá neste artigo, por meio da análise interseccional, pode-se compreender como as desigualdades econômicas e de classe social se produzem em articulação com marcadores sociais como raça/cor, gênero, sexualidade, geração e deficiência, que também se constituem como eixos fundamentais para a compreensão dos processos saúde-doença-cuidado. Assim, argumenta-se que uma formação em saúde comprometida com a equidade, a diversidade e os direitos humanos deverá abordar diferentes marcadores sociais da diferença, por meio de metodologias variadas a serem trabalhadas dentro e fora das salas de aula nos cursos de graduação.

O artigo está organizado em duas partes. Na primeira parte, discute-se a importância dos marcadores sociais raça e gênero, bem como da perspectiva da interseccionalidade,

para pensar a constituição de corpos e sujeitos diversos na sociedade brasileira. Já na segunda parte, focaliza-se o diálogo entre as ciências sociais e a saúde coletiva, destacando políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS) promulgadas a partir da década de 2000 que mobilizam os marcadores sociais da diferença gênero, sexualidade, raça/cor e etnia. Também se retomam pesquisas brasileiras recentes que elucidam a importância desse debate para o ensino em saúde.

Marcadores sociais da diferença e interseccionalidade pensados a partir de raça e gênero no Brasil

De maneira inicial, podemos compreender os marcadores sociais da diferença como uma ferramenta teórico-conceitual que abarca categorias classificatórias tais como gênero, orientação sexual, classe social, geração, raça, etnia e deficiência, que, em relação, produzem diferenças e desigualdades nas trajetórias de indivíduos e grupos em diferentes contextos históricos e culturais⁷⁻⁹. Assim, marcadores sociais podem ser definidos como

uma maneira de designar como diferenças são socialmente instituídas e podem conter implicações em termos de hierarquia, assimetria, discriminação e desigualdade⁷⁽¹⁰⁾.

É importante salientar que, nessa perspectiva, tais marcas não são compreendidas como atributos biológicos ou inatos dos sujeitos, mas, sim, em termos históricos, políticos e sociais.

Nesse debate, para além da temática fundamental da diversidade e da diferença, importa compreender a problemática central dessas marcas sociais: como produzem desigualdades. Para entender esse desdobramento de ‘diferença’ em ‘desigualdade’, torna-se necessário compreender como essas diferenças

são produzidas, como estão imbricadas e como se constituem mutuamente, produzindo desigualdades interseccionadas¹⁰⁻¹⁴. Nas palavras de Collins e Bilge¹⁰⁽¹⁸⁾, “as relações de poder que envolvem raça, classe e gênero não se manifestam como entidades distintas e mutuamente excludentes”. Ao contrário, trata-se de compreender como as relações de poder atribuídas às pessoas e suas experiências “são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente”¹⁰⁽¹⁸⁾. Assim, focalizando os diferentes processos de saúde-doença-cuidado, torna-se necessário compreender como marcadores sociais da diferença como classe, raça, gênero, sexualidade, geração, deficiência, entre outros, interseccionam-se e reproduzem cotidianamente desigualdades estruturais de acesso, prevenção, atendimento, tratamento, diagnóstico e educação em saúde para diferentes grupos populacionais. Ou seja, como, no cotidiano, os marcadores sociais da diferença não estão separados, mas como se interseccionam na vida de diferentes pessoas e grupos populacionais.

Olhando para o caso brasileiro por essas lentes, observa-se como diferentes direitos sociais – educação, trabalho, moradia, alimentação, saúde e lazer – não são vivenciados da mesma maneira por grupos populacionais diversos, conforme categorias de gênero, sexualidade, raça/cor, classe social etc. Por exemplo, com relação ao mercado de trabalho, segundo dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese), no segundo trimestre de 2022, enquanto homens brancos receberam, em média, rendimentos de R\$ 3.708, as mulheres brancas receberam R\$ 2.774, os homens negros R\$ 2.142, e as mulheres negras R\$ 1.715¹⁵. Apesar do rendimento médio ser baixo no Brasil, ainda assim as mulheres negras ocupavam o último lugar nesse sistema de estratificação social. Tais desigualdades foram produzidas historicamente por meio de um complexo sistema colonial, mas seguem sendo reproduzidas cotidianamente no País, o qual apresenta taxas altamente estáveis de concentração de renda

entre o 1% mais rico da população, ao longo de décadas¹⁶.

A construção da categoria ‘raça’ é fundamental para a compreensão das desigualdades estruturais brasileiras. A exploração econômica do Brasil desde sua colonização foi sustentada pela escravização de povos originários e de povos oriundos da África, que contou com o maior sistema organizado de tráfico humano de que se tem registro na história, resultando em uma barbárie de quase 400 anos¹⁷.

A escalada dessa exploração teve por base um processo de marcação social de diferenciação racial produzido pelo discurso colonizador, o qual buscou destituir a pessoa indígena e africana do estatuto de humanidade. O branco europeu, mesmo tendo sido o responsável pelas barbáries das colonizações, produzia, por sua parte, características raciais supervalorizadas. Aos primeiros, uma suposta ausência de estatuto político, intelectual, ético e estético; aos segundos, justamente, uma supervalorização desses atributos^{18,19}.

Conforme questiona Nascimento¹⁷⁽²⁶⁶⁾, caberia analisar por meio de qual fenômeno foi possível que europeus brancos escravizassem outros seres humanos “com uma brutalidade sádica sem precedentes na história”. A produção econômica no período colonial, nunca minimamente reparada, estruturou heranças para brancos, negros e indígenas no Brasil, no formato de riquezas para os primeiros e desvantagens estruturais para os segundos, como a ausência de terra, renda ou oportunidade de trabalho digno pós a abolição da escravidão^{17,18,20}. Os marcadores de classe e raça se imbricam inevitavelmente nessa forma de estruturação produtiva no Brasil.

Com a ascensão do racismo científico, no final do século XIX e início do século XX, o discurso da diferenciação racial migrou para a ciência. Médicos e antropólogos procuraram validar, a partir de parâmetros antropométricos, a diferenciação racial para reforçar a suposta superioridade da raça branca²¹. A partir dos anos 1930, novas narrativas sobre as desigualdades raciais brasileiras passaram

a anunciar ‘características positivas’ da miscigenação, na medida em que promoveria uma suposta ‘harmonia racial’ e, portanto, um país livre do racismo. O que veio a se chamar ‘mito da democracia racial’, difundido a partir da obra de Gilberto Freyre, entre outros autores, tem sido exitoso em mascarar a brutal desigualdade racial no Brasil expressa em dados sobre renda, escolaridade, acesso a serviços, e mesmo do direito à vida^{14,22,23}.

O processo de apagamento das desigualdades raciais se sustenta, também, a partir da ideia de ‘mérito’. A justificativa sobre o acesso a bens materiais e simbólicos como resultado do esforço estritamente individual busca apagar a historicidade sobre como o marcador racial branco garante inevitavelmente mais acesso a esses bens, produzindo desigualdade racial. Dessa forma, a omissão ou

[...] a distorção do lugar do branco na situação das desigualdades raciais no Brasil tem um forte componente narcísico, de autopreservação, porque vem acompanhado de um pesado investimento na colocação desse grupo como referência da condição humana¹⁸⁽³⁰⁾.

O olhar para esse processo histórico é revelador das desigualdades em saúde enfrentadas no presente. De acordo com artigo publicado na revista ‘The Lancet Global Health’ por equipe da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em 2022, crianças indígenas apresentavam 14 vezes mais chances de morrer por diarreia do que as de outros segmentos raciais²⁴. Esse mesmo risco era 72% maior entre crianças nascidas de mães pretas, quando comparado com as chances em crianças de mães brancas. Quando pensado em causas acidentais para a mortalidade, as crianças filhas de mães pretas apresentaram 37% mais riscos de morrerem do que as de mães brancas²⁴.

Assim, se a categoria raça é estruturante da formação da sociedade brasileira, o campo da saúde não escapa a essa marcação. Os sujeitos de suas práticas e sua história se inserem na estruturação racial do Brasil. E, sendo assim,

cabem os seguintes questionamentos: como o marcador racial determina, também, a formação em saúde no Brasil? Nossas instituições têm sido capazes de reconhecer as marcações raciais do campo da saúde?

O ensino da história das práticas de saúde, por exemplo, tem reproduzido uma narrativa hegemônica que enuncia uma medicina europeia que adentra o Brasil acentuadamente no início do século XIX, a partir de interações entre a medicina colonial ocidental e a moderna, suavizando aspectos dos epistemicídios e das marcas coloniais de diferenciação que permearam a construção desse campo no Brasil²⁵. Conhecimentos indígenas e afro-brasileiros, frequentemente enquadrados como ‘conhecimentos outros’, fundamentais para produção do saber em saúde e para a sobrevivência e resistência desses grupos populacionais, sofreram tentativa de apagamento da história oficial da medicina. Ou seja, há uma marcação racial que permeia o ensino em saúde e que têm validado o racismo epistêmico a partir do entendimento de conhecimentos tidos como válidos, que são aqueles marcadamente de herança branca e europeia.

A formulação sobre a produção da categoria ‘raça’ e como ela se imbrica com a produção de desigualdades em saúde no Brasil é aqui apenas um dos aspectos, muito resumido, sobre como os processos de diferenciação são complexos e se engendram a padrões de exploração econômica e de produção do conhecimento. Conforme afirma Kabengele Munanga²⁶⁽⁵²⁾,

[...] sabemos todos que o conteúdo da raça é social e político. Se para o biólogo molecular ou o geneticista humano a raça não existe, ela existe na cabeça dos racistas e de suas vítimas.

Paralelamente aos debates sobre raça enquanto marcador social da diferença, também as marcações de gênero devem ser olhadas por meio da análise histórica e social de produção de diferenças e desigualdades. A categoria gênero pode ser compreendida como um

dispositivo, constituído historicamente, que posiciona vivências e experiências de feminilidades e masculinidades entre diferentes pessoas, cisgênero, trans ou não binárias, independentemente do sexo biológico designado no nascimento^{27,28}.

No Brasil, as desigualdades de gênero foram constitutivas da noção de cidadania. Ao longo do século XIX, as mulheres no Brasil, brancas, indígenas, negras ou imigrantes, não possuíam qualquer direito à propriedade, à herança, ao voto ou ao divórcio. A tais desigualdades de direitos somavam-se outras: “a exploração da mulher negra pela mulher branca”, como nos lembra Gonzalez¹⁴⁽²⁸⁾, alertando para “o duplo fenômeno do racismo e do sexismo”, constitutivo da historicidade brasileira.

No campo da formação em saúde, as primeiras faculdades de medicina só permitiram a entrada de mulheres brancas e de elite com a Reforma Leôncio de Carvalho, em 1879. Ainda assim, foram chamadas de ‘machonas’ nos jornais da época²⁹. A Enfermagem tornou-se uma profissão exclusivamente ‘de mulheres’ na virada do século XIX para o XX. Antes, enfermeiros homens e mulheres dividiam funções, muitas vezes, assumindo a enfermagem ‘correspondente ao seu sexo’^{30,31}. À medida que foram surgindo as primeiras escolas de Enfermagem, essas passaram a recrutar apenas mulheres, em sua maioria, religiosas – caso do Hospital Samaritano, fundado em 1894, em São Paulo, que não aceitava enfermeiras casadas, e as solteiras não podiam receber visitas de ‘moços solteiros’^{30,31}. Tais características históricas de gênero se fazem presentes até a atualidade, em que a formação em enfermagem ainda concentra 83% de mulheres, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022. Nesse contexto, ressalta-se que trabalhos tradicionalmente desenvolvidos por mulheres, como o de cuidados a pessoas doentes, idosos e crianças, costumam ser menos valorizados e mais mal remunerados em comparação com atividades laborais compreendidas como ‘de homens’, como a própria medicina³², o que demanda a

compreensão sobre como, na saúde, a divisão técnica e sexual do trabalho produz e gera consequências para o cuidado e para a configuração das desigualdades³³.

Excluídas do direito ao voto na Constituição em 1891, foi apenas em 1932 que as mulheres brasileiras tiveram direitos políticos minimamente conquistados. Ainda hoje, entretanto, mulheres são minoria em todas as esferas políticas nacionais, estaduais e municipais. Com relação ao mercado de trabalho, enquanto mulheres negras e de classes populares, escravizadas ou libertas, sempre trabalharam no Brasil, foi apenas em 1962, com o chamado Estatuto Jurídico da Mulher Casada, que as mulheres conquistaram o direito de ter uma profissão sem ter que pedir autorização a seus maridos³⁴.

Com relação à violência de gênero, mulheres só tiveram proteção jurídica mais efetiva no início do século XXI, com a aprovação da Lei Maria da Penha, promulgada em 2006³⁵. Trata-se de uma legislação cujo objetivo é coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, ampliando a definição de violência para abarcar a violência física, sexual, psicológica, patrimonial e moral. Entretanto, foi apenas em 2022, por meio de uma decisão do Supremo Tribunal de Justiça (STJ), que a lei foi estendida para mulheres trans, fazendo a legislação valer para qualquer mulher, independentemente do sexo biológico designado ao nascer.

Para além das lutas históricas e conquistas de direitos desempenhadas por movimentos negros, feministas e LGBTQIAPN+, deseja-se destacar aqui a perspectiva da interseccionalidade, formulada especialmente a partir dos feminismos negros¹⁰⁻¹⁴. No Brasil e internacionalmente, a perspectiva interseccional ganhou destaque ao reivindicar a indissociabilidade da análise crítica de raça e gênero, entre outros marcadores sociais, por meio de análises delineadas por diferentes autoras. Conforme definição ampla proposta por Patrícia Hill Collins e Sirma Bilge¹⁰⁽¹⁸⁾:

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam

as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas.

A intelectual brasileira Carla Akotirene¹³ aponta que a interseccionalidade se produz como ferramenta ancestral, pois mulheres negras vêm produzindo este tipo de análise pelo menos desde o século XIX, quando Truth¹² pronunciou o discurso intitulado ‘E não sou uma mulher?’, em 1851, durante convenção dos direitos das mulheres em Ohio, nos Estados Unidos. Nessa ocasião, Truth questionava a universalidade da categoria mulher a partir de sua condição de ter sido uma pessoa negra escravizada:

Eu poderia trabalhar tanto e comer tanto quanto qualquer homem – desde que eu tivesse oportunidade para isso – e suportar o açoite também! E não sou uma mulher?¹²⁽¹⁾.

Nesse caso, entre outros exemplos mobilizados posteriormente, mulheres negras tensionaram a categoria universal ‘mulher’, expondo como esta deve ser compreendida em articulação com raça e classe, entre outros marcadores sociais da diferença, para dar conta das experiências concretas dos sujeitos. O direito ao trabalho fora do domicílio, lugar social requerido por mulheres brancas de classe média a partir de meados do século XX, havia sido historicamente imposto às mulheres negras, delineando profundas desigualdades que atravessam a categoria mulher enquanto sujeito histórico.

Nesse debate, Akotirene¹³ também sublinha a importância de não fazer da interseccionalidade uma soma de opressões ou identidades pré-fixadas. Ao contrário, segundo a autora:

A interseccionalidade impede aforismos matemáticos hierarquizantes ou comparativos. Em vez de somar identidades, analisa-se quais condições estruturais atravessam corpos, quais posicionalidades reorientam significados subjetivos desses corpos, por serem experiências modeladas por e durante a interação das estruturas, repetidas vezes colonialistas, estabilizadas pela matriz de opressão, sob a forma de identidade¹³⁽⁴³⁾.

À medida que o conceito de interseccionalidade ganhou destaque nos debates acadêmicos e de movimentos sociais em diversos países a partir dos anos 2000, algumas autoras passaram a alertar para os possíveis esvaziamentos políticos de seu uso hegemônico. A antropóloga e ativista dominicana Curiel³⁶ analisa criticamente o conceito no sentido de evitar análises interseccionais que incorrem no erro de questionar pouco como as diferenças são produzidas, e, nesse sentido, oferecem uma análise empobrecida acerca da constituição de desigualdades. Curiel defende uma posição decolonial feminista, que significa entender que classificações como raça, gênero, classe e heterossexualidade são constitutivos da episteme moderna colonial; não se resumindo a simples eixos de diferenças, mas diferenciações produzidas pelas opressões, de maneira imbricada, que produzem o sistema colonial moderno³⁶.

Podemos entender, portanto, que a interseccionalidade seria insuficiente nos casos em que provoca o apagamento sobre os modos de produção das desigualdades nas conjunturas de colonialidade. Como afirma Akotirene¹³⁽³⁷⁾:

[...] frequentemente e por engano, pensamos que a interseccionalidade é apenas sobre múltiplas identidades, no entanto, a interseccionalidade é, antes de tudo, uma lente analítica, sobre a interação estrutural em seus efeitos políticos e legais.

Assim, a autora baiana destaca que, sem a radicalidade feminista negra decolonial, a

perspectiva interseccional apoiaria contradições históricas marcadas pelas diferenças e pelo silenciamento de pontos de vista.

Até aqui, abordou-se brevemente como as categorias raça e gênero se produzem e se desdobram em desigualdades estruturais. E, para fins de um artigo curto, não serão apontados outros processos de diferenciação social. A seguir, defendemos que, para que o ensino em saúde esteja comprometido com a equidade, a diversidade e os direitos humanos, torna-se fundamental aliar as discussões sobre determinação social da saúde com a articulação de marcadores sociais da diferença. Visando a contribuir para tal debate formativo, abaixo, visibilizam-se políticas públicas promovidas pelo SUS e pesquisas brasileiras recentes que explicitam a importância de trabalhar os marcadores sociais da diferença no ensino em saúde.

Diálogos necessários para o ensino em saúde: políticas e pesquisas sobre marcadores sociais da diferença em intersecção

Iniciamos este artigo com algumas perguntas sobre diferenças e desigualdades no acesso à saúde no Brasil. Todas são temas de pesquisas recentes que apontam para processos de produção de diferenças desdobradas em desigualdades, relacionadas aos marcadores sociais da diferença em intersecção. Nesta seção, por meio de perspectiva interdisciplinar na interface entre ciências sociais e saúde coletiva, destacam-se políticas públicas de saúde do SUS que mobilizam marcadores sociais da diferença, e, em seguida, retomam-se pesquisas brasileiras recentes que elucidam a importância da perspectiva interseccional para o ensino em saúde.

Vale lembrar que, no Brasil, por meio da Constituição Federal de 1988, pactuou-se que a saúde é um direito de todos e dever do Estado,

resultando na implementação do SUS, regido pelos princípios da universalidade, da integralidade e da evidente necessidade da equidade para sua efetivação. Desde então, foram criadas políticas públicas, nas áreas de educação e saúde, com foco na diversidade, contando com forte apoio de movimentos sociais, levando-se em conta marcadores sociais da diferença como gênero, orientação sexual, cor/raça, classes sociais, idade e geração^{37,38}. De maneira ampla, aqui, compreendemos políticas públicas como

[...] o processo pelo qual os diversos grupos que compõem a sociedade – cujos interesses, valores e objetivos são divergentes – tomam decisões coletivas, que condicionam o conjunto da sociedade³⁹⁽¹³⁾.

Nessa perspectiva, interessa sublinhar como, apesar das controvérsias e apelos de setores conservadores, a partir dos anos 2000, foram diversas as políticas de saúde brasileiras com foco em marcadores sociais da diferença, ainda que pouco interseccionadas e, muitas vezes, negligenciadas no ensino em saúde.

Nas duas primeiras décadas dos anos 2000, destaca-se a criação das seguintes políticas públicas: Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos Indígenas (2002), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009, atualizada em 2013 e em 2017), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009), Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2011) e Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (2011).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), criada por meio da portaria 992, em 2009, pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo priorizar “a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS”⁴⁰⁽¹⁹⁾. Ao reconhecer e

enfrentar diretamente a temática das iniquidades raciais em saúde, a política representou um grande avanço. Conforme aponta Jurema Werneck⁴¹, os dados epidemiológicos segundo raça/cor são consistentes o suficiente para

[...] indicar o profundo impacto que o racismo e as iniquidades raciais têm na condição de saúde, na carga de doenças e nas taxas de mortalidade de negras e negros de diferentes faixas etárias, níveis de renda e locais de residência⁴¹⁽⁵⁴¹⁾.

Apesar da relevância da PNSIPN e da produção de três de suas versões, essa política ainda não foi implementada de forma efetiva no País. Segundo levantamento do portal Gênero e Número, com dados do IBGE, de 2018, apenas 28% dos municípios brasileiros, aproximadamente, tinham incluído a Política em seus planos de governo, e apenas 3% possuíam instâncias específicas para coordenar e monitorar ações de saúde orientadas à população negra⁴². Também nas graduações em saúde, ainda pouco se discutem tais políticas. Ainda assim, conforme demonstrado em estudos recentes, trata-se de desafios persistentes frente ao racismo estrutural vivenciado no cotidiano dos serviços de saúde públicos e privados brasileiros⁴¹.

Na perspectiva dos marcadores sociais da diferença nas políticas do SUS, também queremos destacar a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, promulgada em 2011⁴³. Segundo o documento, foi a partir dos anos 1980 que as questões de saúde da população LGBT ganharam visibilidade, quando se adotaram estratégias para o enfrentamento da epidemia de HIV/aids, em parceria com movimentos sociais. Conforme o texto da política, para uma compreensão efetiva da determinação social no processo saúde-doença no âmbito do SUS, é preciso reconhecer ‘todas as formas de discriminação’, incluindo a LGBTfobia e outras formas de violência ligadas a identidades de gênero e orientação sexual⁴³. Assim, no campo da saúde,

as pesquisas e intervenções sobre HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) tiveram papel fundamental ao demonstrar a relevância da intersecção de marcadores sociais da diferença como gênero, sexualidade, raça, geração e classe social na compreensão de tais processos de adoecimento e acesso aos serviços de saúde¹. Vale dizer que, especialmente a partir da década de 2010, com o avanço de setores conservadores na esfera pública brasileira, as ISTs voltaram a ser abordadas a partir de discursos centrados em pautas moralistas ou exclusivamente biomédicas, conforme registrado em pesquisas, revelando explícito retrocesso^{44,45}.

Nesse âmbito, o conceito de estigma interseccional tem se revelado uma ferramenta potente para a compreensão dos desafios presentes nas intervenções da saúde pública⁴⁶. Conforme autores, para além da necessidade de reconhecer e nomear como os diferentes sistemas de poder se entrecruzam e produzem desigualdades em saúde, é preciso que estudantes e pesquisadores da saúde apoiem ações de lideranças comunitárias, grupos de resistência e de movimentos sociais no sentido de reconhecer as desigualdades interseccionais.

Vale destacar, ainda, que a produção de tais políticas de saúde promulgadas nas décadas de 2000 e 2010 seguiu o molde de produção de políticas sociais, que, apesar de lidar com problemas que na realidade se expressam interseccionados, oferece soluções para grupos específicos, setorizando as demandas. A relevância histórica dessas políticas é inegável e resultado concreto dos esforços dos movimentos sociais negro, indígenas, quilombola, de mulheres, de pessoas LGBTQIAPN+, e reflete as condições de possibilidade de cada período histórico, gerando avanços. Entretanto, o que se tem observado atualmente é a necessidade de diálogo por políticas que sejam capazes, também, de produzir respostas mais complexas e interseccionais, bem como mecanismos efetivos de implementação, acompanhamento, investimento e avaliação.

Para elucidar como as desigualdades raciais e de gênero, de maneira interseccional, afetam a saúde de diferentes grupos populacionais brasileiros, analisam-se a seguir algumas pesquisas recentes. Inicialmente, destaca-se a pesquisa intitulada 'A cor da dor: iniquidades raciais na atenção ao pré-natal e ao parto no Brasil', em que Maria do Carmo Leal e equipe de pesquisadores² analisam dados oriundos da pesquisa 'Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento', estudo de abrangência nacional com entrevistas e avaliação de prontuários de 23.894 mulheres nos anos de 2011 e 2012. A pesquisa revelou que as mulheres pretas, em comparação com as mulheres brancas, possuíam maior risco de ter um pré-natal inadequado, ausência de acompanhante e menos anestesia local para episiotomia. Conforme autores,

[...] particularmente perversa, ao mesmo tempo que reveladora quanto aos impactos da desigualdade de raça/cor, é a constatação quanto à menor aplicação de analgesia para os grupos étnico-raciais mais discriminados²⁽¹⁰⁾.

Tal diferencial na analgesia ainda poderia ser atribuído a percepções sociais de profissionais de saúde que, de maneira consciente ou inconsciente, reproduzem o racismo no sistema de saúde.

Outra pesquisa brasileira que demonstra a importância da análise de raça e gênero na saúde é a realizada por Rodrigues e pesquisadores³. A pesquisa analisou a associação entre raça/cor da pele e estadiamento clínico em mulheres com câncer de mama em um hospital de referência para tratamento oncológico do SUS no Rio de Janeiro. Segundo a pesquisa, mulheres autodeclaradas pretas apresentaram 63% mais chances de ter estadiamento II e III quando comparadas com as mulheres autodeclaradas brancas. A análise concluiu que mulheres pretas apresentaram mais chance de apresentar estadiamento clínico avançado quando comparadas com as brancas. Segundo pesquisadores, além de dificultar o diagnóstico

precoce, “a desigualdade racial pode aumentar o risco de adoecimento por câncer”³⁽¹⁰⁾ em função da combinação de diversos fatores decorrentes da desigualdade social.

Já a pesquisa de Carvalho⁴, sobre as políticas relacionadas à epidemia de Zika vírus no Nordeste brasileiro, destacou a importância do olhar interseccional aliado ao debate sobre racismo ambiental. Segundo Carvalho,

[...] o tratamento de esgotos, o abastecimento de água e a coleta de lixo são serviços quase universais em lares urbanos, mas estão menos disponíveis para as famílias lideradas por negras/os⁴⁽¹⁵⁸⁾.

Assim, o racismo ambiental faz com que áreas marginalizadas das grandes cidades, com populações majoritariamente negras e pobres, tendam a ter pior acesso a serviços públicos (menos escolas, hospitais, farmácias, praças e parques, espaços de lazer e cultura, iluminação pública, saneamento básico, entre outros aspectos). No contexto da epidemia do Zika vírus, em 2015 e 2016, o racismo ambiental teve consequências relevantes no direito reprodutivo de mulheres negras. Mobilizando dados epidemiológicos de 2016, Carvalho destacou como, entre as mulheres com provável infecção pelo vírus Zika com registro de raça/cor, aproximadamente 64% eram mulheres negras em idade fértil. A pesquisadora conclui: “ao contrário do que se afirma, a epidemia do vírus Zika não é democrática e não afeta a todos os grupos sociais de forma igual”⁴⁽¹⁴⁸⁾. Conclusões essas muito próximas às de estudos que analisaram a morbimortalidade na epidemia de covid-19, que demonstraram maior incidência da doença entre a população negra brasileira⁴⁷.

Diante disso, conforme previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina, de 2014, no ensino em saúde

[...] o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica,

subjéctiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social⁴⁸⁽¹⁾.

Trata-se, assim, de um compromisso do ensino em saúde brasileiro com a diversidade, a equidade e os direitos humanos, estabelecido na medicina, assim como em todas as demais graduações em saúde.

Em consonância com outras pesquisadoras brasileiras, defende-se aqui que a utilização da abordagem interseccional na saúde congrega as perspectivas da equidade e da justiça social, fundamentais ao sistema de saúde implementado no Brasil desde a Constituição de 1988²². Como diz Patricia Hill Collins¹⁰⁽¹³⁾, ao defender a abrangência da análise interseccional a partir dos anos 2000,

[...] a interseccionalidade também tem contribuído significativamente para o campo da saúde pública, em que os determinantes sociais e disparidades de saúde são abordados cada vez mais a partir de perspectivas interseccionais.

Considerações finais

Longe de exaurir a temática, neste texto, discutiu-se a importância do debate sobre marcadores sociais da diferença interseccionados para o ensino em saúde. Enfatizamos não ser possível compreender os processos de saúde, adoecimento, cuidado e vulnerabilização sem levar em conta as condições de produção e expressões das diferentes experiências de vida, constituídas por meio de diferenças e desigualdades raciais, de gênero, sexualidade, classe social, idade e deficiência, por exemplo.

No caminho da construção de um sistema de ensino superior em saúde que não reforce a reprodução de desigualdades sociais, é preciso avançar para uma formação mais comprometida com a equidade, a diversidade e os direitos

humanos, inserindo efetivamente a reflexão sobre marcadores sociais da diferença nos currículos dos cursos superiores de saúde. Nesse contexto, a abordagem de pesquisas e políticas públicas de saúde brasileiras que demonstrem a centralidade da temática torna-se fundamental. Da mesma forma, já se tem discutido a demanda por políticas de saúde interseccionais.

Nessa conjuntura, também se tem apontado no campo da saúde coletiva a demanda pela inclusão de recursos analíticos que ajudem a superar a fragmentação da experiência e das pautas políticas^{49,50}, bem como um exercício de leitura sobre como os marcadores sociais operam, também, no próprio campo, o que revela os privilégios de grupos que, historicamente, ocupam os mais altos postos institucionais na academia e na gestão das políticas⁵¹. Ou seja, está posta no nosso tempo histórico a inevitabilidade da utilização de lentes que nos possibilitem ler experiências de vida e de grupos sociais para além de uma

[...] massa homogênea e indiferenciada de indivíduos, sendo capazes de explicar como categorias de raça, classe, gênero, idade, estatuto de cidadania e outras posicionam as pessoas de maneira diferente no mundo¹⁰⁽³³⁾.

Isso sem deixar de lado as análises sobre como essas diferenças se produzem e se transformam no tecido histórico, social e político. Assim, está estabelecida a demanda para a

formação em saúde: capacitação de sujeitos que possam identificar como diferenças se desdobram em desigualdades, sobre como elas operam a produção de vulnerabilidades, de adoecimento e de práticas em saúde potencialmente violentas, alcançando uma agenda de diminuição das iniquidades em saúde.

Ressalta-se, por fim, que esse exercício de leitura sobre como se produzem, transformam e operam os marcadores sociais da diferença, a partir de uma leitura interseccional, deve fazer parte de uma agenda contínua de formação, a partir de um letramento inicial, pois, conforme Akotirene¹³⁽¹¹³⁾, “o conhecimento deve ir além das demarcações fixadas por linhas imaginárias do horizonte”. Ou seja, não se pode dar conta dessa temática apenas em uma ou outra disciplina (muito embora sejam fundamentais a um processo de letramento), mas com um exercício contínuo e com estratégias pedagógicas diversas que vão nos possibilitando ler a operação dos marcadores sociais nas diferentes experiências de vida, localizadas geopoliticamente, historicamente e culturalmente em território brasileiro.

Colaboradoras

Macedo RM (0000-0002-2807-4605)* e Medeiros TM (0000-0002-7679-0390)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Lucena M, Ferreira GG, Floss M, et al. Serviços de atendimento integral à saúde de transexuais e travestis no Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2022;17(44):1-14. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2964](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2964)
2. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2017;33(1):1-17. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>
3. Rodrigues GM, Carmo CN, Bergmann A, et al. Desigualdades raciais no estadiamento clínico avançado em mulheres com câncer de mama atendidas em um hospital de referência no Rio de Janeiro, Brasil. *Saúde de Soc*. 2021;30(3):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021000813>
4. Carvalho L. Vírus Zika e direitos reprodutivos: entre as políticas transnacionais, as nacionais e as ações locais. *Cad de Gênero e Diversidade*. 2017;3(2):134-157. DOI: <https://doi.org/10.9771/cgd.v3i2.22030>
5. Nunes ED. A doença como processo social. In: Canesqui AM, organizadora. *Ciências Sociais e Saúde no Ensino Médico*. São Paulo: Hucitec-Fapesp; 2000. p. 217-229.
6. Borde E, Hernandez-Alvarez M, Porto MF. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde debate*. 2015;39(106):841-854. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030023>
7. Almeida H, Simões JA, Moutinho L, et al. Numa, 10 anos: um exercício de memória coletiva. In: Saggese G, Marini M, Lorenzo RA, et al., organizadores. *Marcadores Sociais da Diferença: Gênero, sexualidade, raça e classe em perspectiva antropológica*. São Paulo: Terceiro Nome; Gamma; 2018. p. 9-30.
8. Hirano LF, Acuña M, Machado BF, organizadores. *Marcadores sociais das diferenças: fluxos, trânsitos e intersecções*. Goiânia: IU; 2019.
9. Lopes P. Deficiência na cabeça: percursos entre diferença, síndrome de Down e a perspectiva antropológica [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2020.
10. Collins P, Bilge S. *Interseccionalidade*. São Paulo: Ed. Boitempo; 2020.
11. Crenshaw K. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: VV.AA. *Cruzamento: raça e gênero* [Internet]. Brasília, DF: Unifem; 2004 [acesso em 2024 out 1]. p. 7-16. Disponível em: https://edisiplinas.usp.br/pluginfile.php/4253342/mod_resource/content/1/InterseccionalidadeNaDiscriminacaoDe-RacaEGenero_KimberleCrenshaw.pdf
12. Truth S. E não sou uma mulher? Tradução de Osmundo Pinho. Portal Geledés [Internet], 2014 ago 1 [acesso em 2024 out 1]. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/e-nao-sou-uma-mulher-sojourner-truth/>
13. Akotirene C. *Interseccionalidade – Feminismos Plurais*. São Paulo: Editora Jandaíra; 2020.
14. Gonzalez L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Rev Ciências Sociais Hoje*. 1984;1:223-243.
15. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. A persistente desigualdade entre negros e não negros no mercado de trabalho. *Boletim Especial 20 de novembro Dia da Consciência Negra* [Internet]. [local desconhecido]: Dieese; 2022 [acesso em 2024 out 1]. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2022/boletimPopulacao-Negra2022.html>
16. Souza PF. Uma história da desigualdade: a concentração de renda entre os ricos no Brasil (1926 – 2013). São Paulo: Hucitec; 2018.
17. Nascimento A. *O Quilombismo*. Petrópolis: Editora Vozes; 1980.
18. Bento C. *O pacto da branquitude*. São Paulo: Companhia das Letras; 2022.

19. Lugones M. Rumo a um feminismo descolonial. *Rev Estud Fem.* 2014;22(3):935-952. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2014000300013>
20. Carneiro S. 2023. Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser. São Paulo: Cia das Letras; 2023.
21. Oda AMGR, Dalgarrondo P, Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. *Braz J Psychiatry.* 2000;22(4):178-179. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000400007>
22. Oliveira E, Couto MT, Separavich MAA, et al. Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. *Interface (Botucatu).* 2020;24:e180736. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180736>
23. Medeiros TM, Silva MX, Silva RDFC. Colonialidade e a branquitude: apontamentos para quebra dos pactos de silêncio na saúde. *Em construção.* 2021;(9):105-125. DOI: <https://doi.org/10.12957/emconstrucao.2021.55233>
24. Rebouças P, Goes E, Pescarini J, et al. Ethnoracial inequalities and child mortality in Brazil: a nationwide longitudinal study of 19 million newborn babies. *Lancet Glob Health.* 2022;10(10):e1453-e1462. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(22\)00333-3](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(22)00333-3)
25. Pimenta T, Gomes F, Kodama K. Das enfermidades cativas: para uma história da saúde e das doenças do Brasil escravista. In: Teixeira LA, Pimenta TS, Hochman G. *História da saúde no Brasil.* São Paulo, Hucitec; 2018. p. 67-100.
26. Munanga K. Algumas considerações sobre “raça”, ação afirmativa e identidade negra no Brasil: fundamentos antropológicos. *Rev Usp.* 2006;68:46-57. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i68p46-57>
27. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
28. Nascimento L. *Transfeminismo.* São Paulo: Jandaíra; 2021.
29. Rago E. A ruptura do mundo masculino da medicina: médicas brasileiras no século XIX. *Cad Pagu.* 2000;15:199-225.
30. Mott ML. Revendo a história da enfermagem em São Paulo (1890-1920). *Cad Pagu.* 1999;13:327-355.
31. Macedo RM. Resistência e resignação: narrativas de gênero na escolha por enfermagem e pedagogia. *Cad Pesqui.* 2019;49(172):54-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/198053145992>
32. Lombardi MR, Campos V. A Enfermagem no Brasil e os Contornos de Gênero, Raça/Cor e Classe Social na Formação do Campo Profissional. *Rev ABET.* 2018;17(1):28-46. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.1676-4439.2018v17n1.41162>
33. Rivera MFA, Scarcelli IR. Contribuições feministas e questões de gênero nas práticas de saúde da atenção básica do SUS. *Saúde debate.* 2021;45(esp1):39-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E103>
34. Pinto CRJ. *Uma história do feminismo no Brasil.* São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2003.
35. Pasinato W. Lei Maria da Penha. Novas abordagens sobre velhas propostas. *Onde avançamos? Civitas.* 2010;10(2):216-232. DOI: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2010.2.6484>
36. Curiel O. Construindo metodologias feministas a partir do feminismo decolonial. In: Hollanda HB. *Pensamento feminista hoje – Perspectivas decoloniais.* Rio de Janeiro: Bazar do tempo; 2020. p. 138-161.
37. Miskolci R, Pereira PP. Educação e Saúde em disputa: movimentos anti-igualitários e políticas públicas. *Interface (Botucatu).* 2019;23:e180353. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180353>
38. Macedo RGM. Educação, diversidade e políticas públicas: reflexões sobre 30 anos de debate no Brasil

- (1990-2020). *Rev Int Leg*. 2023;6(37):1-20. DOI: <https://doi.org/10.21680/1982-1662.2023v6n37ID31946>
39. Rodrigues M. Políticas Públicas. São Paulo: Publifolha; 2015.
 40. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF: MS; 2013.
 41. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude Soc*. 2016;25(3):335-349. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>
 42. Coelho R, Nobre V. Política Nacional de Saúde da População Negra deve ser prioridade no novo governo. *Nexo Políticas Públicas* [Internet]; 2023 fev 6 [acesso em 2024 out 1]. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/opiniaio/2023/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Sa%C3%BAde-da-Popula%C3%A7%C3%A3o-Negra-deve-ser-prioridade-no-novo-governo>
 43. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT. Brasília, DF: MS; 2011.
 44. Almeida AIS, Ribeiro JM, Bastos FI. Análise da política nacional de DST/Aids sob a perspectiva do modelo de coalizões de defesa. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(3):837-848. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.45862020>
 45. Knauth DR, Pilecco FB. Aids e prevenção do HIV entre adolescentes e jovens em seis municípios brasileiros. *Saude Soc*. 2024;33(1):e230789pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230789pt>
 46. Sievwright KM, Stangl AL, Nyblade L, et al. An Expanded Definition of Intersectional Stigma for Public Health Research and Praxis. *Am J Public Health*. 2022;112(S4):S356-S361. DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.2022.306718>
 47. Araújo EM, Caldwell KL, Santos MPA, et al. Morbimortalidade pela Covid-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos. *Saúde debate*. 2020;44(esp4):191-205. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E412>
 48. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2014 jun 23 [acesso em 2024 out 1]; Seção I:8-15. Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>
 49. Sevalho G. Contribuições das críticas pós-colonial e decolonial para a contextualização do conceito de cultura na Epidemiologia. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(6):e00243421. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT243421>
 50. Gonçalves LAP, Oliveira RG, Gadelha AG, et al. Saúde coletiva, colonialidade e subalternidades - uma (não) agenda? *Saúde debate*. 2019;43(esp8):160-174. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S812>

Recebido em 16/05/2024

Aprovado em 25/11/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ana Maria Costa

A Saúde Única no enfrentamento da resistência bacteriana a antibióticos no âmbito da agropecuária

The One Health approach to face bacterial resistance to antibiotics in livestock production

Rafael Almeida da Silva¹, Vera Lucia Luiza¹, Jorge Antonio Zepeda Bermudez¹, Maria Cristina Schneider²

DOI: 10.1590/2358-289820251449713P

RESUMO A resistência bacteriana a antibióticos (AMR-Bactéria) é um dos principais problemas de saúde global. Somente no ano de 2019, estimou-se que 1,27 milhão de pessoas morreu devido a complicações por doenças bacterianas resistentes. A abordagem *One Health* é a principal estratégia no enfrentamento da AMR-Bactéria. Assim, este ensaio objetiva refletir sobre a aplicação da abordagem Saúde Única no enfrentamento da AMR-Bactéria no âmbito da agropecuária. A AMR-Bactéria está parcialmente relacionada à produção intensiva de alimentos de origem animal. Um dos principais desafios para implantação da abordagem é a falta de comunicação entre atores. A solução para esse impasse perpassa o treinamento transdisciplinar para a formação de redes de pesquisa e desenvolvimento de ferramentas de vigilância. A Saúde Única pressupõe a negociação para construir políticas públicas sustentáveis. A busca por estratégias para o enfrentamento de AMR-Bactéria perpassa levar em consideração o equilíbrio entre a questão econômica da produção de alimentos, o bem-estar físico dos animais e os efeitos para o meio ambiente. Aqueles que desejam pôr em prática a abordagem devem formar equipes, combinar métodos e técnicas e envolver diferentes atores. A partir do olhar da Saúde Única pode-se conhecer melhor como ações humanas contribuem com a disseminação de AMR-Bactéria.

PALAVRAS-CHAVE Saúde Única. Resistência microbiana a medicamentos. Indústria agropecuária. Medicina veterinária. Meio ambiente e saúde pública.

ABSTRACT *The bacterial resistance to antibiotics (AMR-Bacteria) is one of the main global health problems. In 2019 alone, it was estimated that 1.27 million people died due to complications from resistant bacterial diseases. The One Health approach is the primary strategy in addressing AMR-Bacteria. Thus, this essay aimed to reflect on the application of the One Health approach in addressing AMR-Bacteria within the scope of agriculture. AMR-Bacteria is partially related to the intensive production of animal-origin foods. One of the main challenges for implementing the approach is the lack of communication among stakeholders. The solution to this impasse involves transdisciplinary training to form research networks and develop surveillance tools. One Health presupposes negotiation to build sustainable public policies. The search for strategies to address AMR-Bacteria involves considering the balance between the economic issue of food production, the physical well-being of animals, and the effects on the environment. Those wishing to implement the approach must form teams, combine methods and techniques, and involve different stakeholders. Through the lens of One Health, one can better understand how human actions contribute to the spread of AMR-Bacteria.*

KEYWORDS *One Health. Drug resistance. Drug resistance, microbial. Livestock industry. Veterinary Medicine. Environment and public health.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. rafaelalmmeida@gmail.com

²Georgetown University, Department of Global Health, School of Health – Washington, Estados Unidos da América.



Introdução

A resistência bacteriana a antibióticos é uma particularidade da resistência aos antimicrobianos (AMR). AMR é um termo amplo e se refere à capacidade de todos os micro-organismos (bactéria, fungo, vírus e parasita) de resistirem aos antimicrobianos, enquanto a resistência bacteriana a antibióticos diz respeito somente aos organismos do reino monera¹. Neste trabalho, utilizou-se o termo ‘AMR-Bactéria’ para referir a resistência bacteriana a antibióticos.

Somente no ano de 2019, estimou-se que 1,27 milhão de pessoas morreu devido a complicações por doenças bacterianas resistentes². Murray² classificou a AMR-Bactéria como a terceira principal causa de morte em humanos, atrás somente de isquemia do coração e acidente vascular cerebral.

A abordagem *One Health* (Saúde Única) tem sido considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como estratégia fundamental para o enfrentamento da resistência bacteriana devido à complexidade de fatores relacionados ao aumento do problema, dentre eles o uso excessivo de antibióticos em seres humanos, animais de produção e a poluição ao meio ambiente³.

O conceito da abordagem Saúde Única não possui uma definição universal e existem diversas interpretações e perspectivas sobre o termo⁴⁻⁶. Considera-se que seus conceitos, dimensões, compreensão, aceitabilidade e adoção continuam a evoluir⁵ sob influência dos desafios da saúde, da ciência e prioridades políticas, econômicas e ambientais⁷.

Será aqui utilizada a definição proposta pelo Painel de Alto Nível de Especialistas em Saúde Única⁸ (OHHLEP, sigla do inglês – One Health High Level Expert Pannel) realizado em 2021:

A Saúde Única é uma abordagem integrativa e unificadora que tem como objetivo alcançar equilíbrio sustentável e otimizar a saúde das pessoas, animais e do ecossistema. Reconhece que a saúde dos seres humanos, animais,

domésticos e selvagens, plantas e o meio ambiente mais amplo (incluindo o ecossistema) são estreitamente interligados e interdependentes. A abordagem mobiliza múltiplos setores, disciplinas e comunidades em vários níveis da sociedade para trabalhar juntos para promover o bem-estar e enfrentar as ameaças à saúde e ao ecossistema, enquanto aborda as necessidades coletivas de água, energia e ar limpo, segurança e nutrição alimentar, agindo sobre as mudanças climáticas e contribuindo para o desenvolvimento sustentável⁸.

O OHHLEP definiu cinco princípios fundamentais que compõem o conceito de Saúde Única⁸:

1. equidade entre setores e disciplinas;
2. paridade sociopolítica e multicultural – pressuposto doutrinário de que todas as pessoas são iguais e merecem direitos e oportunidades iguais – e inclusão e envolvimento das comunidades e vozes marginalizadas;
3. equilíbrio socioecológico que busca o balanço harmonioso entre a interação homem-animal-meio ambiente, o reconhecimento da importância da biodiversidade, acesso a recursos e espaços naturais suficientes e valor intrínseco de todos os seres vivos dentro do ecossistema;
4. liderança, administração e responsabilidade dos seres humanos para mudar comportamentos e adotar soluções sustentáveis que reconhecem a importância do bem-estar animal e da integridade de todo o ecossistema, assegurando, dessa forma, o bem-estar das futuras gerações;
5. transdisciplinaridade e colaboração multisetorial, incluindo todas as disciplinas relevantes, ambas as formas de conhecimento, quer tradicionais ou modernas, e um conjunto amplo e representativo de perspectivas.

Apesar de, nos últimos anos, estar bem mais evidente a importância de as diferentes disciplinas trabalharem juntas para avançar no entendimento dos desafios que estamos enfrentando atualmente – dentre eles, pandemias, epidemias e AMR-Bactéria –, ainda existe muita dificuldade em aplicar a abordagem de Saúde Única. A falta de transdisciplinaridade entre as áreas do conhecimento, falta de colaboração entre os profissionais e inexistência de um quadro conceitual base do que seria a ‘Saúde’ para as diferentes espécies e o ecossistema estão entre os principais motivos⁹.

Material e métodos

Este ensaio objetivou revisar o desenvolvimento da abordagem Saúde Única e seus usos, assim como sua aplicação no enfrentamento da AMR-Bactéria. Está dividido em três etapas, sendo a primeira uma revisão história do desenvolvimento da abordagem Saúde Única; a segunda, uma breve descrição das áreas do conhecimento que a Saúde Única engloba; e, por último, a aplicação na prática da abordagem do enfrentamento da AMR-Bactéria.

Resultados e discussão

A história do desenvolvimento da abordagem da Saúde Única

A ideia da relação entre seres humanos, animais e meio ambiente não tem uma origem em uma única corrente de pensamento humano⁵. Sua construção ocorre em diferentes contextos que envolvem problemas de saúde, avanços científicos e práticas ocorridas ao longo da história humana⁷. É impossível traçar uma estrutura linear de eventos passados até chegar ao conceito presente de Saúde Única⁷.

A premissa principal da Saúde Única – relação humana, animal e o meio ambiente

– fazia parte de culturas e crenças espirituais de diversas civilizações antigas. No mundo ocidental, a teoria dos humores de Hipócrates e Galeno (480 AC- 367 AC) pressupunha que o corpo humano era influenciado por fatores como alimentação, clima, ventilação, exercício e comportamento sexual¹⁰.

Entre 384 AC e 322 AC, Aristóteles iniciou pesquisas sobre as semelhanças e diferenças entre os seres humanos e outros animais^{11,12}. Nos séculos XVII e XVIII aprofundaram-se as experiências de vivissecção extensiva em animais para pesquisa médica e ensino nas universidades. Nesse mesmo período, o médico Vicq d'Azyr investigou para além da anatomia comparada, desenvolvendo uma verdadeira forma de medicina comparada⁷. Nas Américas, o canadense William Osler promoveu o conceito de medicina comparada nas faculdades de Medicina Veterinária de Montreal e de Medicina de McGill⁵.

No século XIX, ocorreu uma série de descobertas que futuramente contribuiriam para o desenvolvimento da abordagem de Saúde Única. Em 1859, com a publicação da teoria da evolução de Darwin, uma série de pesquisadores se aventurou a estudar a história da evolução das doenças em diferentes espécies animais. Entre os anos de 1860 e 1870, surgiram a teorias dos germes; diferentes pensamentos da teoria dos germes foram baseados em estudos de disseminação de doenças em animais⁷.

Ainda no século XIX, uma nova categoria de doenças foi desenvolvida, criando-se o conceito de zoonoses por Rudolf Virchow¹³. O pesquisador afirmou que não existem nem deveria haver barreiras entre a medicina humana e veterinária. O objeto de estudo é diferente, mas o conhecimento obtido com os estudos constitui a base para toda medicina¹³.

As medicinas humana e veterinária tem pontos de interface importantes para a compreensão e enfrentamento da transmissão de doenças entre as espécies. No entanto, cabe ressaltar que suas atribuições não se sobrepõem completamente. Um veterinário não tem

conhecimento específico para tratar um ser humano, assim como um médico não consegue tratar um animal.

Ainda no século XIX, William Osler (1849-1919), aluno de Virchow, ao fundar o Hospital de Johns Hopkins nos Estados Unidos, criou o primeiro Departamento de Patologia. Juntamente com seu professor Virchow, Osler contribuiu para a descrição dos termos zoonoses para indicar a relação entre animais e seres humanos no que diz respeito à transmissão de doenças infecciosas. Ademais, ele também contribuiu com seu trabalho moderno em patologia celular e desenvolveu o campo da patologia comparada. William Osler é considerado o fundador da medicina moderna, da patologia veterinária e, mais tarde, teria criado o termo '*One Medicine*' (Medicina Única). Todavia, o termo não foi aceito pela comunidade acadêmica¹⁴.

As primeiras escolas de medicina veterinária foram fundadas em Lyon (1762) e Alfort (1777), ambas localizadas na França. Posteriormente, houve uma difusão das escolas de veterinária pela Europa e, em 1863, foi fundada a escola de veterinária de Montreal, no Canadá⁷.

A classe médica contribuiu com a formação inicial da educação veterinária, sendo possível interpretar que as escolas de veterinária foram desenvolvidas a partir de um interesse pré-existente dos médicos em estudar os animais. Assim, esses profissionais continuaram a aperfeiçoar os estudos na saúde animal sem, de fato, abrir espaço para uma nova profissão⁷.

Até 1844, no continente Europeu, os médicos tinham o controle das escolas de veterinária. No colégio de veterinária de Londres, não havia uma separação formal entre as profissões: alguns médicos também eram graduados como veterinários e ambos os profissionais podiam ter aulas nas escolas de medicina e veterinária. Após esse período, os veterinários assumiram o controle da escola e decidiram pela separação institucional entre as duas profissões⁷.

Outro marco institucional importante foi o desenvolvimento do campo da saúde

pública veterinária (VPH, sigla em inglês para Veterinary Public Health). Em 1947, no antigo Centro de Controle de Doenças – agora Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) – foi estabelecida a Divisão de Saúde Pública Veterinária na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), passando a disciplina da medicina veterinária a colaborar com a medicina humana no controle das zoonoses, e o carro chefe era o controle da raiva¹⁵. Nos primeiros dez anos de existência da OMS, já se mencionava a importância da VPH no combate a zoonoses tais como a raiva, brucelose, leptospirose, tuberculose bovina e outras¹⁶.

Em meados do século XX, Calvin Schwabe revitalizou o termo Medicina Única em seu livro '*Veterinary Medicine and Human Health*', ao afirmar a necessidade de se tratar, prevenir e controlar doenças infecciosas em humanos e animais¹³. Posteriormente, surge o conceito de um só mundo – *One World* – em debates sobre relações internacionais e formação da Organização das Nações Unidas para Ciência e a Cultura (Unesco)¹⁷. O conceito foi levado adiante na década de 1990 em meio à pandemia de HIV¹⁸.

A abordagem Saúde Única surgiu recentemente (século XXI) em resposta às crescentes mudanças ambientais associadas ao crescimento da população e suas atividades de produção⁵. Atividades como a produção de alimento de origem animal representam uma complexa e profunda interface entre o homem, animais e o meio ambiente e contribuem para a emergência de doenças¹⁹. A abordagem também é um produto da coalisão de agendas e atores da saúde pública e tem suas raízes nas correntes de pensamento veterinário e nas práticas desses profissionais⁷.

Em 2004, houve um simpósio da Sociedade de Conservação da Vida Silvestre. Um dos resultados foi a publicação do relatório '*Manhattan Principles on One World, One Health*'^{13,20,21}. A fusão das agendas *One Medicine* e *One World One Health* (OWOH, sigla em inglês para *One World One Health*) promoveu a criação do termo Saúde Única⁷,

que, com o tempo, passou a ser disseminada em reuniões internacionais, simpósios, publicações, programas universitários, projetos de pesquisa e estratégias de saúde pública⁵.

A abordagem *One Health* passa a ser utilizado por diversas instituições ao redor do mundo. Em 2007, a Associação Americana de Médicos e Veterinários (AVMA) estabeleceu a iniciativa One Health Initiative Task Force (OHITF) com o objetivo de facilitar a cooperação e colaboração entre acadêmicos de diferentes instituições, agências governamentais e industriais para avaliar formas de tratamento e prevenções de doenças transmissíveis⁴.

Posteriormente, a abordagem ganha destaque e passa a ser recomendada como estratégia política ao ser adotada pela tripartite OMS, Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) e Organização Mundial de Saúde Animal (WOAH, fundada como OIE) no enfrentamento da influenza aviária^{13,22}. No ano de 2009, o CDC estabeleceu um escritório em Saúde Única para manter contato com organizações internacionais da saúde animal, dar suporte aos pesquisadores de saúde pública e trocar informações com pesquisadores de diversas disciplinas e setores¹³.

Após a covid-19, a necessidade da abordagem da Saúde Única ficou ainda mais evidente. Criou-se em 2021 o Painel de Especialistas de Alto Nível em Saúde Única, que é um grupo de especialistas globais selecionados pelas FAO, OIE, OMS e Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA). Vários novos instrumentos foram criados pelas organizações quadripartites das Nações Unidas, incluindo o Plano de Ação Conjunta da One Health (OH JPA)²³. A expectativa desse Plano seria apoiar prevenção, predição, detecção e resposta a ameaças à saúde e melhorar a saúde das pessoas, animais e do meio ambiente, assim como contribuir para o desenvolvimento sustentável. O OH JPA é construído em torno de seis linhas de ação interdependentes que contribuem coletivamente para alcançar sistemas de saúde e alimentação sustentáveis, reduzir ameaças globais

à saúde e melhorar a gestão do ecossistema. A linha de ação 5 é conter a silenciosa pandemia de resistência bacteriana (AMR-Bacteria). As definições de Saúde Única mencionam a necessidade de um esforço colaborativo entre as múltiplas disciplinas para alcançar saúde para os humanos, os animais e ao ambiente^{4,6,8,24,25}.

Saúde Única como uma abordagem guarda-chuva

Inicialmente, a abordagem Saúde Única surge como uma estratégia colaborativa entre a medicina veterinária e humana limitada ao controle de doenças zoonóticas. As medicinas humana e veterinária concordam que a saúde global está enfrentando novos desafios oriundos de uma grande variedade de doenças interrelacionadas^{9,15}. Novos desafios requerem diferentes perspectivas de interpretação tanto para compreender o surgimento e disseminação das doenças como também para desenvolver e implantar estratégias de enfrentamento.

A Saúde Única é um produto do século XXI e faz parte de pesquisas e agendas políticas desenvolvidas de forma coletiva para responder a problemas da contemporaneidade: segurança alimentar, biossegurança, poluição ambiental e escassez de recursos^{26,27}, além de epidemias e pandemias zoonóticas reemergentes, doenças zoonóticas negligenciadas, resistência aos antimicrobianos^{8,23}.

A Saúde Única como uma abordagem holística, transdisciplinar, situada entre as ciências naturais e sociais, entende que a construção do conhecimento para definição do problema em saúde e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento é feita em conjunto por diferentes atores²⁸. Na atualidade, a abordagem é um grande guarda-chuva que engloba diversas abordagens integrativas de saúde e seus diversos componentes interconectados²⁸, tais como a saúde planetária, saúde do ecossistema⁸, saúde global e saúde pública, saúde animal²⁹ e a EcoSaúde³⁰, que estuda como as atividades sociais, econômicas e ambientais impactam a saúde dos seres vivos³¹.

Vista como um fenômeno biocultural que considera as doenças infecciosas como produtos das relações sociais³², a Saúde Única parte do pressuposto que as doenças devem ser analisadas a partir da dinâmica entre os animais e os seres humanos dentro de um meio ambiente compartilhado^{6,33}, pretendendo identificar o impacto dessa relação em um contexto social, cultural, tecnológico, econômico e político³².

No caso das doenças infecciosas, ao compreender a dinâmica entre humanos, animais e o meio ambiente, é possível mensurar a magnitude que as alterações causadas pelos seres humanos causaram no desenvolvimento e transmissão de doenças infecciosas³⁰. A partir disto, podemos compreender os riscos de uma infecção ao identificar os processos que resultam na ocorrência, recorrência de agentes infecciosos e na disseminação entre espécies e extinção dos seus habitats naturais³⁰.

As epidemias e pandemias durante a história da humanidade mostram a importância da relação entre os seres humanos, os animais e o meio ambiente³⁴. A peste bubônica na idade média e, posteriormente, na América Latina em 1899, a Síndrome Respiratória Aguda (Sars) em 2003 e a influenza aviária. A H5N em 2004, e, atualmente, a covid-19⁶. Essas e outras doenças nos mostram que vivemos em um sistema complexo e inter-relacionado. Uma alteração em um local pode promover efeitos em todos os organismos vivos. Então, para evitar os deletérios, devemos apreender a viver em harmonia³⁴.

Vários trabalhos aplicaram, na prática, o conceito da Saúde Única. Por exemplo, Kahn et al.³⁵ descreveram o processo de disseminação do Nipah Vírus na Malásia entre morcegos, suínos de produção e seres humanos. Segundo os autores, o desmatamento do habitat de morcegos frugívoros para expandir o sistema de produção de suínos fez com que os morcegos-vetores migrassem em busca de alimento para árvores frutíferas próximas a granjas suínas de produção.

Porém, o controle da raiva foi uma das primeiras doenças cujos esforços de controle

foram abordados por diferentes disciplinas. O Programa Nacional de Raiva foi criado no Brasil em 1973 por meio de acordo entre o Ministérios da Saúde e da Agricultura. Desde o seu início, desenvolveu ações integradas por meio do acesso à Profilaxia Pós-Exposição (PEP) gratuita para pessoas em situação de risco, campanhas de vacinação canina, sistema conjunto de vigilância integrado envolvendo casos humanos, animais domésticos e silvestres e conscientização sobre o risco.

Estudo recente no Brasil com enfoque de Saúde Única demonstrou a redução dos casos de raiva humana por cão a zero casos por meio das ações descritas acima, bem como há associação de casos de raiva com temperaturas altas que é uma preocupação com as mudanças climáticas³⁶. Cleaveland et al.³⁷ também abordaram a necessidade de integração entre as instituições profissionais e governamentais de saúde humana e animal para elaboração das estratégias de enfrentamento contra a raiva, incluindo o compartilhamento de informações entre os setores e o aperfeiçoamento dos laboratórios de diagnóstico da doença³⁷. Cleaveland et al.³⁷ discutiram sobre a utilização do conceito Saúde Única no enfrentamento da raiva (*Lyssavirus spp*) em cães e seres humanos.

Schneider et al.³⁸ objetivaram compreender a ocorrência de leptospirose na região central do Rio Grande do Sul. Os resultados indicaram uma possível relação entre o sistema produtivo de arroz, tabaco e bovino, o ambiente como eco região e o tipo de solo e condições sociais com o número de casos de leptospirose em seres humanos. Os pesquisadores concluíram que essas evidências poderiam ser utilizadas na elaboração de um plano intersetorial para o enfrentamento do problema.

A Saúde Única e o enfrentamento da resistência bacteriana a antibióticos

A AMR-Bacteria é atualmente uma das principais questões discutidas na agenda da Saúde Única e está intrinsecamente ligada às zoonoses³⁹ e à segurança alimentar²¹. As atividades

antropogênicas contribuem com a disseminação de AMR-Bacteria³⁹. Entre essas atividades, estão a crescente demanda por alimentos de origem animal que, em grande parte, são produzidos de forma intensiva e em um sistema de cadeia de distribuição globalizado⁴⁰.

A intensificação da produção animal facilita a transmissão de doenças em razão do aumento da população e da densidade animal⁴¹. Em sua obra, Childs e Mackenzie⁴² discorrem sobre a possibilidade de esses animais exercerem o papel de hospedeiros intermediários e amplificadores do processo de evolução de micro-organismos que podem ser disseminados para os seres humanos de forma direta ou por meio do contato com animais selvagens ou outros vetores, como, p.ex., mosquitos.

Nesse processo de disseminação entre espécies, bactérias podem se tornar mais virulentas e até desenvolver novos mecanismos de resistência aos antibióticos⁴³. Newell et al.⁴⁰ mencionam que a *Campilobacter spp* aparenta ter desenvolvido a capacidade de se adaptar a novos hospedeiros e se tornar resistente às classes da fluoroquinolonas. A pressão seletiva produzida nas bactérias e o desenvolvimento de resistência provocados pelo uso de antibióticos são exemplos de como esses micro-organismos podem se desenvolver em curto espaço de tempo⁴⁴.

Baseado no conceito da Saúde Única, o estudo de McCubbin et al.⁴⁵ identificou a comercialização de cloranfenicol de uso humano na produção animal em Uganda. O consumo de carne contendo resíduos desse antibiótico tem efeito cancerígeno, podendo promover anemia aplástica, não regenerativa, em seres humanos. Assim como em outros países, em Uganda, a venda dessa classe terapêutica para animais de produção é proibida. No entanto, o trabalho identificou que indivíduos estavam adquirindo o medicamento para uso animal em farmácias humanas. Para os pesquisadores, o uso indevido está relacionado aos altos níveis de resistência (41-42%) a cloranfenicol em *Escherichia Coli* isoladas de carnes de frango.

A partir desse estudo, McCubbin et al.⁴⁵ afirmaram que o uso de antibióticos em Uganda não é limitado a espécies ou setores, tendo como causas principais a falta de conscientização sobre os efeitos adversos que o uso indevido de cloranfenicol pode provocar à saúde humana, bem como a implantação falha de políticas regulatórias. Os pesquisadores recomendaram não só uma campanha de conscientização com os produtores e farmacêuticos como também um reforço regulatório, proibindo a venda de antibióticos nas farmácias para o setor da produção animal.

Cabe ressaltar que a relação entre as atividades humanas e a AMR-Bacteria ainda não está totalmente elucidada⁴⁴. Distinguir os efeitos provocados pelas atividades antropogênicas e acontecimentos naturais permanece um desafio⁴⁶. Ainda não é possível mensurar a magnitude de transferência de AMR-Bacteria de animais para seres humanos e nem sempre a diversidade de AMR-Bacteria está interligada com a produção animal⁴⁴.

Apesar das lacunas, deve-se levar em consideração que o conhecimento sobre a relação homem-animal-meio ambiente sobre a AMR-Bacteria continua a ser construído e que as evidências levantadas até aqui nos mostram que AMR-Bacteria é um problema multifatorial que exige a intervenção de diversos setores da nossa sociedade. A solução para o problema vai além de implantar ações no setor agropecuário, o que não significa que o setor deva ficar inato diante do desafio imposto pela AMR-Bacteria. Pelo contrário, o conhecimento acumulado é suficiente para implantar estratégias de enfrentamento neste setor e contribuir de forma conjunta com a medicina humana no enfrentamento do problema.

Sendo o setor agropecuário um elo chave no enfrentamento da AMR-Bacteria e outros problemas de saúde, devemos identificar quais são as barreiras que impedem a integração desse setor com a saúde pública e outros campos do conhecimento.

Para Destoumieux-Garzón et al.³⁰, o principal desafio é a falta de comunicação entre

diferentes áreas do conhecimento: medicina humana, veterinária, agrônômica, ecologia ambiental, ciências evolucionária³⁰ e sociais⁴⁷. Também mencionam a falta de colaboração entre *stakeholders* de diferentes níveis em nossa sociedade tais como cientistas, serviços governamentais, médicos veterinários e produtores rurais.

Uma possível solução para esse impasse seria a integração entre o conhecimento dessas áreas por meio do treinamento transdisciplinar desses diferentes profissionais e a formação de redes de pesquisa em níveis nacional e internacional. Dessa forma, os pesquisadores podem desenvolver e compartilhar programas de treinamento, ferramentas e protocolos de pesquisa³⁰.

Além da formação de grupos transdisciplinares de pesquisa, o desenvolvimento de ferramentas como sistemas de monitoração e vigilância são fundamentais para a construção de uma infraestrutura de suporte adequada à implantação prática da abordagem da Saúde Única²⁸. O OHHLEP classificou como crítica a necessidade desses bancos de dados⁸. Para preencher essa lacuna, é preciso implantar políticas para coletar dados, assegurar recursos financeiros e permitir que esses dados estejam disponíveis para os pesquisadores³⁰.

No caso da AMR-Bacteria, aqui delimitada ao campo da produção animal, é fundamental que existam sistemas de monitoramento e vigilância para o consumo de antibióticos; como também para a incidência de AMR-Bacteria; o controle da quantidade de resíduos de antibióticos presentes nos alimentos de origem animal e a farmacovigilância dos antibióticos autorizados a comercialização.

A literatura científica recomenda criar um sistema amplo e complexo, incluindo dados de seres humanos e animais⁴⁸. Modelos integrados poderiam ser utilizados para detectar previamente o surgimento de zoonoses de importância para a saúde pública⁸. Aplicado à AMR-Bacteria, esse tipo de Sistema pode ser útil para melhorar a compreensão do todo da disseminação de genes de resistência entre seres humanos e animais.

Min, Allen-Scott e Buntain⁹ afirmam que, como uma ciência transdisciplinar, a Saúde Única deve focar a interação entre as áreas do conhecimento e ir além das fronteiras entre elas, criando um quadro conceitual. Os autores afirmam que um quadro conceitual compartilhado é fundamental para guiar os atores na tomada de decisão para solucionar um problema específico⁹. Apesar de potenciais efeitos positivos que a utilização da Saúde Única traz ao enfrentamento dos problemas de saúde pública, colocar em prática essa abordagem continua sendo um desafio.

A construção desse quadro conceitual comum perpassa a delimitação sobre o que é saúde. Para promover saúde, os tomadores de decisão necessitam de uma ideia clara e bem definida sobre o conceito para melhor realocar os recursos investidos. Todavia, existe uma dificuldade de se encontrar um consenso sobre o que é a saúde dentro da Saúde Única²⁹, uma vez que se trata da saúde de múltiplas espécies que podem ser avaliadas nos níveis do indivíduo, população e ecossistema⁴⁹ e sobre os aspectos de vida físico, mental, social e espiritual. Fica o questionamento sobre quais desses critérios incluir no conceito de saúde em uma abordagem de Saúde Única²⁹.

A análise crítica de Lerner⁵⁰ discutiu a possibilidade de usar teorias do equilíbrio como ideia de saúde na abordagem da Saúde Única, apesar da dificuldade de se incorporar o ecossistema no conceito e ter que considerar as especificidades das diferentes espécies do reino animal.

Giraudoux, citado por Destoumieux-Garzón³⁰, acrescenta que é necessário esclarecer qual o equilíbrio desejado para desenvolvimento sustentável e conservação do planeta, e que para responder a essa questão é fundamental definir e compartilhar indicadores sobre a saúde de todo um ecossistema.

Lerner⁵⁰ também menciona dois caminhos para criar um conceito universal de saúde para seres humanos e animais. A primeira, ‘*top-down*’, parte do conceito de saúde já definido para os seres humanos e amplia para

os animais, e a segunda, *'bottom-up'*, tenta encontrar um nível básico comum para definição de saúde dos seres humanos e animais.

A relação que nós seres humanos estabelecemos com as diferentes espécies animais também pode ser um fator a ser considerado nessa discussão. Enquanto tratamos os pets como membros da família, outros animais tais como bovinos, suínos e frangos são vistos como um bem de produção.

Nessa perspectiva, seria possível incluir todos os animais em um conceito de saúde definido para os seres humanos? Ou até mesmo encontrar um denominador básico e comum de saúde para ambos?⁵⁰.

Existem mais questionamentos do que respostas e, para sair do campo abstrato e aterrizar no concreto, este artigo se propõe a utilizar a Saúde Única como abordagem interdisciplinar e o conceito da saúde animal para discutir e analisar os resultados. Esse conceito ainda não foi bem delimitado pela literatura e aqui adotamos uma visão mais ampla, que inclui critérios tais como bem-estar físico dos animais, o seu equilíbrio com o meio ambiente⁵¹, a saúde pública e questões econômicas⁵².

O fator econômico é levado em consideração, porque o objetivo do ambiente de produção é gerar receita e um surto infeccioso poderia levar a perda na produtividade do plantel⁵². O bem-estar animal também é considerado visto que doenças podem provocar dor e sofrimento⁵³, como também fatores estressantes como o mau manejo e condições de estadia podem predispor a doenças infecciosas⁵⁴. As questões da saúde pública são fundamentais, devido à possibilidade de transmissão de zoonoses para seres humanos. E os efeitos ambientais em virtude do impacto que agricultura causa ao meio ambiente⁵².

Parte-se também do pressuposto que esses critérios são interdependentes e que AMR-Bacteria é um exemplo desta interdependência, uma vez que a resistência é tanto um problema de saúde pública como gera impacto na produção, no meio ambiente e afeta o bem-estar animal⁵².

Além de uma integração de atores de diferentes áreas do conhecimento, também é necessária uma integração entre atores de múltiplos níveis, e.g., produtores, veterinários, pesquisadores, indústria e agências governamentais. O Plano de Ação Global sobre Resistência Antimicrobiana⁵⁵ é um dos vários planos que fazem parte do OH JPA elaborado pelo quadripartite da Nações Unidas²³. Esse plano fornece uma estrutura de ação e propõe atividades que as organizações FAO, OMS, PNUMA e WOAHL elaboraram em conjunto para ampliar de forma sustentável a abordagem de *One Health*. Visa a conduzir a mudança e a transformação necessárias à mitigação do impacto dos desafios de saúde atuais e futuros na interface humano-animal-planta-ambiente nos âmbitos regional, nacional e global.

AMR é uma das áreas técnicas da avaliação externa conjunta, que é um exercício interseccional voluntário envolvendo especialistas nacionais e internacionais de diferentes disciplinas. Pode ser considerada um exemplo de como se trabalhar com o enfoque da Saúde Única, o que muitos países já realizaram⁵⁶.

No Brasil, o primeiro passo para integração da saúde humana, animal e meio ambiente foi a materialização do Comitê Técnico Interinstitucional em Uma Só Saúde, que tem como objetivos principais criar o Plano de Ação Nacional de Uma Só Saúde, articular com Estados e Municípios estratégias multisetoriais e apoiar estudos e pesquisas que utilizem a abordagem⁵⁷.

Decisões unilaterais não são eficazes e são vistas de maneira negativa pelos produtores⁵⁸, que afirmam que as políticas públicas estabelecidas por agências governamentais não condizem com a realidade do ambiente de produção⁵⁹, são burocráticas e acarretam a perda de investimento financeiro⁵⁸.

A Saúde Única pressupõe que a construção de políticas públicas para o enfrentamento dos problemas de saúde perpassa a negociação e a busca contínua por consenso entre esses atores²⁸. A participação multinível

de *stakeholders* permite gerar novas ideias, identificar barreiras, esclarecer informações e promover meios concretos para construção de políticas públicas aceitáveis, sustentáveis e de comum interesse para ambos os setores da sociedade, i.e., saúde pública e setor agropecuário³¹.

Esse tipo de abordagem requer habilidade de negociação e planejamento estratégico³¹. Para isso, é necessário entender antes de que forma os seres humanos interagem com os animais³³ e o ecossistema³⁰, levando em consideração todos os fatores envolvidos. A literatura mostra que são diversas as forças motrizes relacionadas com o uso de antibióticos na produção animal tais como fatores políticos, econômicos, psicológicos, culturais, crenças⁶⁰, e valores pessoais⁶¹.

Os problemas de saúde contemporâneos não são solucionados somente com o desenvolvimento de tecnologias⁴⁷. Como exemplo, há o movimento global antivacina: seus seguidores se negaram a ser vacinados contra a covid-19. Aplicando essa mesma linha de raciocínio ao problema AMR-Bacteria no âmbito da agropecuária, é possível questionar os motivos pelos quais as medidas preventivas, como medidas de biossegurança e de bem-estar animal já desenvolvidas não estão sendo aplicadas no ambiente de produção para promover melhor qualidade de vida dos animais e, consequentemente, reduzir o consumo de antibióticos nesses animais?

Aqui não requeremos refutar o direito fundamental dos animais de serem tratados com medicamentos, porque se preza a saúde animal e se entende que a saúde humana depende da nossa relação com outras espécies e o meio ambiente. No entanto, fazemos uso das palavras de Sainsbury, citado por Gunnarsson⁵¹, que defende que a saúde animal não se resume somente à administração de medicamentos: envolve também uma dieta apropriada, um ambiente adequado e confortável para atender às necessidades psicológicas dos animais e protegê-los de predadores e micro-organismos patogênicos.

Conclusões

Este ensaio não esgota os achados sobre a abordagem Saúde Única, que está em contínua construção. Aqui, tentamos entender quais são os seus preceitos e como aplicá-lo de forma concreta nos estudos em AMR-Bacteria e no uso de antibióticos em animais. Os pesquisadores que desejarem pôr em prática a abordagem, devem formar uma equipe transdisciplinar, combinar os métodos quantitativo e qualitativo, escolher dentre técnicas de coleta e análise de dados e envolver *stakeholders* de diferentes campos do conhecimento e níveis da sociedade. A partir do olhar da Saúde Única, pode-se entender melhor como as ações humanas contribuem para a disseminação AMR-Bacteria e compreender quais são as forças motrizes que motivam os produtores e outros atores na tomada de decisão sobre o uso de antibióticos na produção animal.

Agradecimentos

Agradecemos à Profa. Dra. Sian Clarke, da Escola de Higiene e Medicina de Londres, por ter proporcionado reflexões, referências e participado do grupo de discussão que embasou o texto produzido.

Colaboradores

Silva RA (0000-0002-5049-9124)* colaborou para concepção do trabalho, análise e interpretação da literatura científica, redação do primeiro rascunho, bem como para todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Luiza VL (0000-0001-6245-7522)* e Bermudez JAZ (0000-0002-4657-0709)* colaboraram para revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, aprovação da versão final do manuscrito. Schneider MC (0000-0001-8575-8002)* colaborou para redação, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. World Health Organization. Antimicrobial resistance. Key Facts. WHO [Internet]; 2023 nov 21 [acesso em 2023 maio 30]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>
2. Murray AK. The Novel Coronavirus COVID-19 Outbreak: Global Implications for Antimicrobial Resistance. *Front Microbiol.* 2020;11:1020. DOI: <https://doi.org/10.3389/fmicb.2020.01020>
3. World Health Organization. Draft global action plan on antimicrobial resistance [Internet]. [local desconhecido]; WHO; 2014 [acesso em 2023 maio 30]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/>
4. American Veterinary Medical Association. One health: a new professional imperative. One Health Initiative Task Force: Final Report [Internet]. [local desconhecido]; AVMA; 2008 [acesso em 2023 maio 30]. Disponível em: https://www.avma.org/sites/default/files/resources/onehealth_final.pdf
5. Evans BR, Leighton FA. A history of One Health. *Rev Sci Tech.* 2014;33(2):413-20. DOI: <https://doi.org/10.20506/rst.33.2.2298>
6. Schneider MC, Munoz-Zanzi C, Min K-d, et al. "One Health" From Concept to Application in the Global World. In: *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*. Oxford: Oxford University Press; 2019. DOI: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.29>
7. Bressalier M, Cassidy A, Woods A. One Health in History. In: Zinsstag J, Schelling E, Crump L, et al. *The Theory and Practice of Integrated Health Approaches*. Boston, MA, USA: CABI; 2021. v. 2 nd. p. 1-15.
8. Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Organisation for Animal Health, United Nations Environment Programme. One Health High Level Expert Panel [Internet]. [local desconhecido]; FAO; 2021 [acesso em 2023 abr 15]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/one-health-high-level-expert-panel-annual-report-2021>
9. Min B, Allen-Scott LK, Buntain B. Transdisciplinary research for complex One Health issues: a scoping review of key concepts. *Prev Vet Med.* 2013;112(3-4):222-229. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.prevetmed.2013.09.010>
10. Wear A. Place, health, and disease: The airs, waters, places tradition in early modern England and North America. *J Mediev Early Mod Stud.* 2008;38(3):443-465. DOI: <https://doi.org/10.1215/10829636-2008-003>
11. Clutton-Brock J. Aristotle, the scale of nature, and modern attitudes to animals. *Soc Res.* 1995;62(3):421-440.
12. Kirk RGW, Worboys M. *Medicine and Species: One Medicine, One History?* Oxford: Oxford University Press; 2012.
13. Centers for Disease Control and Prevention. One health [Internet]. CDC, [local desconhecido]; 2016 [acesso em 2023 abr 15]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/onehealth/basics/history/>
14. Schultz M. Rudolf virchow. *Emerg Infect Dis.* 2008;14(9):1480-1481. DOI: <https://doi.org/10.3201/eid1409.086672>
15. Schneider MC, Sciancalepore S, Polo P, et al. Saúde Única: onde a medicina humana, a medicina veterinária e as ciências ambientais se encontram. *An Acad Nac Med.* 2024;194(2):34-55. DOI: <https://www.doi.org/10.52130/27639878-AANM2023v194n2p34-55>
16. World Health Organization. *The first ten years of the World Health Organization*. World Health Organization. Geneve: WHO; 1958.
17. Sluga G. Unesco and the (one) world of Julian Huxley. *J World Hist.* 2010;21(3):393-418.

18. King NB. The Scale Politics of Emerging Diseases. *Osiris*. 2004;19:62-76.
19. Zinsstag J, Mackenzie JS, Jeggo M, et al. Mainstreaming one health. *Ecohealth*. 2012;9(2):107-110.
20. Cook RA, Karesh WB, Osofsky SA. The Manhattan Principles on 'OneWorld, One Health'. Conference summary [Internet]. New York, Bronx: Wildlife Conservation Society; 2004 [acesso em 2023 maio 30]. Disponível em: https://oneworldonehealth.org/sept2004/owoh_sept04.html
21. Gibbs EP. The evolution of One Health: a decade of progress and challenges for the future. *Vet Rec*. 2014;174(4):85-91. DOI: <https://doi.org/10.1136/vr.g143>
22. Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Organisation for Animal Health, World Health Organization. The FAO-OIE-WHO Collaboration: Sharing responsibilities and coordinating global activities to address health risks at the animal-human-ecosystems interfaces. A tripartite concept note [Internet]. [local desconhecido]: FAO, OIE, WHO; 2010 [acesso em 2023 maio 30]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/the-fao-oie-who-collaboration>
23. Food and Agriculture Organization of the United Nations, United Nations Environment Programme, World Health Organization, et al. One Health Joint Plan of Action (2022-2026): Working together for the health of humans, animals, plants and the environment. Rome: FAO, UNEP, WHO, WOA; 2022. DOI: <https://doi.org/10.4060/cc2289en>
24. Kaplan B, Kahn LH, Monath TP. The brewing storm. *Vet Ital*. 2009;45(1):9-18.
25. King L. Combating the triple threat: The need for a One Health Approach. *Microbiol Spectr*. 2013;1(1). DOI: <https://doi.org/10.1128/microbiolspec.oh-0012-2012>
26. Cassidy A. One Medicine? Advocating (Inter) disciplinary at the interfaces of animal health, human health, and the environment. In: Nowotny H, Mc-Bee D, Leahey E, et al. Investigating interdisciplinary collaboration: Theory and practice across disciplines. New Brunswick (NJ): Rutgers University Press; 2016.
27. Rushton S. Global Health Security: Security for whom? Security from what? *Pol Stud*. 2011;59(4):779-796. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.2011.00919.x>
28. Rüegg SR, McMahon BJ, Häsler B, et al. A blueprint to evaluate One Health. *Front Public Health*. 2017;5:20. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00020>
29. Lerner H, Zinsstag J. Towards a Healthy Concept of Health. In: Zinsstag J, Schelling E, Crump L, et al. One Health: The theory and Practice of Integrated Health Approaches. Boston, MA, USA: CABI; 2021. p. 52-56. v. 2 nd.
30. Destoumieux-Garzón D, Mavingui P, Boetsch G, et al. The One Health Concept: 10 years old and a long road ahead. *Front Vet Sci*. 2018;5:14. DOI: <https://doi.org/10.3389/fvets.2018.00014>
31. Charron DF. Ecosystem approaches to health for a global sustainability agenda. *Ecohealth*. 2012;9(3):256-66. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10393-012-0791-5>
32. Wolf M. Is there really such a thing as "one health"? Thinking about a more than human world from the perspective of cultural anthropology. *Soc Sci Med*. 2015;129:5-11. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.018>
33. Wallace RG, Bergmann L, Kock R, et al. The dawn of Structural One Health: a new science tracking disease emergence along circuits of capital. *Soc Sci Med*. 2015;129:68-77. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.047>
34. Schneider C, Oliveira MS. Saúde Única e a Pandemia de Covid-19. In: Buss PM, Fonseca LE. Diplomacia da saúde e Covid-19: reflexões a meio caminho. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2020. p. 83-96.
35. Kahn HL, Monath TP, Bokma BH, et al. One Health, One Medicine. In: Aguirre AA, Ostfeld R, Daszak P,

- organizadores. New directions in conservation medicine: applied cases of ecological health. Oxford; New York: Oxford University Press; 2012.
36. Schneider MC, Min KD, Romijn PC, et al. Fifty Years of the National Rabies Control Program in Brazil under the One Health Perspective. *Pathogens*. 2023;12(11):1342. DOI: <https://doi.org/10.3390/pathogens12111342>
 37. Cleaveland S, Lankester F, Townsend S, et al. Rabies control and elimination: a test case for One Health. *Vet Rec*. 2014;175(8):188-93. DOI: <https://doi.org/10.1136/vr.g4996>
 38. Schneider MC, Najera P, Pereira MM, et al. Leptospirosis in Rio Grande do Sul, Brazil: An Ecosystem Approach in the Animal-Human Interface. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015;12(9):e0004095. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004095>
 39. Kim DW, Cha CJ. Antibiotic resistance from the One-Health perspective: understanding and controlling antimicrobial resistance transmission. *Exp Mol Med*. 2021;53(3):301-309. DOI: <https://doi.org/10.1038/s12276-021-00569-z>
 40. Newell DG, Koopmans M, Verhoef L, et al. Food-borne diseases - the challenges of 20 years ago still persist while new ones continue to emerge. *Int J Food Microbiol*. 2010;139(supl1):S3-15. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijfoodmicro.2010.01.021>
 41. Graham JP, Leibler JH, Price LB, et al. The animal-human interface and infectious disease in industrial food animal production: rethinking biosecurity and biocontainment. *Public Health Rep*. 2008;123(3):282-99. DOI: <https://doi.org/10.1177/003335490812300309>
 42. Childs JE, Richt JA, Mackenzie JS. Introduction: Conceptualizing and Partitioning the Emergence Process of Zoonotic Viruses from Wildlife to Humans. In: Childs JE, Mackenzie JS, Richt JA, organizadores. *Wildlife and emerging zoonotic diseases: The biology, circumstances and consequences of cross-species transmission. Current Topics in Microbiology and Immunology*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin; Heidelberg; 2007. p. 1-31.
 43. Jones BA, Grace D, Kock R, et al. Zoonosis emergence linked to agricultural intensification and environmental change. *Proc Natl Acad Sci*. 2013;110(21):8399-8404. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.1208059110>
 44. Karesh WB, Dobson A, Lloyd-Smith JO, et al. Ecology of zoonoses: natural and unnatural histories. *Lancet*. 2012;380(9857):1936-45. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61678-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61678-x)
 45. McCubin KD, Ramatowski JW, Buregyeya E, et al. Unsafe "crossover-use" of chloramphenicol in Uganda: Importance of a One Health approach in antimicrobial resistance policy and regulatory action. *J Antibiot*. 2021;74(6):417-420. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41429-021-00416-3>
 46. Rapport DJ, Costanza R, McMichael AJ. Assessing ecosystem health. *Trends Ecol Evol*. 1998 Oct 1;13(10):397-402. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0169-5347\(98\)01449-9](https://doi.org/10.1016/s0169-5347(98)01449-9)
 47. Barnett T, Pfeiffer DU, Hoque MA, et al. Practising co-production and interdisciplinarity: Challenges and implications for one health research. *Preventive Veterinary Medicine*. 2020;177:104949. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.prevetmed.2020.104949>
 48. Haworth-Brockman M, Saxinger LM, Miazga-Rodriguez M, et al. One Health evaluation of antimicrobial use and resistance surveillance: A novel tool for evaluating integrated, One Health antimicrobial resistance and antimicrobial use surveillance programs. *Front Public Health*. 2021;9:693703. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.693703>
 49. 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>
 50. Lerner H. A critical analysis of definitions of health as balance in a One Health perspective. *Med Health Care Philos*. 2019 Sep;22(3):453-461. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11019-018-09884-1>

51. Gunnarsson S. The conceptualisation of health and disease in veterinary medicine. *Acta Vet Scand.* 2006;48(1):20. DOI: <https://doi.org/10.1186/1751-0147-48-20>
52. Ducrot C, Bed'hom B, Béringue V, et al. Issues and special features of animal health research. *Vet Res.* 2011;42(1):96. DOI: <https://doi.org/10.1186/1297-9716-42-96>
53. Botreay R, Veissier I, Butterworth A, et al. Definition of criteria for overall assessment of animal welfare. *Animal welfare.* 2007;16(2):225-228.
54. Albernaz-Gonçalves R, Olmos Antillón G, Hötzel MJ. Linking Animal Welfare and Antibiotic Use in Pig Farming—A Review. *Animals (Basel).* 2022;12(2):216. DOI: <https://doi.org/10.3390/ani12020216>
55. World Health Organization. Global action plan on antimicrobial resistance [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [acesso em 2023 maio 30]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241509763>
56. World Health Organization. Joint External Evaluation (JEE). Portal [Internet]. WHO [local desconhecido]; 2023 [acesso em 2023 maio 30]. Disponível em: <https://extranet.who.int/sph/jee>
57. Ekakoro JE, Caldwell M, Strand EB, et al. Perceptions of Tennessee cattle producers regarding the Veterinary Feed Directive. *PLoS One.* 2019;14(5):e0217773. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217773>
58. Ministério da Saúde (BR). Lançamento do Comitê Uma Só Saúde marca nova era para a saúde pública no Brasil. Gov.br [Internet]; 2024 [acesso em 2023 maio 30]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/agosto/lancamento-do-comite-uma-so-saude-marca-nova-era-para-a-saude-publica-no-brasil>
59. Garforth C. Livestock keepers' reasons for doing and not doing things which governments, vets and scientists would like them to do. *Zoonoses Public Health.* 2015;62(supl1):29-38. DOI: <https://doi.org/10.1111/zph.12189>
60. Chambers JA, Crumlish M, Comerford DA, et al. Antimicrobial resistance in humans and animals: Rapid review of psychological and behavioral determinants. *Antibiotics (Basel).* 2020;9(6):285. DOI: <https://doi.org/10.3390/antibiotics9060285>
61. Redding LE, Brooks C, Georgakakos CB, et al. Addressing Individual Values to Impact Prudent Antimicrobial Prescribing in Animal Agriculture. *Front Vet Sci.* 2020;7:297. DOI : <https://doi.org/10.3389/fvets.2020.00297>

Recebido em 08/08/2024

Aprovado em 11/11/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: este trabalho foi realizado como parte de tese de doutoramento no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) e contou com bolsa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e apoio financeiro da PPGSP/Ensp

Editora responsável: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

A cronicidade em saúde mental: um olhar sobre a produção científica brasileira

Chronicity in mental health: A look at Brazilian scientific production

Dafne Drumond Boni¹, Rogério Miranda Gomes¹, Renata Bellenzani¹

DOI: 10.1590/2358-289820251448983P

RESUMO O objetivo deste artigo foi analisar as concepções acerca da cronicidade na saúde mental no campo da reforma psiquiátrica e da reabilitação psicossocial brasileira. Realizou-se uma revisão integrativa da produção científica contemporânea brasileira a respeito dessa temática. Como resultado, pode-se perceber que, para a literatura, a cronicidade é predominantemente determinada pela institucionalização e por determinadas formas de atenção ao sofrimento psíquico e às crises, que incluem: a permanência de práticas manicomiais de tutela e isolamento (as readmissões, levando à impermanência do sujeito no território); a assistência centrada nos diagnósticos psiquiátricos e nos medicamentos, e não na singularidade; fragmentação da assistência. Alguns autores chegaram a retratar uma nova cronicidade, com características como a porta-giratória e a vinculação permanente a ambulatorios, como uma evidência da falência das intenções da psiquiatria reformada. Superar a reprodução da cronicidade em saúde mental, segundo a literatura, envolve o cuidado em rede, territorializado, intersetorial, desmedicalizante, de forma a garantir o acompanhamento integral e em liberdade. Cabe destacar a presença irrisória, nos artigos, de reflexões sobre outras determinações, não assistenciais, do sofrimento psíquico permanente, como as transformações nas condições de vida e trabalho e a inserção em coletividades particulares (classe social, categorias profissionais, gênero, etnia/raça etc.).

PALAVRAS-CHAVE Reabilitação psiquiátrica. Doença crônica. Determinação social da saúde. Reforma psiquiátrica. Saúde mental.

ABSTRACT The aim of this article was to analyze the conceptions regarding chronicity in mental health in the field of the Brazilian psychiatric reform and psychosocial rehabilitation. An integrative review of Brazilian contemporary scientific production was carried out considering this theme. As a result, it can be seen how, for literature, chronicity is predominantly determined by institutionalization and specific care practices for psychic suffering and crises, which include: the permanence of the mental hospital model of guardianship and isolation practices (hospital readmissions, leading to the impermanence of the subject in the territory); assistance based on psychiatric diagnoses and medicines and not on individual's singularity; care fragmentation. Some authors have even portrayed a new kind of chronicity, with features such as the 'revolving door' and permanent attachment to outpatient clinics, as evidence of the failure of reformed psychiatry's intentions. Overcoming the reproduction of mental health chronicity, according to literature, involves territorialized networking, intersectoral and demedicalizing assistance, in order to ensure follow-up integrality and freedom. It is worth highlighting the negligible presence, in the articles, of reflections on other non-assistance determinations of permanent psychic suffering, such as living and work conditions transformations, and insertion in certain communities (social class, professional categories, gender, ethnicity/race etc.).

KEYWORDS Psychiatric rehabilitation. Chronic disease. Social determination of health. Psychiatric reform. Mental health.

¹ Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.
dafnedrumond@gmail.com



Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹, as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs), incluindo os transtornos mentais, são os principais desafios mundiais na atualidade, sendo responsáveis pelas maiores taxas de morbidade e mortalidade na população mundial. A Comissão Independente Mundial de Alto Nível da OMS sobre DCNTs produziu um relatório que salienta a urgência de ação para os transtornos mentais². No Brasil, elas também são prioridades de enfrentamento e investigação³. Segundo Modesto⁴, a depressão e a ansiedade são as principais causas de afastamento do trabalho no Brasil. Entre 2015 e 2020, os afastamentos por transtornos mentais aumentaram 50%⁵.

Etimologicamente, o conceito de ‘crônico’ relaciona-se à durabilidade ou permanência de determinada condição ou doença, e está relacionado ao modelo da história natural da doença aplicado à doença mental. A partir desse entendimento, o foco se dá na adesão ao tratamento, no treinamento e no suporte social⁶.

Já em uma perspectiva crítica, utiliza-se o termo ‘cronicidade’, que denota um caráter histórico, social e processual para o fenômeno do ‘crônico’ em saúde mental. Esse processo aparece tanto nos indivíduos atendidos como nos processos de trabalho e nas práticas assistenciais de uma instituição. Nesse sentido, a cronicidade está conectada à concretude dos sujeitos em sofrimento psíquico e à experiência vivida, para além dos sinais e sintomas e da classificação diagnóstica⁷. Entretanto, também é evidente uma falta de consenso sobre o próprio conceito de cronicidade, que tem relação direta com distintas concepções teóricas e metodológicas⁸.

O uso do conceito de cronicidade tem sido analisado em estudos e pesquisas na área da saúde mental, mais especificamente, na vertente da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica, a partir da problemática da permanência de um sofrimento psíquico no sujeito atendido

pelos serviços de saúde mental, o que está inter-relacionado ao fenômeno da dependência institucional – que, após as reformas psiquiátricas, também tem sido caracterizada como ‘nova’ cronicidade^{8,9}.

Dada a relevância da temática, e diante do aumento de pessoas diagnosticadas com sofrimento psíquico e dos impactos nas taxas de morbidade em âmbito nacional e internacional, compreender os processos relacionados à cronificação é fundamental, a fim de subsidiar práticas voltadas à produção da saúde mental, em uma perspectiva crítica e emancipadora.

Nessa direção, o objetivo deste artigo foi analisar as compreensões a respeito da cronicidade na saúde mental, mais especificamente, no campo da reforma psiquiátrica e da reabilitação psicossocial brasileira.

Material e métodos

A revisão bibliográfica cumpre uma função importante na pesquisa, pois contribui para a sistematização, socialização e retomada de investigações existentes, a fim de fundamentar intervenções práticas e o desenvolvimento de novas investigações. Optou-se pela revisão integrativa da literatura, que sintetiza resultados e sinaliza lacunas por meio de etapas que contêm a pergunta de pesquisa, a amostragem, a seleção, a análise, a interpretação dos dados e a apresentação dos resultados^{10,11}.

Como primeira etapa, foram elencadas duas perguntas de pesquisa: Quais são as contribuições na área de saúde mental no Brasil, mais especificamente, no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, da temática da nova cronicidade? Quais são as formas e raízes da cronificação em saúde mental discutidas nas pesquisas, especificamente, no contexto de construção e consolidação da reforma psiquiátrica brasileira?

A busca foi realizada nos seguintes bancos de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Portal de periódicos da Capes/MEC. Foram

usadas como palavras-chave: cronificação AND “saúde mental”; cronicidade AND “saúde mental”; cronicização AND “saúde mental”. A pesquisa ocorreu no dia 19 de agosto de 2022. Os critérios de inclusão foram: artigos

em português, por se tratar do contexto da reforma psiquiátrica brasileira; e que tivessem como tema de pesquisa a cronicidade em saúde mental. Os resultados estão apresentados na *tabela 1*.

Tabela 1. Fluxo de identificação, seleção e inclusão de artigos

Identificação										
Artigos identificados por banco de dados					Artigos duplicados		Cronicidade AND "saúde mental"	Cronificação AND "saúde mental"	Total (n)	
	BVS	16	29	0		45	BVS	4	6	10
	SciELO	5	8	0		13	SciELO	2	3	5
	Capes	11	8	0		19	Capes	0	0	0
	Total (n)	32	45	0		77	Total (n)	6	9	15
Artigos repetidos entre estratégias de buscas e/ou entre bases de dados							Cronicidade AND "saúde mental"	Cronificação AND "saúde mental"	Total (n)	
	BVS	0	1	1		BVS	0	1	1	
	SciELO	3	5	8		SciELO	3	5	8	
	Capes	5	4	9		Capes	5	4	9	
	Total (n)	8	10	18		Total (n)	8	10	18	
Número de artigos excluídos por duplicadas e repetições (n = 33)										
Seleção										
Artigos selecionados para leitura dos títulos						Artigos excluídos após a leitura dos títulos		Cronicidade AND "saúde mental"	Cronificação AND "saúde mental"	Total (n)
	BVS	12	22	-	34		BVS	5	6	11
	SciELO	-	-	-	0		SciELO	-	-	0
	Capes	6	4	-	10		Capes	5	3	8
	Total (n)	18	30	0	44		Total (n)	10	9	19
Critério de exclusão: não contar a cronicidade em saúde mental como uma possibilidade de temática principal na pesquisa.										

Tabela 1. Fluxo de identificação, seleção e inclusão de artigos

Artigos selecionados para leitura dos resumos					Artigos excluídos após leitura dos resumos				
	Cronicidade AND "saúde mental"	Cronificação AND "saúde mental"	Cronicização AND "saúde mental"	Total (n)		Cronicidade AND "saúde mental"	Cronificação AND "saúde mental"	Total (n)	
BVS	7	16	-	23	BVS	4	7	11	
SciELO	-	-	-	0	SciELO	0	0	0	
Capes	1	1	-	2	Capes	1	1	2	
Total (n)	8	17	0	25	Total (n)	5	7	13	

Critério de exclusão: não conter a cronicidade em saúde mental como uma das temáticas principais.

Número de artigos excluídos após a leitura dos resumos (n = 13)

Inclusão				
Artigos incluídos após leitura dos resumos	Cronicidade AND "saúde mental"	Cronificação AND "saúde mental"	Cronicização AND "saúde mental"	Total (n)
BVS	3	9	-	12
SciELO	-	-	-	0
Capes	0	0	-	0
Total (n)	3	9	0	12

12 artigos incluídos para a revisão integrativa após leitura na íntegra (base de dados: BVS).

Fonte: elaboração própria.

No *quadro 1*, estão reunidos os doze artigos selecionados, com algumas características: nome do artigo, revista de publicação, objetivo, metodologia, resultados encontrados e contribuições na temática da cronicidade. Tais características foram submetidas à análise de conteúdo¹².

A análise dos artigos utilizou como suporte teórico autores de referência na discussão crítica da cronicidade em saúde mental^{6,7,13,14}, além de contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença^{15,16}.

Quadro 1. Características dos artigos selecionados

Título do artigo	Revista, autores e ano	Metodologia	Objetivos	Contribuições para o tema da cronicidade	Resultados
Transferência de cuidados: processo de alta dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial	Revista Eletrônica de Enfermagem. Guedes AC et al., 2017.	Pesquisa qualitativa de caráter avaliativo: estudo de caso da avaliação de quarta geração; método comparativo constante para análise dos dados. Investigação construtivista	Avaliar as dimensões do objeto de trabalho, desdobrando-se em questões relacionadas à integralidade; aos velhos e novos crônicos; aos atendimentos; às crises e à inserção da família.	a) Cronificação semelhante à permanência no CAPS oposta à integralidade do cuidado em rede; b) Alta semelhante à reabilitação psicossocial e desvinculada do sentido biológico de cura de uma patologia psiquiátrica.	Não há consenso sobre uso da alta em saúde mental; proposta do uso de transferência de cuidado; CAPS como um serviço transitório que, assim, evita a cronificação.

Quadro 1. Características dos artigos selecionados

Título do artigo	Revista, autores e ano	Metodologia	Objetivos	Contribuições para o tema da cronicidade	Resultados
O processo de cronificação em saúde mental: quando os estados-limite configuram uma adição de transferência	Caderno de Psicanálise. Kushnir, 2016.	Observação em um ambulatório	Compreender os impasses e as possibilidades que surgem por meio da utilização desse serviço de saúde mental.	a) Fenômeno de uma nova cronificação dos dispositivos substitutivos de saúde mental; b) Dependência dos usuários dos atendimentos e piora dos sintomas com o tempo.	Se estende uma situação de disponibilidade absoluta da instituição, sem que seu potencial cronificante seja questionado.
O Fenômeno da Cronificação nos Centros de Atenção Psicossocial: Um estudo de caso	Temas em Psicologia. Costa; Figueiró; Freire, 2014.	Cartografia	Problematizar as práticas de cuidado em um CAPS com o critério de análise: a existência de 'usuários profissionais' no serviço.	a) Cronificação do cotidiano: prática alienante do cotidiano, em desacordo com a reinserção social e a noção de desinstitucionalização; b) 'Usuários profissionais': frequentam o serviço há anos. Mantêm uma relação de interdependência com os técnicos e uma autoridade com relação aos outros usuários e à equipe.	Esse serviço pode gerar a institucionalização e a cronificação dos sujeitos através de métodos de organização e trabalho com uma lógica hierárquica da tutela, do isolamento em relação ao meio social e da despolitização dos usuários; são usuários que dificilmente recebem alta do CAPS.
O 'Morar' em hospital psiquiátrico: histórias contadas por familiares de ex-moradores	Psicologia em estudo. Frazatto; Boarini, 2013.	Pesquisa exploratória com entrevistas semiestruturadas; história oral temática com outras fontes complementares (dados secundários e documentos oficiais da gestão municipal)	Conhecer as histórias de ex-'moradores' de hospital psiquiátrico na visão de seus familiares e elencar os fatores que possibilitaram ou dificultaram a saída do hospital e a convivência fora desse ambiente.	a) A internação inicial em hospital psiquiátrico ocorre na faixa etária produtiva do ser humano e, aliada ao tempo e à recorrência, dificulta a escolarização e a profissionalização; b) A cronificação do transtorno mental como consequência: atinge a noção temporal dos indivíduos até a capacidade de desenvolver atividades básicas do cotidiano.	A recorrência e a longevidade da internação psiquiátrica dos 'moradores' provocaram perda de papéis sociais e de laços afetivos. O modelo manicomial acarreta agravamentos evitáveis com o tratamento no campo da atenção Psicossocial.
Serviços de Saúde e o Processo de cronificação psiquiátrica	CliniCAPS: Impasses da Clínica. Castro; Furegato, 2012.	Revisão de documentos oficiais com os dois temas: 1) serviços de saúde; e 2) processo de cronificação	Apresentar uma reflexão sobre os serviços que compõem a rede de assistência psiquiátrica e o processo de cronificação.	a) Cronificação do estado mental com as sucessivas reinternações; b) Problemas na implantação dos serviços: recursos humanos e a mudança de concepção acerca da doença mental e da assistência nessa área.	Manutenção da centralidade nos medicamentos e pouco no acompanhamento; Dados hospitalares, extra-hospitalares e de funcionamento dos serviços indicam a manutenção da ênfase no hospital. Distante da comunidade, a pessoa permanece sem condições de assumir novas funções sociais.
Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão	Ciência & Saúde Coletiva. Pande; Amarante, 2011.	Pesquisa exploratória, qualitativa no CAPS (RJ). Observação participante, entrevista semiestruturada; análise de dados no construtivismo social	Compreender a produção da nova cronicidade.	a) Sinal da falência das intenções da psiquiatria reformada; b) Leitura como parte da história natural da doença mental, quanto produto da institucionalização.	Os modos de institucionalização também são possíveis em serviços territoriais, mesmo que tenham o objetivo de não reproduzir o modelo tradicional de atenção do hospital psiquiátrico.
Processos de trabalho e gestão na estratégia de atenção psicossocial	Psicologia & Sociedade. Severo; Dimenstein, 2011.	Pesquisa bibliográfica; análise dos registros do serviço; observação participante; registros no diário de campo e rodas de conversa com a equipe	Analisar o fenômeno da cronificação das práticas profissionais e da circulação dos usuários em um ambulatório especializado em saúde mental.	Manutenção dos processos de cronificação relativos aos usuários ante a continuidade da lógica de segregação vigente.	As análises apontam o embate cotidiano entre os Paradigmas Psicossocial e Hospitalocêntrico, a necessidade de investir em mudanças nos processos de gestão, politizando os processos de trabalho.
Para além dos 'muros' da Nossa Casa: a construção de uma história em movimento	PsicoPUCRS. Nunes, 2005.	Artigo de reflexão e análise crítica a partir do CAPS Nossa Casa	Reflexão e análise crítica do processo de fazer história, especialmente no que se refere à história da loucura e sua relação com a Saúde (Mental) Pública.	Qualquer CAPS pode cronificar-se, com a reprodução de lógicas e formas manicomiais.	Importância de um rede integrada entre os serviços para maior resolutividade; gestor com um papel fundamental; abandono estatal da instituição Nossa Casa.

Quadro 1. Características dos artigos selecionados

Título do artigo	Revista, autores e ano	Metodologia	Objetivos	Contribuições para o tema da cronicidade	Resultados
Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil	Caderno de Saúde Pública. Lancman, 1997.	Pesquisa quantitativa e comparativa: dados de produção de serviços psiquiátricos ambulatoriais e de emergência, comparando cidades semelhantes com e sem hospitais psiquiátricos	Associar a existência de hospitais em dadas comunidades e o aumento de internações e de demanda aos serviços de atenção primária em saúde.	A existência de hospitais psiquiátricos pode gerar impactos tanto em quem é assistido como também na população que é educada no processo de medicalização, pois é um fator gerador de demanda.	O estudo comparativo demonstrou um acréscimo no número de internações, como também um aumento expressivo no número de consultas em saúde mental nos municípios com hospital.
Estudo crítico de internações psiquiátricas no Estado de São Paulo	Revista ABP-APAL. Rios; Jabes, 1992.	Pesquisa quantitativa; descritivo. Análise dos dados: diagnóstico psiquiátrico, sexo, idade, reinternação, causas de morte, tempo de permanência hospitalar	Análise de dados sobre aspectos da assistência psiquiátrica nos hospitais do Registro Central de Internações Psiquiátricas (RCI).	a) Identificação de cronificação institucional com cruzamento de dados entre idade, causas de morte, diagnóstico e permanência hospitalar.	Grande hospital psiquiátrico enfrentando gravidade de saúde pública e necessidade de uma assistência psiquiátrica moderna e eficiente, capaz de interferir na cronicidade, na incapacidade e na morte prematura; excesso de diagnósticos indefinidos em mulheres.
Determinantes institucionais da cronificação.	Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Delgado, 1991.	Análise e discussão da cronicidade asilar a partir de dados da colônia Juliano Moreira	Apresentar o conceito de crônico e buscar sua determinação institucional.	a) Crônicos na psiquiatria: pacientes internados em instituições para crônicos; internação com critérios morais e institucionais, tais como: ausência de famílias, abandono, uso maciço de drogas; b) A vida asilar pode ser determinante do processo de cronificação.	Produção institucional da condição de pacientes psiquiátricos crônicos; fenômeno da neocronicidade com demais formas institucionais de cuidado psiquiátrico que continuam a exercitar o paradigma da cura-custódia sob forma modernizada.
Identificação e manejo dos doentes mentais crônicos num local de cuidados primários em Porto Alegre, Brasil	Revista ABP-APAL. Busnello et al., 1983.	Relato de caso	Identificar e orientar, a partir de um local de cuidados primários em Porto Alegre, o manejo de pacientes psicossocialmente crônicos.	a) Fatores para a definição de cronicidade: a longa duração dos sintomas e a interação entre o paciente e sua família, o grupo social ao qual pertencem e o serviço de saúde que frequentam; b) Síndrome de colapso social crônico: produção de sintomas e condutas desviantes com a internação.	Pacientes psicossocialmente crônicos são aqueles com sintomas que permanecem, mas se diferem da gravidade e da sintomatologia dos convencionais (esquizofrênicos, maniaco-depressivos, paranoicos, síndromes orgânicas ou outras psicoses não orgânicas), com elasticidade dos critérios diagnósticos para abarcar as preocupações da comunidade.

Fonte: elaboração própria.

Resultados e discussão

A BVS foi a base de dados, com 100% (n=12) do levantamento bibliográfico. Há pesquisas selecionadas da região Nordeste (n=2), mas a maioria (n=10) é das regiões Sudeste e Sul, respectivamente. A maioria (n=7) das publicações ocorreu entre os anos de 2011 e 2017, e derivou majoritariamente dos núcleos profissionais: psicologia (n=5), psiquiatria (n=3) e enfermagem (n=1). Duas publicações

A cronicidade em saúde mental entre permanências e modificações

foram feitas em revistas de saúde coletiva e saúde pública.

Sobre a desigualdade regional da produção de pesquisas acerca da temática, de acordo com o painel de 20 anos da Reforma Psiquiátrica Brasileira do Desinstitute¹⁷, desde o início da implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), existe uma disparidade das regionais Sul e Sudeste em relação às

demais – com exceção do Nordeste, que, desde 2006, aumentou sua cobertura e está com um indicador próximo ao do Sul e do Sudeste. Desse modo, é possível que a desigualdade na produção científica a respeito desse tema expresse a heterogeneidade na própria implantação e do desenvolvimento da reforma psiquiátrica e da rede substitutiva de serviços no País.

Fica evidente uma interrupção dos estudos a respeito dessa temática (a cronicidade em saúde mental) a partir de 2018. Esse foi um período de aprofundamento dos retrocessos na política de atenção à saúde mental, álcool e outras drogas, com corte de verbas e desmonte de serviços¹⁸. É possível que as pesquisas e publicações na área de saúde mental nos últimos anos tenham se voltado mais à análise desses retrocessos e aos seus impactos nos serviços. Evidentemente, essa degradação da rede repercute diretamente no aprofundamento do caráter cronicizador da atenção. Contudo, a abordagem desse conjunto de recuos pode ter ocorrido mais sob o enfoque da gestão e organização de serviços. Outro aspecto que pode estar relacionado à redução das publicações dessa temática é o corte de verbas nas universidades públicas e nos setores de ciência e tecnologia nesse período, como parte da mesma agenda ultraliberal, voltada à redução dos investimentos sociais em nome da chamada ‘austeridade fiscal’¹⁹.

A concentração dos artigos com essa temática em revistas direcionadas aos núcleos profissionais pode ter relação com a própria formação profissional nas instituições de ensino superior, ainda bastante fragmentada e resistente à interdisciplinaridade. Além disso, cabe destacar a incipiência da formação em saúde mental sob a concepção da atenção psicossocial nos cursos de graduação no Brasil. Um exemplo são os currículos de psicologia, que revelam lacunas na produção teórico-conceitual ancorada na atenção psicossocial. Há uma modificação gradual dos currículos da lógica clínica liberal-privatista para a saúde pública, mas ainda insuficiente²⁰.

Ademais, a quantidade restrita de estudos sobre a temática é desproporcional à sua relevância. Possivelmente, o impacto do campo hegemônico, da psiquiatria tradicional, influencia a manutenção e o deslocamento das pesquisas acerca do fenômeno da cronicidade para estudos sobre doença crônica, assim como ocorre nos estudos sobre o consumo de drogas²¹.

Cabe destacar, ainda, o fato de a maioria das pesquisas utilizar metodologias qualitativas, uma tônica no campo da atenção psicossocial. De forma geral, essa escolha tem sido justificada pela busca de aprofundamento do caráter reflexivo e crítico nos estudos voltados à análise da subjetividade e das formas de cuidado em saúde mental²².

Com relação à metodologia, 9 investigações foram desenvolvidas sob métodos qualitativos de pesquisa. A maioria das pesquisas (n=1) envolveu serviços de saúde: Caps (n=4), hospitais psiquiátricos (n=3), ambulatorios de saúde mental (n=3) e atenção básica (1). Das que realizaram pesquisas de campo com entrevistas (n=4), duas foram feitas com usuários, equipe e familiares; uma com a equipe; e a outra com familiares e ex-moradores de hospitais.

A partir do referencial teórico e da leitura dos artigos, foram elencados três eixos de análise: 1) conceito, características e formas de cronicidade; 2) condicionantes ou raízes da cronificação; 3) possibilidades, formas e práticas de superação da cronificação.

Com relação ao primeiro eixo, os artigos foram divididos em dois grupos: aqueles que enfatizam a cronicidade no usuário e/ou na doença (n=3); e aqueles que a conceituam predominantemente a partir da relação usuário-serviço de saúde mental, com destaque às características das instituições e/ou da rede de atenção à saúde mental na produção da cronicidade (n=9). Neste último grupo, 3 artigos foram publicados antes da lei da reforma psiquiátrica²³.

Nenhum dos artigos caracterizou a cronicidade como inerente à história natural da doença mental, o que decorre, provavelmente,

da escolha dos descritores utilizados na busca, que condizem com as pesquisas enraizadas na atenção psicossocial e na reforma psiquiátrica.

Parte do primeiro grupo, os artigos de Busnello et al.²⁴, Frazatto e Boarini²⁵ e Kushnir²⁶, aborda a cronicidade, de forma geral, em uma dimensão mais focada no sujeito e/ou no transtorno mental:

Dentre os diversos sujeitos escutados, percebeu-se que, para alguns, fazer parte do ambulatório tornou-se uma necessidade análoga a um vício. Temiam perder sua vaga pelas recorrentes faltas nas consultas e negavam-se a continuar o tratamento com seus médicos e analistas em outros locais, mesmo que mais acessíveis. Deixar aquela instituição era inconcebível²⁶⁽⁸⁸⁾.

No segundo grupo, Severo e Dimenstein²⁷ ampliam a análise sobre a cronicidade e a evidenciam tanto nos processos de trabalho quanto na circulação dos usuários nos serviços substitutivos:

a permanência ilimitada de tempo dos usuários no interior dos serviços substitutivos acaba por reproduzir o isolamento das pessoas com transtornos mentais, excluídas historicamente do convívio social por não corresponder a um ideal de normalidade. Além disso, gera relações de dependência do usuário e dos familiares para com os serviços de saúde mental, que acabam por querer um cuidado permanente, acreditando sempre necessitar dele. Entendemos, assim, que os problemas relacionados ao fluxo dos usuários nos serviços, de excesso de procura e quase nenhuma saída, servem de analisadores dos processos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica²⁷⁽³⁴¹⁾.

Costa et al.²⁸ localizam esse processo na prática cotidiana e em desacordo com a noção de desinstitucionalização, resultando na produção de 'usuários profissionais'. Guedes et al.²⁹, por sua vez, relacionam a cronicidade com a permanência no Caps.

A maioria dos artigos dá ênfase à

cronificação como um fenômeno do processo de institucionalização. Delgado³⁰, Rios e Jabes³¹ e Lancman³², por meio de pesquisa quantitativa, evidenciam a cronificação oriunda dos hospitais psiquiátricos, tal como no trecho a seguir:

Trata-se, pois, de pessoas solteiras, com idade média em torno de 57,03 anos, internadas na Colônia há um tempo médio de 27,3 anos (em 1989), analfabetas ou semi-analfabetas, sem profissão anterior ou vinculados antes da internação à economia informal, no setor não produtivo. Que significa dizer que são 'crônicas?' O que lhes teria determinado a assunção desse estatuto?

Examinaremos aqui a hipótese de que a vida asilar, isto é, a submissão ao conjunto de práticas e rotinas desse tipo de estabelecimento sanitário fundado pela Psiquiatria, possa ser considerada determinante privilegiado do processo de 'cronificação'³⁰⁽¹¹⁹⁾.

Nunes³³ e Pande e Amarante⁹ abordam as possibilidades de cronificação dos serviços substitutivos, como os Caps:

Portanto, há práticas e políticas (ações), direcionadas no sentido de esvaziamento de tudo aquilo que se construiu a partir de movimentos e necessidades que brotaram da participação de todo um conjunto de pessoas, engajadas na mesma luta. São na verdade movimentos naturais do processo histórico: os avanços e recuos... e portanto, devemos nos perguntar o que nossas práticas estão representando, o que elas estão transformando ou cristalizando, no que estão contribuindo, se para a reinvenção do novo ou para a perpetuação do instituído³³⁽²⁹⁷⁾.

Na mesma direção, Castro e Furegato³⁴ assinalam a correlação das práticas de reinstituições com as problemáticas das implementações dos serviços abertos.

No segundo eixo elencado, referente aos condicionantes ou às raízes da cronificação, apreendem-se, já nos artigos anteriores à lei da

reforma psiquiátrica brasileira²³ (n=4), os impactos da dinâmica dos serviços de saúde como condicionantes da cronicidade. As influências reformistas sobre os autores são variadas. Busnello et al.²⁴, por exemplo, a partir do raciocínio tipicamente preventivista caplanariano, usam o termo ‘psicossocialmente crônico’ para definir uma ampla gama de condições que não se encaixariam nos critérios diagnósticos da época, e que deveriam ser objeto dos serviços de cuidados primários; defendem, assim, uma elasticidade dos critérios diagnósticos, de acordo com ‘demandas da comunidade’.

A partir da análise histórica de alguns dos maiores manicômios brasileiros, Delgado³⁰ demonstrou como os critérios de internação são morais (ausência de famílias, uso de drogas etc.), institucionais e relacionados ao paradigma cura-custódia. Com base em autores como Goffman e Foucault, o autor discutiu a ideia de que a institucionalização manicomial produz a cronificação:

muitas vezes o paciente era transferido diretamente de uma instituição correccional (FUNABEN, por exemplo), sendo considerado crônico por razões institucionais e morais que se somavam sem problema teórico ao elenco de considerações clínicas, e tínhamos, ‘crônicos’, adolescentes no primeiro surto psicótico, ou mesmo sem a sintomatologia própria à descrição nosográfica da Psiquiatria. No limite, crônicos eram os pacientes internados em instituições para crônicos³⁰⁽¹¹⁷⁾.

Em uma caracterização quantitativa das pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos de São Paulo naquele período, Rios e Jabes³¹ identificaram a cronificação (longas permanências, reinternações), o excesso de diagnósticos indefinidos em mulheres, a incapacidade e a morte prematura. Com isso, salientam o anacronismo do hospital psiquiátrico como espaço de cuidado.

Os artigos analisam como o aumento de demanda por serviços de saúde mental relaciona-se com a presença de hospitais psiquiátricos, levando a “um ‘hábito’ dentro das comunidades

circunvizinhas aos asilos de resolver seus problemas ‘psiquiatrizando-os’”³²⁽⁹⁴⁾.

As produções após a lei da reforma psiquiátrica (2001) debatem a problemática da desinstitucionalização em estreita relação com a desospitalização, discutindo a reprodução da lógica manicomial nos serviços e na rede. Desse modo, voltam-se centralmente para a problemática da concepção e das práticas assistenciais.

Nesse sentido, um aspecto tratado refere-se ao papel do abandono do serviço público, levando à reprodução da lógica manicomial³³. Assim, são demarcados os papéis da recorrência e da longevidade da internação psiquiátrica, em dissonância com a atenção psicossocial, e, conseqüentemente, o papel daquelas na produção da cronicidade²⁵.

Um dos limites notórios da reforma psiquiátrica brasileira é a sua incapacidade de constituir atenção psicossocial territorializada e em rede como base do cuidado. Desse modo, a tendência de manutenção das internações e reinternações contribui para a permanência do indivíduo no território, mantendo a assistência centrada nos medicamentos e não nos acompanhamentos³⁴.

Costa et al.²⁸ localizam as raízes do fenômeno em práticas alienantes do cotidiano, em desacordo com

a ideia de reinserção social e, principalmente, com a noção de desinstitucionalização a que o serviço se propõe, e mostra como o funcionamento do trabalho está alicerçado na manutenção da tutela em relação aos usuários e do poder/saber nas mãos dos profissionais²⁸⁽⁸⁴⁵⁾.

Já Kushimir²⁶ aborda a resistência dos usuários em acatar as imposições dos serviços, considerando a sua convivência em manter uma disponibilidade acrítica e não questionar o potencial cronificante dessa tolerância. Por sua vez, Guedes et al.²⁹ discutem a cronicidade na problemática de associar a alta com a cura. Desse modo, o Caps não cumpre um papel transitório:

“compreende-se que o processo de alta é uma importante estratégia de reabilitação psicossocial, promovendo o cuidado no território de vida dos usuários”²⁹⁽¹⁾.

Assim, entre rupturas e continuidades, superações e reproduções, o conflito entre o paradigma hospitalocêntrico e o paradigma psicossocial dentro dos serviços de saúde mental se constitui como um dos aspectos importantes relacionados à cronicidade²⁷.

Diante dos vários limites e contradições na implantação de práticas substitutivas, a nova cronicidade é retratada como uma evidência da falência das intenções da psiquiatria reformada³⁵. Nesse contexto,

os mecanismos de institucionalização podem se dar mesmo em alguns serviços territoriais, ainda que estes tenham o objetivo de substituir o hospital psiquiátrico e, portanto, não reproduzir o modelo tradicional de atenção⁹⁽²⁰⁷⁵⁾.

O último eixo evidenciado na análise temática de conteúdo das pesquisas selecionadas abarca as possibilidades de superação desse fenômeno e/ou processo de cronificação.

A pesquisa de Rios e Jabes³¹ reitera que o grande hospital psiquiátrico aumenta a gravidade de saúde pública e a necessidade de uma assistência psiquiátrica moderna, eficiente, capaz de interferir na cronicidade, na incapacidade e na morte prematura.

Ao discutir saídas para os dilemas da reforma psiquiátrica brasileira, alguns artigos salientam a importância dos processos de gestão dos serviços na conformação da atenção de caráter psicossocial, em oposição à reprodução do modelo manicomial. Nessa direção, analisa-se o papel do gestor na constituição da integralidade da rede³³. Para isso, o próprio formato de gestão deve romper com a lógica autoritária, hierarquizada e fragmentada, construindo processos democráticos, como a cogestão, que auxiliam na politização dos processos de

trabalho e, por conseguinte, na apropriação das propostas da reforma psiquiátrica:

Desse modo, pensar o trabalho como produção de si implica articulá-lo com os processos de gestão: gestão de si, do cotidiano, do exercício do cuidado, etc. Nesse sentido, é necessário analisar que tipo de articulação com a gestão-administração de saúde mental tem se desenvolvido no sentido de produzir um trabalho de assistência indissociado do trabalho da gestão, onde os processos decisórios perpassam o cotidiano dos serviços²⁷⁽³⁴⁶⁾.

Além das preocupações com relação às formas de gestão, ficam evidentes várias indicações voltadas à concretização de princípios fundantes da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial.

Romper com a lógica manicomial e biomédica, produtora da cronicidade em saúde mental, a principal preocupação da literatura, envolve a constituição do cuidado em rede, territorializado, integrando serviços, de forma a garantir o acompanhamento integral e em liberdade³⁴.

Essas transformações incluem o estabelecimento do cuidado em consonância com os preceitos da atenção psicossocial: em liberdade, desmedicalizante, utilizando-se de mecanismos como o acolhimento, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), a intersectorialidade, a desinstitucionalização²⁵.

Alguns autores problematizam, inclusive, a utilização do termo ‘alta’, indicando que a imagem da ‘transferência de cuidado’ pode contribuir mais para a superação do sentido biológico subjacente à ideia de cura de uma patologia clínica²⁹.

Avanços e lacunas da reflexão brasileira a respeito da cronicidade em saúde mental

Uma característica importante do movimento da luta antimanicomial no Brasil foi localizar a natureza violenta do modelo manicomial, com

relação aos usuários e aos direitos humanos, e a sua impossibilidade de servir ao cuidado das pessoas com sofrimento psíquico.

Também faz parte dessa tradição, sobretudo do movimento da psiquiatria democrática italiana¹⁴, principalmente em estudos basaglianos¹³, a discussão do papel das relações sociais capitalistas na obstrução das vidas plenas e na produção de sofrimento e isolamento dos considerados desviantes e improdutivos para o processo de acumulação de valor. De fato,

desse panorama indistinto de necessidades (a miséria concreta das classes subalternas e a miserabilização do indivíduo da classe tutelada), alguma voz pode erguer-se para gritar a angústia, a fúria, a raiva, a cisão, a fratura; ou para chorar a própria impotência. É então que lhe será dada a palavra, para amordaçá-la com a definição de ‘doença’: uma doença que será ‘tratada’ para que não diga de onde provém¹³⁽²⁹⁶⁻²⁹⁷⁾.

Diante disso, a discussão sobre a produção social da loucura se expressou, no movimento da luta antimanicomial no Brasil³⁶, como parte do movimento da reforma sanitária nos anos 1980, considerando, ainda, as primeiras experiências isoladas de serviços substitutivos.

Pode-se perceber que, seguindo o processo de implementação e desenvolvimento do SUS, a preocupação dos estudos em saúde mental, nesse período, voltou-se para elaborações e suporte à constituição de uma rede de atenção psicossocial com serviços substitutivos, incluindo os Caps, a Atenção Primária à Saúde (APS), as estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial etc.³⁸. Tratava-se de contribuir para a mudança do modelo de atenção e superar os aparatos manicomiais. Nesse curso, têm sido produzidos estudos fundamentais, que visam a analisar e guiar as políticas públicas e o funcionamento dos serviços de saúde mental no País, inclusive em contexto de importante retrocesso dos direitos sociais, como nos últimos anos¹⁸.

Ao mesmo tempo, alguns autores discutem

a existência de um possível hiato entre o movimento da luta antimanicomial, expresso no Manifesto de Bauru³⁶, e a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira após o seu marco legal²³, com relação à discussão da produção social do sofrimento psíquico para além da instituição psiquiátrica. Ou seja, debate-se a influência das relações e das inserções sociais concretas dos indivíduos e coletividades como raízes do sofrimento³⁸. Um dos exemplos deste hiato é o distanciamento da luta antirracista e o agravamento do racismo com os retrocessos da consolidação da reforma, principalmente a partir de 2017³⁹.

Nesta revisão, mesmo nos artigos mais antigos, esse debate esteve praticamente ausente. Algumas vezes, são apresentadas características dos usuários cronicados pelos serviços. Contudo, forma-se um quadro secundarizado, que não é utilizado para compreender a vida que levou ao manicômio. Delgado³⁰, por exemplo, chega a apresentar alguns dados dos internos (inserção econômica, raça/cor, escolaridade), mas não analisa a relação dessas características com a produção do sofrimento psíquico.

É evidente a tônica dominante na literatura analisada em torno da cronicidade, incluindo uma ‘nova cronicidade’ como resultante do itinerário institucional dos usuários, seja nas instituições claramente manicomiais (hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas), seja naquelas da psiquiatria reformada – ambulatórios, serviços substitutivos, como os Caps, funcionando aquém dos princípios da reabilitação psicossocial etc.

Na obra basagliana¹³, assim como na perspectiva fanoniana^{40,41}, a violência do manicômio só existe como duplo do contexto social do qual emerge – ou seja, o modo de produção capitalista em formações sociais concretas. As raízes da loucura se encontram, em última instância, na vida em sociedade, que, de múltiplas formas, explora, oprime e viola os sujeitos física e psiquicamente. O manicômio se apresenta como resposta às expressões das contradições sociais produzidas pelas relações

capitalistas. Resposta que, como se sabe, reitera e reproduz processos de opressão e violência, agravando o sofrimento psíquico.

Nesse aspecto, ao que tudo indica, os estudos a respeito da cronicidade poderiam se beneficiar das pesquisas contemporâneas voltadas à análise da determinação social do sofrimento psíquico^{21,42-44}. São produções que buscam apreender como a inserção concreta das coletividades humanas, determinadas por classe social, gênero, raça/etnia, condiciona os modos de vida e os perfis de reprodução social e epidemiológico^{15,16}.

Nessa direção, o sofrimento psíquico é compreendido não como resultado da exposição contingencial a fatores de risco, mas como produto da ‘imposição permanente’ às coletividades humanas de processos críticos deterioradores das capacidades vitais biopsíquicas. Entre esses processos, é possível destacar, por exemplo: as transformações contemporâneas nos processos produtivos, com a acumulação flexível, ampliando a intensificação e o desgaste da força de trabalho⁴⁴; as condições atuais de reprodução social das classes sociais e seus segmentos, com a mercantilização da vida e múltiplas restrições de acesso a bens e serviços³⁵; a atuação estatal, por meio das políticas públicas em um contexto neoliberal e dos meios de coerção e produção de consentimento utilizados para a reprodução e o controle dos grupos sociais²¹; as formas contemporâneas de atualização da exploração e opressão fundadas no racismo e no patriarcado^{21,39}; entre outros.

A permanência estrutural desses processos torna-se a base para a compreensão dos perfis epidemiológicos contemporâneos, alicerçados em condições crônicas, como condições cardiovasculares, várias formas de câncer, diabetes, doenças musculoesqueléticas e inflamatórias, violências, assim como as múltiplas formas de sofrimento psíquico⁴⁵.

Por fim, os estudos na determinação social também auxiliam na compreensão do aumento do fenômeno da medicalização, em que o campo da medicina se apropria e se normatiza, cada vez mais, de aspectos da vida geral,

seja em diagnósticos ou prescrições, como um processo ideológico. Com isso, desloca-se a relação entre sofrimento e condição de vida, no acomodamento do sofrimento em diagnósticos e na gestão individual dos riscos, ocultando o contexto e as condições sociais impostas^{21,46}.

Considerações finais

O tema da cronicidade em saúde mental é multifacetado e compreendido segundo diferentes abordagens teóricas. A revisão realizada evidenciou a importância dessa temática para a construção de práticas de reabilitação psicossocial coerentes com a luta antimanicomial.

Nesse contexto, a literatura aponta permanências e modificações, a velha e a ‘nova’ cronicidade em saúde mental, a fim de subsidiar uma leitura crítica, inclusive das práticas construídas com grandes esforços, visando a superar o modelo manicomial – o que, diante dos vários obstáculos, pode acabar por reproduzir várias de suas características. Porém, a revisão também demonstrou o quanto esses estudos foram reduzidos nos últimos anos.

Paralelamente, estamos diante de um aumento preocupante nos indicadores de sofrimento psíquico nas últimas décadas, ao mesmo tempo que avanços notáveis na atenção psicossocial no País têm sido revertidos nos últimos anos, em práticas mercantilizadoras e reprodutoras do isolamento manicomial.

Atualmente, os modos de produzir e reproduzir a vida dos grupos humanos e de seus processos de saúde e doença estão fragmentados em diagnósticos individuais, os quais, diante da concepção de campo hegemônico, são lidos nos cotidianos como uma doença crônica, incurável e permanente.

A degradação dos serviços públicos de saúde, incluindo os serviços de saúde mental, e o retrocesso nas demais políticas sociais, são uma manifestação particular da ofensiva atroz contra os direitos sociais e trabalhistas e contra as liberdades democráticas. A degradação da vida, resultante da ampliação de várias formas

de exploração, opressão e violências, deixa marcas indeléveis na corporeidade, as quais mesmo as iniciativas medicalizadoras, cada vez mais generalizantes, não conseguem ocultar completamente.

Nota-se uma diminuição teórica e assistencial de leituras e práticas que mantenham a produção social da loucura como tônica da cronicidade. Porém, analisar a cronicidade em saúde mental deve envolver a compreensão simultânea dos múltiplos processos de deterioração da vida, em articulação com a degradação das condições e com as formas de cuidado e assistência. Essa constatação parte do pressuposto de que a construção de formas

de cuidado integrais, baseadas na autonomia e nos direitos humanos, é parte de um impulso mais amplo e coletivo, em busca de novas relações sociais, alicerçadas na solidariedade e na emancipação.

Colaboradores

Boni DD (0009-0005-5635-6617)* e Gomes RM (0000-0002-2055-0558)* contribuíram para concepção, planejamento, análise e elaboração do texto. Bellenzani R (0000-0002-7211-6518)* contribuiu para revisão do conteúdo. ■

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. Brasília, DF: OPAS; [sem data]. OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019. 2020 dez 9 [acesso em 2023 out 18]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e>
2. Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. Brasília, DF: OPAS; [sem data]. Comissão da OMS pede ação urgente contra doenças crônicas não transmissíveis. 2018 jun 1 [acesso em 2023 out 18]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/1-6-2018-comissao-da-oms-pede-acao-urgente-contradoencas-cronicas-nao-transmissiveis>
3. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev saúde pública*. 2012;46(1):126-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>
4. Tribunal Regional do Trabalho da 13ª região (PB) [Internet]. João Pessoa: TRT-13ª Região; [sem data]. Modesto C. Transtornos mentais são a terceira maior causa de afastamento do trabalho no Brasil. 2023 jan 24 [acesso em 2023 out 18]. Disponível em: <https://www.trt13.jus.br/informe-se/noticias/transtornos-mentais-sao-a-terceira-maior-causa-de-afastamento-do-trabalho-no-brasil>
5. Muniz M, editora. Em 5 anos, número de afastamentos por transtornos mentais cresce mais de 50%. CUT-Central Única dos Trabalhadores [Internet]. 2022 set 1 [acesso em 2023 out 18]. Disponível em: <https://www.cut.org.br/noticias/em-5-anos-numero-de-afastamentos-por-transtornos-mentais-cresce-mais-de-50-7fe5>
6. Kinoshita RT. Autopoiese e reforma psiquiátrica. São Paulo: Hucitec; 2016. 308 p.
7. Desviat M. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. 196 p.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Dias DAS, França Neto O. Do crônico à crônica: entendimentos possíveis de casos psiquiátricos cronicados. *Affectio Soc. (Medellin)*. 2016;13(25):31-49.
9. Pande MNR, Amarante PDC. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(4):2067-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400006>
10. Giacomini E. Os sentidos da interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental [dissertação]. Cascavel: Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2022.
11. Pradini NR, Souza SRRK, Resende ACAP, et al. Saúde mental de puérperas durante la pandemia de covid-19: revisión integradora. *Aquichan*. 2022;22(2):e2227. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.2.7>
12. Cavalcante RB, Calixto P, Pinheiro M, et al. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Informação & Sociedade [Internet]*. 2014 [acesso em 2023 out 18];24(1):13-18. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/ies/article/view/10000>
13. Basaglia F. *Escritos Seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. 331 p.
14. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicácio F, organizadora. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17-59.
15. Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 320 p.
16. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. *Rev Lat-Am Salud [Internet]*. 1982 [acesso em 2024 dez 12];2:7-25. Disponível em: https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf
17. Desinstitute. Painei saúde mental: 20 anos da lei 10.216/0 [Internet]. Brasília, DF: Desinstitute; 2021 [acesso em 2023 out 18]. 84 p. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/painei-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/>
18. Passos RG, Gomes da Silva TM, Farias JS, et al. A (re) manicomialização da política de saúde mental em tempos bolsonaristas: a volta do eletrochoque e das internações psiquiátricas. *Cad Bras de Saúde Ment [Internet]*. 2021 [acesso em 2023 out 18];13(37): 42-64. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80618>
19. Informandes [Internet]. Pesquisa nacional luta para sobreviver asfixiada por cortes orçamentários. 2022 [acesso em 2023 out 18]; informativo nº 129. Disponível em: https://issuu.com/andessn/docs/informandes_-_jun22_final
20. Rodrigues D, Zaniani EJM. A formação acadêmica do psicólogo e a construção do modo de Atenção Psicossocial. *Pesqui prát psicossociais [Internet]*. 2017 [acesso em 2023 out 18];12(1):224-39. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000100016&lng=pt&nrm=iso
21. Moraes RJS. *Determinação social do consumo de drogas: estudo de histórias de vida em uma perspectiva marxista [tese]*. Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2018.
22. DKR, Paiva IKS, Guimarães J. Pesquisa qualitativa no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: vozes, lugares, saberes/fazeres. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(3):839-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.00512017>
23. Presidência da República (BR). Lei nº 10.216, 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e re-direciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2001 abr 6; Seção 1:2.
24. Busnello E, Lima B, Gomes R, et al. Identificação e

- manejo dos doentes mentais crônicos num local de cuidados primários em Porto Alegre. *J Bras Psiquiatr*. 1983;32(6):359-63.
25. Frazatto CF, Boarini ML. O “morar” em hospital psiquiátrico: histórias contadas por familiares de ex-“moradores”. *Psicol estud* [Internet]. 2013 [acesso em 2023 out 18];18(2):257-67. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/VZdg5yJLJkhCBSfhyH96hcD/?lang=pt#>
 26. Kushnir CQ. O processo de cronificação em saúde mental: quando os estados-limite configuram uma adição de transferência. *Cad Psicanal* [Internet]. 2016 [acesso em 2023 out 18];38:85-97. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952016000200005
 27. Severo AK, Dimenstein M. Processos de trabalho e gestão na estratégia de atenção psicossocial. *Psicol soc*. 2011;23(2):340-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000200015>
 28. Costa MSG, Figueiró RA, Freire FHMA. O fenômeno da cronificação nos centros de atenção psicossocial: um estudo de caso. *Temas psicol (Online)*. 2014;22(4):839-51. DOI: <https://doi.org/10.9788/TP2014.4-13>
 29. Guedes AC, Olschowsky A, Kantorski LP, et al. Transferência de cuidados: processo de alta dos usuários de um centro de atenção psicossocial. *Rev Eletr Enf*. 2017;19:1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19i43794>
 30. Delgado PGG. Determinantes institucionais da cronificação. *J Bas Psiquiatr*. 1991;40(3):117-25.
 31. Rios IC, Jabes MR. Estudo crítico de internações psiquiátricas no Estado de São Paulo. *Rev ABP-APAL*. 1992;14(1):9-13.
 32. Lancman S. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1997;13(1):93-102. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000100019>
 33. Nunes JAB. Para além dos “muros” da Nossa Casa: a construção de uma história em movimento. *Psico* [Internet]. 2005 [acesso em 2023 out 18]; 36(3):293-8. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1400>
 34. Castro SA, Furegato ARF. Serviços de saúde e o processo de cronificação psiquiátrica. *Clini Caps: Impasses da Clínica* [Internet]. 2012 [acesso em 2023 out 18];6(18):26-36. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002708656>
 35. Rangel MN. A “nova” cronicidade nos “novos” serviços de atenção psicossocial [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
 36. Manifesto de Bauru (1987). In *SURgência: revista de direitos e movimentos sociais* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 out 18];3(2):537-41. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/19775>
 37. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist ciên saúde-Manguinhos*. 2002;9(1):25-59. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>
 38. Almeida MR. A formação social dos transtornos de humor [tese]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” 2018.
 39. Moreira TWF, Passos RG. Luta Antimanicomial, racismo e o avanço do conservadorismo em tempos “temerosos”. *Temporalis*. 2019;18(36):178-92. DOI: <https://doi.org/10.22422/temporalis.2018v18n36p178-192>
 40. Costa PHA, Mendes KT. Frantz Fanon, saúde mental e a práxis antimanicomial. *socdeb*. 2021;27(1):66-82. DOI: <https://doi.org/10.47208/sd.v27i1.2809>
 41. Fanon FO. Alienação e liberdade – escritos psiquiátricos. São Paulo: UBU Editora; 2020.
 42. Almeida MR, Bellenzani R, Schuhli VM. A Dialética singular-particular-universal do sofrimento psíquico: articulações entre a psicologia histórico-cultural

- e a teoria da determinação social do processo saúde-doença. In: Tuleski SC, Franco AF, Calve TM, organizadores. *Materialismo histórico-dialético e psicologia histórico-cultural: expressões da luta de classes no interior do capitalismo*. Paranavaí: Editora EduFatecie; 2020. p. 227-270.
43. Bellenzani R, Marques MG, Oliveira MG. Trabalho sob a ordem do capital e a produção social da ansiedade. In: Bellenzani R, Carvalho BP, organizadores. *Psicologia histórico-cultural na universidade: saúde mental, sofrimento psíquico e psicopatologia*. Campo Grande: Editora UFMS; 2023. v. 2. p. 206-47.
44. Viapiana VN, Gomes RM, Albuquerque GSC. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Saúde debate*. 2018;42(4):175-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S414>
45. Gomes RM. *Humanização e desumanização no trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. 312 p.
46. Almeida MR, Gomes RM. Medicalização social e educação: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Nuances*. 2014;25(1):155-17. DOI: <https://doi.org/10.14572/nuances.v25i1.2728>

Recebido em 26/10/2023

Aprovado em 30/08/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Gicelle Galvan Machineski

Métodos e instrumentos para avaliação de políticas, programas e serviços de atenção à violência sexual: revisão integrativa

Methods and instruments for evaluating policies, programs, and services for sexual violence care: An integrative review

Cristiane Magalhães de Melo¹, Marcela Quaresma Soares², Ana Clara Rocha Franco³, Paula Dias Bevilacqua³

DOI: 10.1590/2358-289820251449378P

RESUMO Objetivou-se identificar estudos avaliativos de políticas, programas ou serviços de atenção a sobreviventes de violência sexual, caracterizando os tipos de avaliação, as estratégias metodológicas e fontes de evidências utilizadas. Realizou-se revisão integrativa da literatura produzida entre 2012 e 2022, identificada em bases nacionais e internacionais, a partir dos descritores “Sex Offenses” (OR) “Rape” (AND) “Evaluation” (OR) “Health Evaluation”. Selecionaram-se 23 artigos que cumpriram os critérios de inclusão, em sua maioria, produzidos em países da América Latina e Caribe (43,5%) ou em países africanos (17,4%), publicados, principalmente, em inglês (65%). A maioria dos estudos (60,9%) tinha propósito formativo, com foco no processo, dos quais, apenas 34,8% mencionavam um quadro teórico conceitual no campo da avaliação em saúde. Os métodos quantitativos foram utilizados em 60,9% dos estudos, enquanto os métodos qualitativos foram utilizados em 26,1%. Não foram identificados instrumentos padronizados para avaliação de políticas, programas ou serviços de atenção a sobreviventes de violência sexual. Conclui-se reconhecendo a diversidade e a riqueza de abordagens e estratégias metodológicas para avaliar as políticas, os programas e serviços de atendimento às mulheres em situação de violência sexual. Sugere-se aprimorar a menção ao quadro teórico conceitual como aspecto fundamental na condução desses estudos.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Serviços de saúde. Violência contra a mulher. Política de saúde.

ABSTRACT The aim was to identify studies that evaluate policies, programs, or services for survivors of sex offenses, characterizing the types of evaluations conducted, the methodological strategies, and the sources of evidence used. An integrative literature review was conducted covering the period from 2012 to 2022, identified in national and international databases, using the descriptors “Sex Offenses” (OR) “Rape” (AND) “Evaluation” (OR) “Health Evaluation”. Twenty-three articles that met the inclusion criteria were selected. Most articles were produced in Latin American and Caribbean countries (43.5%) or African countries (17.4%), and were mainly published in English (65%). Most of the studies had a training purpose, focusing on the process (60.9%), of which only 34.8% mentioned a conceptual theoretical framework in the field of health evaluation. Quantitative methods were used in 60.9% of the studies, while qualitative methods were used in only 26.1%. No standardized instruments were identified to evaluate services for individuals experiencing sexual violence. The article concludes by recognizing the diversity and richness of approaches and methodological strategies for evaluating policies, programs, and services for women experiencing sexual violence. We suggest that the conceptual theoretical framework is enhanced as a fundamental aspect in conducting these studies.

KEYWORDS Health evaluation. Health services. Violence against women. Health policy.

¹Universidade Federal de Viçosa (UFV) – Viçosa (MG), Brasil.
cristiane.magalhaes@ufv.br

²Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – Viçosa (MG), Brasil.

³Instituto René Rachou (Fiocruz Minas) – Belo Horizonte (MG), Brasil.



Introdução

A violência sexual é um problema sensível e complexo que reflete assimetrias de poder que marcam as relações sociais. Esse fenômeno persistente e de magnitude significativa impacta de maneira imediata e duradoura a saúde e a vida das pessoas afetadas, especialmente mulheres e meninas, as principais vítimas dessa forma de violência^{1,2}. O enfrentamento da violência sexual e a atenção às sobreviventes demandam ações ágeis e coordenadas entre diversos setores, de modo a garantir segurança e minimizar os danos decorrentes desse tipo de violência.

O setor saúde se destaca na prestação de cuidados devido aos potenciais danos de curto e longo prazos causados pela violência sexual e pela urgência na realização de procedimentos profiláticos para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e a gravidez indesejada. Além disso, a Organização Mundial da Saúde³ tem recomendado que o setor saúde, concomitantemente à atenção médica e ao tratamento das lesões, ofereça apoio psicossocial às pessoas em situação de violência sexual e colabore para a segurança pública, na coleta e preservação de vestígios que possam se constituir em provas materiais do crime de estupro.

Considerando a importância do setor no atendimento às pessoas sobreviventes, vários países têm proposto políticas, programas e serviços de saúde no intuito de responder às demandas sociais e de saúde decorrentes da violência sexual. Nesse contexto, a operacionalização e institucionalização de processos avaliativos tornam-se imperativas, visando a dimensionar as ações realizadas, os resultados e impactos obtidos, identificar limitações e problemas relacionados à estrutura e aos processos, favorecendo a adequação e otimização das iniciativas.

Adicionalmente, a revisão e a análise crítica de estudos avaliativos previamente conduzidos, incluindo seus métodos de operacionalização, resultados principais e lições aprendidas, são essenciais. Esse conhecimento não apenas serve como referência para o aprimoramento

de programas existentes, mas também orienta o desenvolvimento de pesquisas similares em diferentes contextos.

No que diz respeito a esse último aspecto, sustenta-se que a violência sexual enquanto fenômeno complexo demanda abordagens igualmente complexas e multifacetadas por parte das políticas, programas e serviços. Portanto, a avaliação dessas iniciativas, embora fundamental, apresenta desafios inerentes, dadas as nuances envolvidas na compreensão e na resposta eficaz a essa problemática.

Nesse sentido, a presente revisão integrativa objetiva identificar, por meio de um levantamento sistematizado de produções científicas, estudos que avaliem políticas, programas ou serviços de atenção a mulheres e meninas em situação de violência sexual ou sobreviventes (denominação comumente utilizada em outros países), caracterizando os tipos de avaliação realizadas, as estratégias metodológicas empregadas e as fontes de evidências utilizadas. O propósito da revisão é fornecer uma base sólida para práticas futuras, contribuindo para identificação de metodologias que possam ser replicadas, aprimorando as estratégias de avaliação respaldadas pela literatura especializada.

Considerações sobre avaliação em saúde

Reconhecendo a polissemia do campo da avaliação, tanto do ponto de vista conceitual quanto metodológico, assume-se a avaliação em saúde como o exame de uma determinada intervenção ou prática social por meio de procedimentos científicos, com vistas a contribuir para a tomada de decisão e para o aperfeiçoamento das intervenções avaliadas⁴. A avaliação pressupõe, assim, a construção de critérios de julgamento e a explicitação desses critérios, com intuito de valorar, seja quantitativa ou qualitativamente, determinada intervenção, suas etapas ou componentes⁴⁻⁶.

Embora haja significativa diversidade de abordagens na literatura especializada,

existente⁴, a sistematização dos processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde e a organização dos principais enfoques e critérios utilizados nos processos de avaliação em saúde delineadas por Donabedian⁷ e Novaes⁸ representam esforços na identificação de tipologias de avaliação.

Donabedian⁷ propôs um modelo de avaliação com ênfase em três componentes: a estrutura (recursos físicos, humanos e organizacionais), os processos (atividades necessárias à prestação dos cuidados) e os resultados (efeitos esperados da realização das atividades na saúde de indivíduos ou nas comunidades).

Novaes⁸, por sua vez, apresentou uma proposta de classificação da tipologia para a avaliação no campo da saúde, considerando-se, entre outros aspectos: i) os objetivos pretendidos com a avaliação (se produção de conhecimentos científicos ou auxílio na tomada de decisões); ii) a posição do avaliador com relação à iniciativa avaliada (se interno ou externo); iii) o foco da avaliação, que pode ser formativa (foco no processo) ou somativa (foco nos resultados); e iv) a utilização que se pretende da informação produzida (demonstração de hipóteses; produção de informações e recomendações ou instrumentos para gestão e instituição de normas).

Trata-se, assim, de importantes referências teóricas que auxiliam a compreensão das diferentes abordagens e propósitos das avaliações de serviços, programas ou políticas direcionadas às mulheres e meninas sobreviventes de violência sexual.

Material e métodos

Como método para realização da pesquisa, elegeu-se a revisão integrativa da literatura, compreendida como estudo exploratório de um determinado tema a partir de produções científicas já existentes. Esse tipo de revisão permite a síntese crítica de diversos estudos, sejam eles experimentais, não experimentais, teóricos ou empíricos, possibilitando

a compreensão abrangente do fenômeno analisado⁹.

No presente artigo, a revisão integrativa da literatura foi realizada em seis etapas, que incluíram os seguintes procedimentos: (i) identificação do tema de interesse; (ii) planejamento das estratégias de pesquisa com definição dos descritores e operadores booleanos; (iii) definição das bases de dados a serem pesquisadas e o período; (iv) seleção de estudos primários; (v) análise e interpretação dos estudos selecionados; e (vi) apresentação dos resultados. A definição das etapas e dos processos desta revisão teve como referência as recomendações da Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses¹⁰.

A pesquisa dos artigos foi realizada por duas pesquisadoras que consultaram bases de pesquisa nacionais e internacionais disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), entre os dias 12 de agosto e 30 de setembro de 2022. Os registros encontrados foram examinados por ambas as revisoras, que, de forma conjunta e por meio de consenso, decidiram pela manutenção ou exclusão dos documentos. Quando houve dúvida ou discordância, uma terceira revisora foi consultada.

As bases internacionais consultadas foram: Medline (Medical Literature Analyses and Retrieval System On line), Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MedCarib (Literatura do Caribe em Ciências da Saúde), PAHO-IRIS (Organização Panamericana da Saúde – Institutional Repository for Information Sharing) e Wholis, BD.

As bases nacionais foram: Nacional Peru; MINSA – Peru; BDNPAR – Paraguai; Binacis – Argentina; Cumed – Cuba; Teses Porto Rico; Ibics – Espanha; Coleciona SUS – Brasil; Secretarias Municipal e Estadual de Saúde de São Paulo – Brasil; todas disponíveis na BVS (Biblioteca Virtual de Saúde).

Os descritores em ciências da saúde (DeCS/ Mesh) utilizados e que articulavam conceitos focais para o artigo foram: *Sex Offenses* (OR) *Rape* (AND) *Health Evaluation*. Optou-se

pela utilização da expressão “*Evaluation*” como alternativa ao termo específico “*Health Evaluation*”, com intuito de ampliar a possibilidade de identificação de artigos, tendo em vista que o uso do termo específico “*Health Evaluation*” restringiu demasiadamente o número de documentos obtidos. Desse modo, a busca foi realizada a partir dos seguintes termos e combinações: *Sex Offenses* (OR) *Rape* (AND) *Health Evaluation* (OR) *Evaluation*.

Os filtros de busca foram aplicados considerando como critérios de inclusão: ser artigo científico proveniente de estudo primário, publicado nos últimos 10 anos (entre janeiro de 2012 e setembro de 2022, quando se finalizou a busca), estar disponível integralmente nas bases de dados selecionadas e se tratar, especificamente, da avaliação de intervenções (políticas, programas e serviços) relacionadas ao atendimento de mulheres e meninas em situação de violência sexual. Não foram feitas restrições quanto ao idioma das publicações. Foram excluídos, além dos trabalhos que não atendiam aos critérios de inclusão, os artigos em duplicidade, dissertações, teses, editoriais, cartas e similares e revisões, fossem elas sistemáticas, narrativas ou integrativas.

O processo de seleção dos estudos primários envolveu quatro etapas: (i) ‘pré-seleção’, com a busca de publicações com textos completos, produzidos entre janeiro de 2012 e setembro de 2022, disponíveis nas bases de dados selecionadas, importação dos documentos obtidos para o gerenciador livre de referências bibliográficas Zotero e exclusão de duplicidades; (ii) ‘leitura dos títulos’, etapa em que procedeu-se à leitura dos títulos de todos os documentos selecionados na etapa anterior, excluindo-se todos os trabalhos que, explicitamente, não se relacionavam à temática de interesse. Analisou-se, ainda, o tipo de publicação, excluindo-se as que não atendiam aos

critérios de inclusão; (iii) ‘leitura resumo’, na qual foram lidos todos os resumos dos documentos selecionados, sendo excluídos aqueles que não atendiam aos critérios de inclusão e selecionados os que deveriam ser lidos na íntegra; e (iv) ‘leitura na íntegra’, que consiste na última etapa do processo, cujos artigos selecionados foram lidos integralmente, e, após rigorosa análise, foram eleitos aqueles válidos ou inválidos para os objetivos desta revisão.

Além dos estudos primários identificados a partir da busca nas bases supracitadas, foram inseridos oito estudos por meio de busca manual, identificados em referências de artigos.

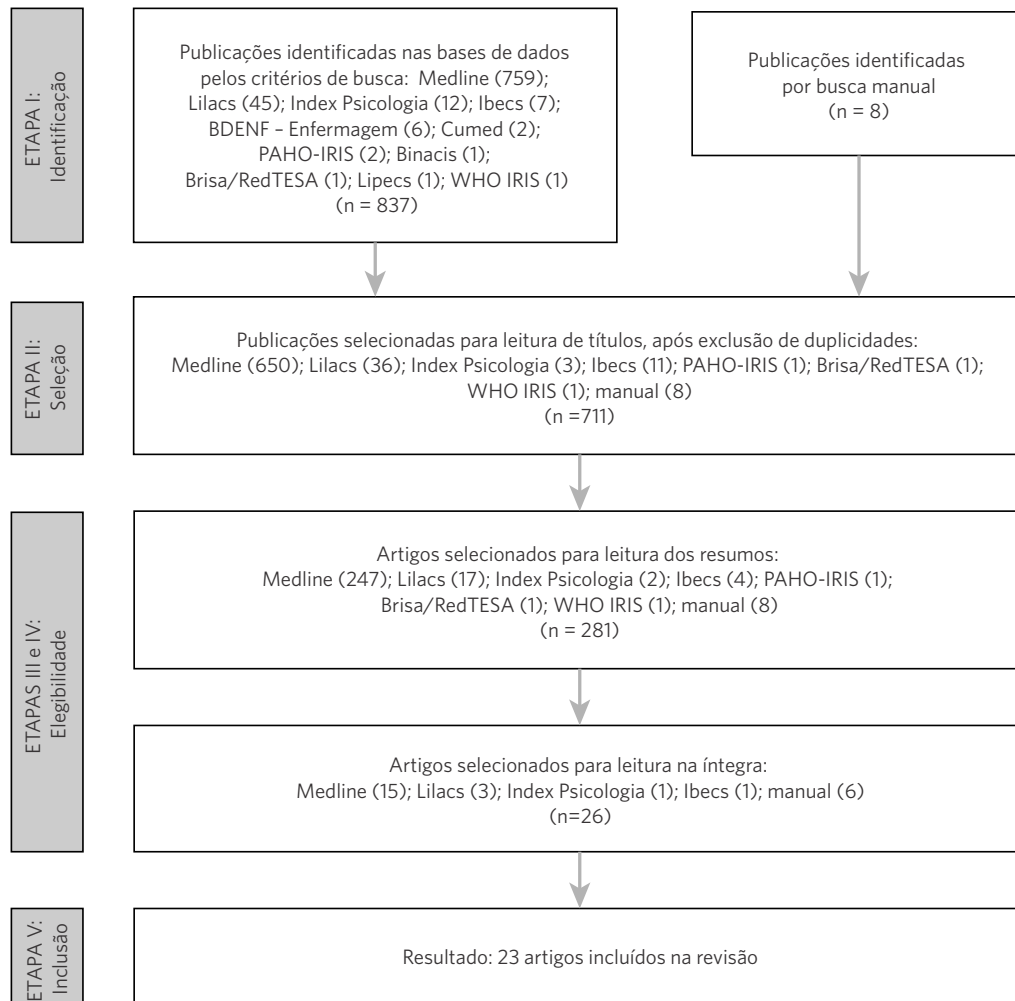
Os artigos considerados válidos foram analisados tendo como referência um formulário de extração de dados, cuja elaboração considerou, além das informações básicas como autor, título, ano de publicação, as seguintes questões: (i) que pergunta(s) avaliativa(s) o estudo buscou responder?; (ii) qual é o objetivo da pesquisa?; (iii) qual é a tipologia e o desenho da avaliação?; e (iv) que método(s), instrumentos e fontes de dados foi/foram utilizado(s) para avaliação das iniciativas?

Resultados

Seleção dos estudos

Foram encontradas, ao todo, 845 publicações, sendo 837 delas obtidas nas bases consultadas e 8 de forma manual. Após a remoção de estudos duplicados, foram analisadas 711 publicações, utilizando os procedimentos da etapa (ii). Na etapa (iii), foram lidos os resumos de 281 artigos, selecionando-se 26 para leitura e análise do texto completo, sendo excluídos três (*figura 1*).

Figura 1. Fluxograma da seleção de estudos primários sobre avaliação de intervenções em atenção às mulheres e meninas em situação de violência sexual, publicados entre 2012 e 2022



Fonte: elaboração própria com base em Prisma¹⁰.

É importante informar que, dos 281 resumos analisados, 14 estudos considerados relevantes para leitura completa foram excluídos da amostra por não estarem disponíveis gratuitamente nas bases de dados consultadas. Desses, 64,3% (n=9) foram realizados nos EUA; 21,4% (n=3) foram conduzidos no Reino Unido; e 14,3% (n=2) na Colômbia ou no Canadá. Destacamos que a busca nos Periódicos Capes e na plataforma Sci Hub foi utilizada como estratégia para recuperação dos artigos indisponíveis.

Os três artigos excluídos após leitura do texto completo¹¹⁻¹³ não cumpriam os critérios de inclusão por não proporem a avaliação de serviços de atendimento à violência sexual. Os artigos excluídos tratavam da avaliação (i) da eficácia da prestação de cuidados intensivos em unidades ambulatoriais de trauma a pessoas vítimas de todos os tipos de violência¹¹; (ii) da apresentação dos processos e etapas referentes à implementação de uma pesquisa de avaliação de programas cujo objetivo final era a prevenção geral da violência na

comunidade escolar¹²; e (iii) da avaliação de sintomas clínicos desenvolvidos em vítimas de violência¹³. Os artigos selecionados para a

etapa (iv), 'leitura na íntegra', foram registrados individualmente no *quadro 1*.

Quadro 1. Síntese das informações dos artigos selecionados para leitura na íntegra – etapa (iv)

AUTORAS(ES)/ANO/						
N	ID	IDIOMA	OBJETIVO	PAÍS	BASE INDEX	SITUAÇÃO
01	E1	MIYAMOTO, S. et al. (2021) Inglês	Avaliar a implementação do Centro de Telessaúde para Exames Forenses de Agressão Sexual (SAFE-T), em três hospitais rurais.	EUA	MEDLINE	Incluído
02	E2	MURUGAN, V. et al. (2021) Inglês	Identificar os fatores associados à codificação de agressões sexuais por médicos de emergência.	EUA	MEDLINE	Incluído
03	E3	NUNES, M. C. A.; LIRA, A. N.; MORAIS, N. A. (2019) Português	Investigar os perfis de engajamento e satisfação de 146 profissionais (M = 38, 30 anos; DP=10,29) da rede de proteção contra a VS de crianças e adolescentes.	BRASIL	LILACS	Incluído
04	E4	O'DWYER, C. et al. (2019) Inglês	Obter uma compreensão aprofundada das percepções dos profissionais de saúde sobre o Cuidado Sensível ao Gênero (GSC) realizado em unidades de internação psiquiátrica aguda para mulheres sobreviventes de VS.	AUSTRÁLIA	MEDLINE	Incluído
05	E5	PINTO, L. S. S. et al. (2017) Português/Inglês	Avaliar as políticas públicas, a legislação de proteção à mulher e os atendimentos de saúde às vítimas de VS.	BRASIL	MEDLINE	Incluído
06	E6	RUSSI-ARDILA, J. (2020) ESPANHOL	Avaliar a aplicação da política de 'equidade de gênero: uma vida sem VS' no hospital São Rafael, identificando a implementação e execução do protocolo, os avanços e os impactos obtidos.	COLÔMBIA	LILACS	Incluído
07	E7	SITHOLE, Z. et al. (2018) Inglês	Avaliar o desempenho do programa 'VS baseada no gênero (VSBG)', especificamente, os insumos, atividades, produtos e resultados.	ZIMBÁBUE	MEDLINE	Incluído
08	E8	STEWART, D. E. et al. (2015) Inglês	Determinar as políticas nacionais (linha de base 2013) e diretrizes clínicas para VPI e VS na região da América Latina e Caribe para identificar pontos fortes e lacunas.	AMÉRICA LATINA E CARIBE	MEDLINE	Incluído
09	E9	TOLU, L. B.; GUDU, W. (2020) Inglês	Determinar as características dos sobreviventes de VS, as circunstâncias da agressão e o tratamento oferecido em hospital da Etiópia urbana.	ETIÓPIA	MEDLINE	Incluído
10	E10	MELO, C. M.; SOARES, M. Q.; BAVILACQUA, P. D. (2022) Português/Inglês	Objetivou-se caracterizar os casos de VS contra mulheres, em Minas Gerais-MG, investigando a associação entre a atenção prestada nos casos de estupro, ao tipo de unidade de saúde que realizou o atendimento (especializada ou não).	BRASIL	MEDLINE	Incluído
11	E11	AKINLUSI, F. M. et al. (2014) Inglês	Avaliar as características dos sobreviventes de VS, as circunstâncias da agressão e o tratamento oferecido com o objetivo de reduzir a incidência, bem como melhorar a avaliação e o manejo.	NIGÉRIA	MEDLINE	Incluído
12	E12	BOLLMANN, K. et al. (2012) Alemão	Avaliar a eficácia de 35 ambulatórios de trauma na prestação de cuidados psicotraumatológicos às vítimas de violência (qualquer tipo), de acordo com a Lei de Indenização de Vítimas de Crime na Renânia do Norte, Vestfália (Alemanha).	ALEMANHA	MEDLINE	Excluído
13	E13	COOK-CRAIG, P. G. et al. (2014) Inglês	Descrever a parceria de Kentucky com o programa EMPOWER/Centros de Controle e Prevenção de Doenças para incluir nos centros de crise de estupro existentes, programas abrangentes de prevenção primária e redução de taxas de perpetração de VS.	EUA	MEDLINE	Excluído

Quadro 1. Síntese das informações dos artigos selecionados para leitura na íntegra – etapa (iv)

AUTORAS(ES)/ANO/		OBJETIVO	PAÍS	BASE INDEX	SITUAÇÃO
N	ID	IDIOMA			
14	E14	CRUZ, M. Á. DE LA; PEÑA, M. E. ANDREU, J. M. (2015) Espanhol	ESPAÑA	IBECs	Excluído
15	E15	DU MONT, J. et al. (2019) Inglês	CANADÁ	MEDLINE	Incluído
16	E16	ESPINDOLA, G. A.; BATISTA, V. (2013) Português	BRASIL	INDEXPSI	Incluído
17	E17	GINO, S. et al. (2020) Inglês	ITÁLIA	MEDLINE	Incluído
18	E18	MANKUTA, D. et al. (2012) Inglês	R.D. CONGO	MEDLINE	Incluído
19	E19	MIYAMOTO, S. et al. (2021) Inglês	EUA	MEDLINE	Incluído
20	E20	NOTTAGE, M. et al. (2018) Inglês	BAHAMAS	LILACS	Incluído
21	E21	CAVALCANTI, L. F. et al. (2012) Português	BRASIL	MANUAL	Incluído
22	E22	NETO, J. A. et al. (2012) Português	BRASIL	MANUAL	Incluído
23	E23	CAVALCANTI, L. F. et al. (2015) Português	BRASIL	MANUAL	Incluído
24	E24	SHADAB, S. et al. (2016) Inglês	IRÃ	MANUAL	Incluído
25	E25	VANDENBERGHE, A. et al. (2018) Inglês	BÉLGICA	MANUAL	Incluído
26	E26	PEETERES, L. et al. (2019) Inglês	BÉLGICA	MANUAL	Incluído

Fonte: elaboração própria.

VPI (Violência por Parceiro Íntimo); VS (Violência Sexual).

Os estudos selecionados para análise final foram desenvolvidos, principalmente, em países da América Latina e Caribe ou a partir de informações provenientes desses países (43,5%; n=10)^{14-22,36}, em países da África (17,4%;

n=4)²³⁻²⁶ e nos Estados Unidos da América (13,0%; n=3)²⁷⁻²⁹.

Quanto ao idioma, a maioria dos estudos foi publicada em inglês (65,0%; n=15)^{16,19,23-35}, e 30,4% (n=7) em português^{14,15,17,20-22,36}, sendo

que, destes, dois foram publicados também em inglês^{15,36}. Apenas um artigo foi publicado em espanhol¹⁸ (*quadro 1*).

Tipologia, desenhos e estratégias metodológicas de avaliação

Dos 23 estudos selecionados, observou-se que, em oito (34,8%), havia menção ao quadro teórico conceitual do campo da avaliação em saúde^{18,20,21,25,27,28,32,37}. Desses, sete se apresentaram como avaliações de implementação^{18,20,21,27,28,32,37} e um como avaliação de resultado de processo²⁵.

No processo de análise, seis estudos (26,1%) foram enquadrados como avaliação normativa^{15,18-20,22,36}, uma vez que utilizaram uma norma como parâmetro para avaliação da iniciativa. Foi possível, ainda, identificar diferentes desenhos e estratégias metodológicas para avaliação de políticas, programas ou serviços de atendimento às pessoas em situação de violência sexual, sendo que a maioria das avaliações teve foco no processo, ou seja, teve propósito formativo (60,9%; n=14)^{17-21,24,27,28,32-37}. Nove estudos (39,1%) tiveram propósito somativo^{14-16,22,23,25,26,29,31}, uma vez que buscaram identificar os efeitos da intervenção tendo como foco da avaliação os resultados observados.

Métodos quantitativos foram utilizados em 60,9% (n=14) dos estudos^{15-17,19,22-26,28-31,34} e 26,1% (n=6) utilizaram métodos

qualitativos^{20,21,32,33,35,36}. Em 13,0% (n=3), havia referência ao uso de métodos qualitativos e quantitativos^{14,18,27}.

Observou-se o uso de diferentes métodos, fontes e instrumentos para coleta de dados e para análises da estrutura, processos e resultados obtidos a partir da implementação das intervenções nos diversos contextos de pesquisa, sendo que 34,8% (n=8) dos estudos referiram utilizar mais de um método, fonte ou instrumento de coleta de dados^{21,25,28,32-36}. Questionários ou entrevistas estruturadas de diversos tipos foram utilizados em dez estudos (43,5%)^{17,18,22,24,25,28,30,34-36}, sendo que somente um deles referiu utilizar questionário validado²⁴.

Dados secundários obtidos em sistemas de saúde ou nos serviços avaliados^{15,23,26,29}, prontuários³⁶ e formulários internos de encaminhamento de mulheres¹⁶ foram utilizados em seis estudos (20,1%). Cinco estudos (21,7%)^{14,19,21,32,34} realizaram análise de documentos, tais como políticas e diretrizes clínicas, e quatro (17,4%)^{25,28,32,33} realizaram observações nos serviços de saúde. Além disso, sete estudos (30,4%) referiram utilizar outras fontes ou instrumentos para coleta de dados, incluindo: entrevista semiestruturada^{20,21,32}, entrevista não estruturada³³ ou em profundidade³⁵, grupo focal³⁵ e formulários próprios da pesquisa³¹. Apenas dois referiram utilizar o modelo lógico no processo avaliativo^{25,27} (*quadro 2*).

Quadro 2. Síntese das características dos estudos quanto à tipologia, ao desenho e às estratégias metodológicas da avaliação

			DESENHOS E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	
N	ID	TIPOLOGIA DA AVALIAÇÃO	INSTRUMENTO	RESPONDENTES
01	E1	Avaliação de implementação. Abordagem quantitativa (pré-pós). Foco: Processo	Registros hospitalares: observação Registros individuais: questionários eletrônicos com resposta em escala likert (Harris et al., 2019)	Administradores hospitalares; enfermeiros especialistas envolvidos em consultas SAFE-T; enfermeiros locais e pacientes recrutados quando se apresentaram para exame de VS.
02	E2	Avaliação de processo (atividades). Abordagem quantitativa. Foco: Processo	Dados secundários do Departamento de Emergência Nacional (Healthcare Cost Utilization Project/US Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality)	Registros de indivíduos que receberam alta em 2016 com de suspeita ou VS confirmada. Variáveis: uso/abuso álcool e características do hospital e características do paciente.
03	E3	Avaliação de processo (insumos humanos). Abordagem quantitativa. Foco: Processo	Questionário sociodemográfico e laboral.	146 profissionais da rede de Fortaleza-CE (Creas, Conselho Tutelar, hospital referência em VS, programas de atendimento à VS infanto-juvenil)
04	E4	Avaliação de implementação. Abordagem qualitativa. Foco: Processo	Entrevistas por telefone ou face a face (semiestruturadas), gravadas e transcritas. Revisões de documentos e políticas. Observações nos serviços eleitos.	40 profissionais de saúde sendo: 20 da enfermagem, 10 profissionais entre psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais; sete médicos/as e três profissionais de apoio.
05	E5	Avaliação normativa. Abordagem qualitativa. Foco: Processo	Questionário estruturado. Dados de prontuários de vítimas de VS atendidas em Serviço de atendimento à mulher de Teresina-PI.	Seis profissionais responsáveis pelo acolhimento. 135 prontuários do período entre 2013 e 2015.
06	E6	Avaliação de normativa. Abordagem quali/quantitativa. Foco: Processo	Questionário com 25 perguntas: 15 respostas dicotômicas (sim, não e não sabe) e 10 abertas.	101 trabalhadores assistenciais: enfermeiras, médicos, psicólogas, trabalhadores/as sociais.
07	E7	Avaliação de resultado (desempenho). Abordagem quantitativa. Uso de modelo lógico. Foco: Resultado	Questionários pré-testado. Lista de verificação observacional às oito clínicas de cuidados de VS em Harare, Zimbábue.	27 enfermeiros/as; 8 outros informantes-chaves.
08	E8	Avaliação normativa. Abordagem quantitativa. Foco: Processo	Políticas e diretrizes para prevenção e cuidado da violência por parceiro íntimo e VS dos países da América Latina e Caribe. Se presente, o documento foi inserido numa matriz para avaliação.	Foram utilizados como fonte de dados os pontos focais da Opas/OMS e a busca na internet.
09	E9	Avaliação normativa. Abordagem quantitativa. Foco: Resultado	Dados secundários do Hospital Millennium Medical College de São Paulo, Etiópia urbana.	Registros de supostos casos de agressão sexual recuperados.
10	E10	Avaliação normativa. Abordagem quantitativa. Foco: Resultado	Dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e do Cadastro de Estabelecimento de Saúde/Ministério da Saúde/Brasil.	Registros de casos de VS contra mulheres e meninas acima de 9 anos, ocorridos e atendidos em Minas Gerais/Brasil.
11	E11	Avaliação normativa. Abordagem quantitativa. Foco: Resultado	Dados secundários do Lagos State University Teaching Hospital, Ikeja.	Registros de casos de sobreviventes atendidos entre 2008 e 2012.
12	E15	Avaliação de processo. Análise quantitativa. Foco: Processo	Questionário on-line sobre: características do líder, experiências de trabalho; capacidade de atender pessoas trans; treinamentos transespecíficos e desafios do cuidado à VS.	Líderes de 35 hospitais da rede de tratamento de VS e violência doméstica (SA/DVTCs) de Ontário, Canadá.
13	E16	Avaliação de resultado. Abordagem qualitativa e quantitativa. Foco: Resultado	Análise documental das intervenções realizadas pelo Programa Sentinela, da cidade de Blumenau/SC.	30 prontuários de crianças e adolescentes em situação de VS atendidos pelo Sentinela, que foram desligados do programa em 2009.
14	E17	Avaliação de resultado (retrospectiva). Abordagem quantitativa. Foco: Resultado	Formulário da pesquisa sobre a mulher, a violência, o local de atendimento e as evidências forenses coletadas.	Dez laboratórios de genética forense.
15	E18	Avaliação resultado (pré-pós). Abordagem quantitativa. Foco: Resultado	Teste pré e pós treinamento. Questionário autorresposta validado para pesquisa com sobreviventes de VS.	Equipe local (médicos, enfermeiras e assistentes sociais) e sobreviventes de VS.

Quadro 2. Síntese das características dos estudos quanto à tipologia, ao desenho e às estratégias metodológicas da avaliação

N	ID	TIPOLOGIA DA AVALIAÇÃO	DESENHOS E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	
			INSTRUMENTO	RESPONDENTES
16	E19	Avaliação de implementação. Abordagem qualitativa e quantitativa. Foco: Processo	O modelo lógico serviu como guia de implementação e avaliação. O arcabouço da Melhoria Contínua da Qualidade foi usado para exame da estrutura e processos.	Hospital parceiro local. Enfermeiras(os) especialistas; enfermeiras(os) locais e comunidade.
17	E20	Avaliação de resultado. Abordagem quantitativa. Foco: Resultado	Formulários de encaminhamento de mulheres abusadas sexualmente, avaliados quanto à adequação, com base em um sistema de pontos desenvolvido pelos pesquisadores.	123 formulários da clínica 'Ágape Family Medicine', Nassau, Bahamas, 2011 e 2015.
18	E21	Avaliação de implementação (normativa). Abordagem qualitativa. Foco: Processo	Entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais da rede de saúde de municípios do estado do RJ/Brasil.	34 gestores e 112 profissionais de 19 municípios.
19	E22	Avaliação normativa. Abordagem quantitativa. Foco: Resultado	Entrevistas telefônicas estruturadas com gestores municipais e responsáveis por unidades de saúde que referiam atender casos de VS. Amostra: 1395 unidades de saúde.	Secretário(a) de saúde ou coordenador(a) saúde da mulher ou trabalhador(a) do atendimento às mulheres.
20	E23	Avaliação de implementação. Abordagem qualitativa. Foco: Processo	Análise documental. Entrevistas semiestruturadas.	Documentos institucionais e 37 gestores dos sistemas de saúde municipais.
21	E24	Avaliação de processo. Abordagem qualitativa. Foco: Processo	Entrevistas não estruturadas e observações.	23 profissionais de saúde e 10 sobreviventes de VS.
22	E25	Avaliação de implementação Análise quantitativa. Foco: Processo	Análise documental. Questionários cujas respostas foram pontuadas numa escala likert.	Diretrizes clínicas/OMS; modelos europeus de cuidados à VS e literatura especializada. 60 profissionais de saúde.
23	E26	Avaliação de implementação. Abordagem qualitativa. Foco: Processo	Questionário, entrevista em profundidade e grupo focal.	16 sobreviventes de VS.

Fonte: elaboração própria.

ID (identificação); VS (violência sexual); SAFE-T (Centro de Telessaúde para Exame Forense de Agressão Sexual); Creas (Centro de Referência Especializado de Assistência Social); Opas/OMS (Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde); SA/DVTC (rede de tratamento de VS e violência doméstica).

Dos estudos que utilizaram questionários e entrevistas, todos tiveram como respondentes profissionais e gestoras(es) dos serviços de atendimento à violência sexual pesquisados^{17,18,20-22,25,28,32-34,36}, sendo que, em quatro desses (36,4%), foram aplicados questionários ou realizadas entrevistas, também, com usuárias dos serviços de saúde.

Os instrumentos utilizados nas pesquisas abordaram questões relacionadas à estrutura e às características da unidade de saúde^{15,29,31} ou unidade que notificou a violência¹⁴, da equipe de profissionais^{14,17,18,34,37} e características laborais¹⁷, experiências, conhecimentos e práticas profissionais^{33,34,37} e percepção dos profissionais sobre o cuidado

sensível às questões de gênero³²; à existência^{18,25,37} e/ou efeitos^{24,28} de treinamentos; existência e/ou qualidade de insumos²⁵, protocolos²⁸, políticas^{19,25,28,36,38} e diretrizes clínicas^{19,25,28}; engajamento¹⁷ ou confiança da equipe de profissionais em executar o trabalho²⁸; características das pessoas atendidas^{15,23,26,29,31} e satisfação de pacientes com o atendimento^{28,35}; características da violência³¹; características do atendimento à violência sexual^{14,15,20,22,23,25,26,29,31-33,36}, incluindo o registro desses atendimentos em prontuários²⁵, encaminhamentos realizados¹⁴, lesões relatadas pelo médico³¹, evidências biológicas coletadas³¹ e desafios do cuidado^{21,33,37} (quadro 2).

Discussão

Considerando os 23 artigos analisados na íntegra, observou-se que a maioria dos estudos foi realizada em países da América Latina e Caribe ou em países africanos e publicada em inglês. A maioria teve como foco a avaliação do processo (60,87%); utilizou métodos quantitativos (60,87%) e, entre os instrumentos de coleta de dados, priorizou questionários ou entrevistas estruturadas, além de dados secundários. Parte dos estudos referiu utilizar mais de um método ou instrumento. As características do atendimento à violência sexual (52,2%) e da equipe de profissionais, incluindo características laborais, experiências, conhecimentos e práticas (39,1%), constituíram os principais aspectos de interesse dos estudos selecionados.

Sobre o processo de identificação e seleção dos artigos, observou-se elevado número de referências capturadas a partir do uso do termo ‘*evaluation*’ e que não tinham relação com a pergunta desta pesquisa. Esse fato pode ser atribuído tanto à polissemia do termo ‘avaliação (*evaluation*)’ quanto ao uso inadequado do referido termo em estudos que não apresentam caráter avaliativo. Situação semelhante foi experimentada por Fernandes e colaboradores⁶ em revisão sobre avaliações de políticas de saúde no Brasil.

O maior percentual de pesquisas realizadas em países da América Latina¹⁴⁻²² e da África²³⁻²⁶, ou a partir de dados e informações provenientes desses países, pode estar relacionado à opção metodológica adotada no presente manuscrito, já que foram elegíveis para inclusão apenas artigos publicados entre 2012 e 2022, disponíveis na íntegra e gratuitamente nas bases consultadas. Assim, apesar de o processo de busca indicar vários estudos realizados nos EUA, como a maioria deles não estava disponível na íntegra e gratuitamente para leitura, não foi possível incluí-los na amostra analisada na presente revisão.

Além disso, países como EUA e Canadá, desde a década de 1970, desenvolvem políticas,

programas e serviços para atendimento às pessoas sobreviventes de violência sexual, e, no passado, desenvolveram diferentes estudos com intuito de avaliar as iniciativas implementadas. Atualmente, esses países possuem políticas, programas e serviços mais consolidados e concentram esforços na avaliação de iniciativas que complementem ou aprimorem as iniciativas tradicionais, qualificando-as ou mesmo tornando-as acessíveis a grupos antes descobertos^{38,39}. Esse fato pode ser observado nas pesquisas desenvolvidas por Miyamoto e colaboradores^{27,28}, nos EUA, cujo intuito foi avaliar um modelo de atendimento à violência sexual e para exame forense por telessaúde, implementado em hospitais de comunidades rurais e carentes; e na pesquisa realizada por Du Mont e colaboradores³⁷, que se ocupou de avaliar a implementação de ações de cuidados à violência sexual específicos para pessoas transgênero em centros hospitalares de uma província canadense.

Outro ponto para reflexão diz respeito ao fato de que países em desenvolvimento como os da América Latina e da África tiveram suas políticas, programas e serviços de atenção à violência sexual implementados muito recentemente, sendo, somente a partir de então, possível e necessário o desenvolvimento de estudos de avaliação de implementação. Esse é o caso do Brasil, cujo atendimento à violência sexual, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), embora previsto desde 1999⁴⁰, somente tornou-se obrigatório a partir de 2013, com a promulgação da Lei nº 12.845/2013⁴¹. Tal fato pode ter contribuído para a identificação de maior percentual de estudos realizados nessas regiões no período considerado.

Foram identificados estudos em todos os anos da série, não havendo concentração em nenhum período específico. Observou-se, também, que a maior parte dos estudos se referiu a iniciativas avaliadas somente uma vez no tempo, indicando a ausência de avaliação periódica ou, ainda, a possibilidade de que, se realizada, essa não tenha sido divulgada em meios científicos. Apenas em um caso,

observou-se a realização de dois estudos referentes à mesma iniciativa, sendo um realizado tão logo houve a implementação do programa²⁷, ocupando-se de descrever a iniciativa, sua modelização e proposta de avaliação; e outro estudo²⁸, sobre o mesmo programa, realizado um ano após sua implementação, já com intuito de identificar mudanças nas práticas relativas aos cuidados das pessoas em situação de violência sexual, no aumento da confiança da equipe local sobre os cuidados ofertados e na melhoria da experiência de pacientes. Há, ainda, outros dois artigos referentes à avaliação de uma mesma iniciativa, mas que apresentam olhares diferentes sobre o objeto. Enquanto no E25³⁴ foi realizada uma avaliação quantitativa do atendimento à violência sexual, bem como das atitudes e conhecimento dos profissionais responsáveis pelo atendimento em serviços implementados na Bélgica, o E26³⁵ ocupou-se de uma análise qualitativa sobre as necessidades de cuidado apresentadas pelas mulheres em situação de violência sexual atendidas por esses serviços.

Quanto ao idioma, constatou-se que 65% (n=15) dos estudos foram publicados em inglês, um dado que suscita reflexões. Isso se torna aparentemente contraditório, dado o pequeno número de pesquisas conduzidas em países de língua inglesa. No entanto, também aponta para o impacto da internacionalização da produção científica, em que o inglês se destaca como idioma preferencial para a divulgação⁴².

Esse aspecto incita à ponderação sobre os desafios enfrentados por pesquisadoras(es) que atuam no campo da avaliação em saúde. Isso porque, se a publicação é realizada em inglês, aumentam-se as possibilidades de visibilidade e reconhecimento do trabalho pela comunidade científica internacional, porém, por outro lado, o acesso de pessoas interessadas nos produtos da avaliação, como gestoras(es) e profissionais de saúde, não proficientes no idioma inglês é dificultado. Nesse sentido, é necessário esforço adicional para se pensar alternativas que informem os interessados sobre os resultados e recomendações propostas a partir das pesquisas avaliativas.

A respeito dos tipos de avaliação, encontrou-se grande dificuldade para enquadrar os estudos, segundo os critérios para construção de processos avaliativos propostos na literatura⁶. Isso porque, em muitos dos artigos selecionados para a presente revisão, as principais características que informam as decisões conceituais e metodológicas das(os) avaliadoras(es) não estavam explícitas. Esse acontecimento nos levou a refletir sobre dois pontos: primeiro, sobre a diversidade conceitual e terminológica que envolve o tema da avaliação em saúde e que dificulta o enquadramento dos estudos em tipologias restritivas. O segundo ponto se refere ao fato de que parte dos artigos identificados, provavelmente, constitui-se de recortes de estudos avaliativos mais abrangentes que, até mesmo em decorrência das normas adotados pelas revistas científicas que, comumente, restringem o número de caracteres das publicações, acabam por omitir informações importantes referentes ao contexto de realização da pesquisa e aos seus propósitos.

Apesar das dificuldades mencionadas, notou-se que a maioria das avaliações focava no processo com vistas ao aprimoramento das iniciativas avaliadas. Ou seja, esses estudos buscavam compreender o que ocorreu com a intervenção ao longo do tempo, no curso do processo de implementação. Trata-se de iniciativas locais, restritas geograficamente a uma unidade de saúde ou município, e que, portanto, não fornecem dados de abrangência estadual, nacional, nem podem ser facilmente extrapolados para outros contextos. Esse fato pode influenciar negativamente a aceitação para publicação dos artigos oriundos de pesquisas avaliativas, ainda que essas tenham especial relevância tanto para as iniciativas avaliadas quanto para iniciativas semelhantes implementadas em outros contextos.

Foi possível perceber que os métodos quantitativos, tradicionalmente priorizados no campo da saúde⁴³, foram utilizados na maioria dos artigos analisados (73,9%; n=17). Ainda que a literatura, a despeito dos desafios, informe

sobre o uso crescente de métodos qualitativos em pesquisas na área de saúde⁴⁴, percebe-se na análise aqui proposta que esses métodos apareceram de forma tímida. Uma hipótese levantada, e que diz respeito especificamente ao campo temático deste trabalho, é que a área da avaliação em saúde ainda é fortemente influenciada pelo paradigma positivista, e, conforme discutido anteriormente, as pesquisas que se valem de abordagem qualitativa podem ter mais dificuldades para serem lidas e compreendidas como do campo da avaliação e, também, para serem publicadas em periódicos internacionais e indexados.

Uma evidência que apoia a hipótese anterior é o fato de a maioria das avaliações ter se fundamentado em métodos quantitativos para suas análises. Entretanto, é relevante ressaltar que as abordagens qualitativas surgem como ferramentas poderosas na avaliação de intervenções. Trata-se de um tipo de pesquisa muito útil para identificação de aspectos contextuais, simbólicos, institucionais e organizacionais relacionados às intervenções. A pesquisa qualitativa possibilita, assim, a compreensão do funcionamento dos serviços, programas e políticas, permitindo a identificação de limites e obstáculos enfrentados durante a execução das ações. Além disso, amplia a possibilidade de reconhecimento de valores que orientam ou impedem a concretização de determinada política pública, enriquecendo a análise e promovendo uma compreensão mais abrangente das intervenções em questão⁴⁵.

A respeito dos instrumentos e fontes utilizados para coleta de dados, observou-se que os questionários estruturados e os dados secundários obtidos em sistemas de saúde ou nos serviços avaliados foram priorizados na maioria dos estudos, sendo opções coerentes às propostas metodológicas e análises realizadas, cuja abordagem era, predominantemente, quantitativa. Já os estudos de abordagem qualitativa ou que envolviam métodos quantitativos e qualitativos admitiram como estratégias de construção de dados a entrevista semiestruturada e a observação nos serviços

de saúde, também coerente com a abordagem proposta.

Os resultados encontrados nesta revisão refletem a multiplicidade de possibilidades de análise do objeto da avaliação e o desafio de identificar a melhor estratégia para responder à pergunta avaliativa, referendando a constatação de que “cada avaliação é um caso particular e exige criatividade na formulação da melhor estratégia, bem como na seleção de critérios, indicadores e padrões”⁴⁽²⁰⁾. Reforça-se, ainda, a afirmativa de que a escolha do desenho e da estratégia metodológica para operacionalizar uma avaliação, ou seja, a opção por desenhos mais estruturados ou menos estruturados e pelo uso de métodos qualitativos, quantitativos ou mistos, deve levar em conta a complexidade da intervenção a ser avaliada. Dessa forma, intervenções complexas exigem flexibilidade e criatividade das(os) pesquisadoras(es) no sentido de manter a coerência entre o objeto, o foco e o propósito da avaliação⁴.

Portanto, a priorização do uso de abordagens qualitativas, quantitativas ou de métodos mistos dependerá da sua capacidade de aproximação da realidade que se pretende estudar. A investigação quantitativa é útil para demonstrar aspectos mensuráveis do fenômeno em estudo, incluindo indicadores e tendências observáveis. A força do método quantitativo reside na produção de informações factuais e confiáveis, passíveis de generalização. Por outro lado, a pesquisa qualitativa revela-se potente ao aprofundar a compreensão das crenças, valores, atitudes e representações sociais associadas a uma determinada realidade. A efetividade do método qualitativo se baseia na capacidade de gerar informações minuciosas, ricas e detalhadas sobre um determinado contexto^{45,46}.

Esses métodos se distinguem por suas naturezas diversas, apresentando características únicas e contribuições distintas ao desenvolvimento de pesquisas avaliativas. O diálogo entre ambos, por sua vez, pode ser potente para propiciar uma compreensão mais abrangente do objeto em avaliação.

Conclusões

A presente revisão tem pontos fortes e algumas limitações. Conduzida a partir de rigorosa metodologia, reportada neste artigo de forma honesta e transparente, sua realização permitiu observar, analisar e expor, de forma sistematizada, os arcabouços teórico-metodológicos priorizados nos estudos primários examinados e contribuiu para apontar direcionamentos que podem auxiliar futuros estudos.

Importante observar que a polissemia do termo ‘avaliação’ e a diversidade conceitual e terminológica da área se configuraram como os maiores desafios para realização desta revisão, sendo necessário intenso processo de análise e despendimento de tempo por parte das autoras. Isso porque, na seleção inicial dos estudos identificados, foi capturado um número muito grande de referências que não atendiam aos critérios de inclusão, porém, era necessário analisá-las antes de descartá-las. Além disso, a análise dos artigos selecionados na etapa final exigiu esforço na tentativa de enquadrar estudos com características bastante diversificadas e cujas respostas às perguntas que se pretendia responder a partir da revisão nem sempre estavam explícitas.

Apesar da dificuldade, a realização da revisão trouxe, como importante aprendizado, o reconhecimento sobre a diversidade e a riqueza de possibilidades de abordagens e estratégias metodológicas para se avaliarem as políticas, os programas e serviços de atendimento às mulheres em situação de violência sexual. Além de demonstrar a importância de se aprimorar a menção ao quadro teórico conceitual utilizado nos estudos avaliativos, um aspecto fundamental na condução das

pesquisas e na apresentação dos resultados no meio científico.

Como limitação do estudo, cita-se a não inclusão de artigos cujo acesso não fosse gratuito nas bases de dados pesquisadas, haja vista que muitos artigos oriundos dos EUA e do Canadá ficaram de fora da amostra analisada. O recorte de tempo adotado também se configurou como uma limitação, uma vez que pesquisas avaliativas e avaliações normativas realizadas antes de 2012 não foram incluídas na análise.

Agradecimentos

As autoras agradecem à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig).

Colaboradoras

Melo CM (0000-0002-2817-6759)* contribuiu para concepção e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo e para aprovação final da versão a ser publicada. Soares MQ (0000-0003-0550-2125)* contribuiu para concepção e desenho do estudo, coleta e análise dos dados, redação e revisão crítica do artigo, e para aprovação final da versão a ser publicada. Franco ACR (0000-0002-0012-9520)* contribuiu para o desenho do estudo, coleta e análise dos dados, redação do artigo, e para aprovação final da versão a ser publicada. Bevilacqua PD (0000-0003-0015-2154)* contribuiu para concepção do estudo, análise dos dados, revisão crítica do artigo, e aprovação final da versão a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Melo CM, Soares MQ, Bevilacqua PD. A violência sexual contra mulheres: contextualização do tema e reflexões para o campo da saúde. In: Pereira LI, Gomes MCA, Xavier MP, organizadoras(es). Gênero, sexualidades e violências [Internet]. Viçosa: Divisão de Gráfica Universitária; 2023 [acesso em 2023 out 10]. p. 137-62. Disponível em: <https://www.editoraufv.com.br/>
- World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [acesso em 2022 set 14]. 58 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85241>
- World Health Organization. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003 [acesso em 2021 nov 19]. 144 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42788>
- Vieira-da-Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador e Rio de Janeiro: EDUFBA e Editora FIOCRUZ; 2005. p. 15-39.
- Santos EM, Cruz MM. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e controle de processos endêmicos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2014. 254 p.
- Fernandes FMB, Ribeiro JM, Moreira MR. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2011;27(9):1667-77. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000900002>
- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8.
- Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev saúde pública. 2000;34:547-549. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000500018>
- Souza MT, Silva MDD, Carvalho RD. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein. 2010;8(1):102-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
- Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372(160):1-35. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Bollmann K, Schürmann I, Nolting B, et al. Evaluation of outpatient treatment units according to the Crime Victims' Regulation Act. Z Psychosom med psychother. 2012;58(1):42-54. DOI: <https://doi.org/10.13109/zptm.2012.58.1.42>
- Cook-Craig PG, Millsbaugh PH, Recktenwald EA, et al. From empower to Green Dot: successful strategies and lessons learned in developing comprehensive sexual violence primary prevention programming. Violence against women. 2014;20(10):1162-78. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077801214551286>
- Cruz MÁ, Peña ME, Andreu JM. Creencias desadaptativas, estilos de afrontamiento y apoyo social como factores predictores de la vulnerabilidad psicopatológica en mujeres víctimas de agresión sexual. Clín salud. 2015;26(1):33-39. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2014.12.001>
- Espindola GA, Batista V. Abuso sexual infanto-juvenil: a atuação do programa sentinela na cidade de Blumenau/SC. Psicol ciênc prof. 2013;33(3):596-611. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300007>
- Melo CM, Soares MQ, Bevilacqua PD. Violência sexual: avaliação dos casos e da atenção às mulheres em unidades de saúde especializadas e não especializadas. Ciênc saúde coletiva. 2022;27(9):3715-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.07242022>
- Nottage M, Darling V, Edwards-Rowlands J, et al. Clinical Audit of Sexual Abuse Referral Forms to the Sexual Assault Follow-up and Evaluation Clinic, Nassau, The Bahamas, among Females Aged 13 to 19

- Years. *West Indian med j.* 2018;67(3):212-7. DOI: <https://doi.org/10.7727/wimj.2017.131>
17. Nunes MCA, Lira AN, Morais NA. Clusters de engajamento e satisfação de profissionais da rede contra a violência sexual infantojuvenil. *Aval psicol.* 2019;18(4):352-61. DOI: <https://doi.org/10.15689/ap.2019.1804.18734.03>
 18. Russi-Ardila J. Garantía legítima de la política pública de equidad de género en una IPS de Facatativá. *Rev salud pública.* 2020;22(5):521-6. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V22n5.81127>
 19. Stewart DE, Aviles R, Guedes A, et al. Latin American and Caribbean countries' baseline clinical and policy guidelines for responding to intimate partner violence and sexual violence against women. *BMC Public Health.* 2015;15(665):1-6. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1994-9>
 20. Cavalcanti LF, Flach RMD, Farias RS. Atenção às mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro. *O Social em Questão – Revista do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio.* 2012;(28):99-124.
 21. Cavalcanti LF, Moreira GAR, Vieira LJES, et al. Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras. *Saúde debate.* 2015;39(107):1079-91. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151070381>
 22. Neto JA, Faúndes A, Osís MJD, et al. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. *Femina.* 2012;40(6):301-6.
 23. Akinlusi FM, Rabiú KA, Olawepo TA, et al. Sexual assault in Lagos, Nigeria: a five year retrospective review. *BMC Women's Health.* 2014;14(115):1-7. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-115>
 24. Mankuta D, Aziz-Suleyman A, Yochai L, et al. Field evaluation and treatment of short-term psycho-medical trauma after sexual assault in the Democratic Republic of Congo. *IMAJ.* 2012;14(11):653-7.
 25. Sithole Z, Gombe NT, Juru T, et al. Evaluation of sexual and gender-based violence program in Harare City, Zimbabwe, 2016: a descriptive cross-sectional study. *Pan Afr Med J.* 2018;31(200):1-9. DOI: <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.31.200.14791>
 26. Tolu LB, Gudu W. Sexual assault cases at a tertiary referral hospital in urban Ethiopia: One-year retrospective review. *PLoS One.* 2020;15(12):e0243377. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243377>
 27. Miyamoto S, Thiede E, Dorn L, et al. The Sexual Assault Forensic Examination Telehealth (SAFE-T) Center: A Comprehensive, Nurse-led Telehealth Model to Address Disparities in Sexual Assault Care. *J Rural Health.* 2021;37(1):92-102. DOI: <https://doi.org/10.1111/jrh.12474>
 28. Miyamoto S, Thiede E, Wright EN, et al. The Implementation of the Sexual Assault Forensic Examination Telehealth Center: A Program Evaluation. *J Forensic Nurs.* 2021;17(3):E24-33. DOI: <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000337>
 29. Murugan V, Holzer KJ, Vaughn MG, et al. Coding of Sexual Assault by Emergency Physicians: A Nationally Representative Study. *West J Emerg Med.* 2021;22(2):291-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.5811/westjem.2020.12.49045>
 30. Du Mont J, Saad M, Kosa SD, et al. Providing trans-affirming care for sexual assault survivors: An evaluation of a novel curriculum for forensic nurses. *Nurse Educ Today.* 2020;93:104541. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104541>
 31. Gino S, Bo M, Ricciardelli R, et al. Evaluation of critical aspects in clinical and forensic management of sexual violence: A multicentre Ge.F.I. project. *Forensic Sci Int.* 2020;314(110387):1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.forsciint.2020.110387>
 32. O'Dwyer C, Tarzia L, Fernbacher S, et al. Health professionals' perceptions of how gender sensitive care is enacted across acute psychiatric inpatient units for women who are survivors of sexual violence. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(990):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4812-8>

33. Shahali S, Mohammadi E, Lamyian M, et al. Barriers to Healthcare Provision for Victims of Sexual Assault: A Grounded Theory Study. *Iran Red Crescent Med J*. 2016;18(3):e21938. DOI: <http://dx.doi.org/10.5812/ircmj.21938>
34. Vandenberghe A, Hendriks B, Peeters L, et al. Establishing Sexual Assault Care Centres in Belgium: health professionals' role in the patient-centred care for victims of sexual violence. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(807):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3608-6>
35. Peeters L, Vandenberghe A, Hendriks B, et al. Current care for victims of sexual violence and future sexual assault care centres in Belgium: the perspective of victims. *BMC Int Health Hum Rights*. 2019;19(1):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12914-019-0207-5>
36. Pinto LSS, Oliveira IMP, Pinto ESS, et al. Women's protection public policies: evaluation of health care for victims of sexual violence. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(5):1501-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33272016>
37. Du Mont J, Kosa SD, Abavi R, et al. Toward Affirming Care: An Initial Evaluation of a Sexual Violence Treatment Network's Capacity for Addressing the Needs of Trans Sexual Assault Survivors. *J Interpers Violence*. 2021;36(21-22):NP12436-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0886260519889943>
38. Greeson MR, Campbell R. Coordinated Community Efforts to Respond to Sexual Assault: A National Study of Sexual Assault Response Team Implementation. *J Interpers Violence*. 2015;30(14):2470-87. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0886260514553119>
39. Greeson MR, Campbell R. Sexual Assault Response Teams (SARTs): An Empirical Review of Their Effectiveness and Challenges to Successful Implementation. *Trauma Violence Abuse*. 2013;14(2):83-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1524838012470035>
40. Ministério da Saúde (BR). Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1999.
41. Presidência da República (BR). Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 ago 2 [acesso em 2022 set 14]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm
42. Di Bitetti MS, Ferreras JA. Publish (in English) or perish: The effect on citation rate of using languages other than English in scientific publications. *Ambio*. 2017;46(1):121-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s13280-016-0820-7>
43. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005;39:507-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>
44. Bosi MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17:575-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300002>
45. Santos EM, Cardoso GCP, Oliveira EA. Aprendendo Avaliação: modelos e métodos aplicados. Rio de Janeiro: CEBES; 2023. 3,64 MB. 200 p. DOI: <https://doi.org/10.5935/978-65-87037-06-6.B001>
46. Serapioni M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciênc saúde coletiva*. 2000;5:187-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100016>

Recebido em 25/03/2024

Aprovado em 03/07/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig), bolsa de pesquisa do Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS) – Chamada 3/2020 (Processo APQ-00814-20)

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Atuação de consórcios de saúde no sistema público de saúde brasileiro: arranjos, papéis e desafios

Performance of health consortia in the Brazilian public health system: Arrangements, roles and challenges

Brígida Gimenez Carvalho¹, João Felipe Marques da Silva¹, Sônia Cristina Stefano Nicoletto¹

DOI: 10.1590/2358-289820251449515P

RESUMO Com objetivo de analisar arranjos, papéis desenvolvidos e desafios da atuação de consórcios de saúde no sistema de saúde brasileiro, foi realizada uma revisão integrativa, de agosto a outubro de 2022, em três bases de dados, por meio do cruzamento do descritor principal: Consórcios de Saúde, com descritores secundários: Regionalização; Gestão em Saúde; Atenção Secundária à Saúde; Política de Saúde e Integralidade em Saúde, acrescidos do operador booleano 'and'. Foram encontrados 656 artigos. Após leitura dos títulos e resumos, foram excluídos 621. Mediante leitura do texto completo, excluíram-se outros cinco, resultando em 30 artigos. As primeiras publicações datam do final da década de 1990, de consórcios horizontais entre entes municipais, recém-criados nas regiões Sul e Sudeste. A partir de 2016, são publicados artigos sobre consórcios verticais, entre o ente estadual e municipais, e consórcio horizontal, entre entes estaduais, ambos na região Nordeste. Os consórcios foram criados para ampliar a oferta de serviços especializados e promoveram impacto no acesso da população a diferentes serviços e cooperação entre entes federados. Porém, permanecem como desafios a falta de integração entre os pontos da rede de atenção, a mercantilização da saúde, a ausência de regulação e de controle social.

PALAVRAS-CHAVE Consórcios de saúde. Regionalização da saúde. Política de saúde. Gestão em saúde. Política.

ABSTRACT With the objective of analyzing the arrangements, roles developed and challenges of performance of health consortia in the Brazilian health system, an integrative review was carried out, from August to October 2022, in three databases, through the crossing of the main descriptor: Consortia of Health with secondary descriptors: Regionalization; Health Management; Secondary Health Care; Health Policy and Health Comprehensiveness, plus the Boolean operator 'and'. A total of 656 articles were found. After reading the titles and abstracts, 621 were excluded. After reading the full text, five others were excluded, resulting in 30 articles. The first publications are from the end of the 1990s, from horizontal consortia between municipal entities, recently created in the South and Southeast regions. As of 2016, articles are published on vertical consortia, between state and municipal entities, and horizontal consortia between state entities, both in the Northeast region. The consortia were created to expand the offer of specialized services and promote impact on the population's access to different services and cooperation between federal entities. However, the lack of integration between the points of the care network, the commodification of health, the lack of regulation and social control remain as challenges.

KEYWORDS Health consortia. Regional health planning. Health policy. Health management. Politics.

¹Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.
joaofelipe.cosems@gmail.com



Introdução

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, importantes inovações surgiram no Brasil, como a inclusão do município como ente federado ao lado dos entes estadual e federal, e aprovação de medidas descentralizadoras¹. Uma das consequências da descentralização foi, por meio de incentivos federais, a transferência ao ente municipal da decisão sobre a implementação de políticas públicas e uma maior participação desse ente na provisão de serviços sociais^{1,2}. Esse processo desencadeou uma maior articulação das políticas sociais às necessidades locais e possibilitou aos municípios mais recursos e maior autonomia na gestão de suas competências³.

No entanto, o Brasil apresenta contextos heterogêneos, com altos níveis de desequilíbrios inter e intrarregionais, o que faz com que os resultados do processo de descentralização se mostrem altamente variáveis. Esse contexto heterogêneo faz com que os governos locais respondam de forma diferenciada à descentralização¹. Ou seja, para a maioria dos municípios brasileiros, que são de pequeno porte, o novo cenário trouxe desafios para a implementação das políticas de saúde, tendo em vista as suas capacidades técnicas e financeiras reduzidas⁴.

Além da deficiente capacidade técnica e financeira, a maioria dos pequenos municípios, que não possui oferta de serviços especializados em seu território, tem que garantir o acesso da população a esses serviços. Tal fato foi um dos impulsionadores para que os municípios organizassem Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) na busca de suprir a falta de serviços de assistência à saúde, no espaço regional. Exemplo disso foi a criação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da região de Penápolis, em 1986, no estado de São Paulo, fato que motivou a organização de outros consórcios pelo Brasil⁵.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a oferta de serviços regionais, de forma organizada, também chamada de regionalização, vem sendo construída e não se resume apenas

ao território e ao contexto normativo, mas, também, aos esforços técnico-políticos, evidenciados pelos atores sociais que integram as regiões⁶. De tal modo, a formação e multiplicação de consórcios de saúde, por um lado, foi uma associação dos entes municipais, em determinada região de saúde, procurando desenvolver um federalismo cooperativo. Por outro, deveu-se a uma indução dos entes estaduais, por meio de incentivos financeiros atrelados à execução de ações, visando a viabilizar a regionalização da saúde⁷.

Viana e Iozzi⁶, ao refletirem sobre uma agenda de reforma para o avanço da regionalização do SUS, com relação às assimetrias federativas, destacam que o processo de organização de consórcios de saúde diminuiu a iniquidade de acesso dos cidadãos aos serviços de saúde. No entanto, as autoras apontam que os condicionantes e a forma de operacionalização dos consórcios carecem de ser mais bem estudados e compreendidos. Outro aspecto a ser considerado é a implantação crescente de consórcios em um cenário de insuficiência de financiamento para as políticas públicas⁸.

Considerando que a constituição de consórcios de saúde, por meio da relação entre os entes federados, precisa ser melhor compreendida, desenvolveu-se esta revisão integrativa, com vistas a responder às seguintes questões: como vem se dando o processo de organização dos consórcios de saúde, para que foram implantados e quais desafios permeiam esse processo? Dessa forma, o objetivo proposto é o de analisar os arranjos, papéis desenvolvidos e desafios da atuação dos consórcios de saúde no sistema de saúde brasileiro.

Material e métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que seguiu as seguintes etapas: identificação da questão de pesquisa, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos selecionados, apresentação e discussão dos resultados⁹.

Foram selecionados artigos científicos nacionais, indexados nas seguintes bases de dados: Centro Latino-Americano e do Caribe de informações em Ciências da Saúde (Lilacs), National Library of Medicine (Medline/PubMed), e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Para responder à pergunta de pesquisa, buscou-se nas bases de dados Lilacs, Medline/PubMed e SciELO o cruzamento dos descritores principais 'Consórcios de Saúde/Health Consortia' com os seguintes descritores secundários, utilizando o operador booleano 'and': (Consórcios de Saúde/Health Consortia) and (Regionalização/Regional Health Planning); (Consórcios de Saúde/Health Consortia) and (Gestão em Saúde/Health Management); (Consórcios de Saúde/Health Consortia) And (Atenção Secundária à Saúde/Secondary Care); (Consórcios de Saúde/Health Consortia) and (Política de Saúde/Health Policy); (Consórcios de Saúde/Health Consortia) and (Integralidade em Saúde/Integrity in Health).

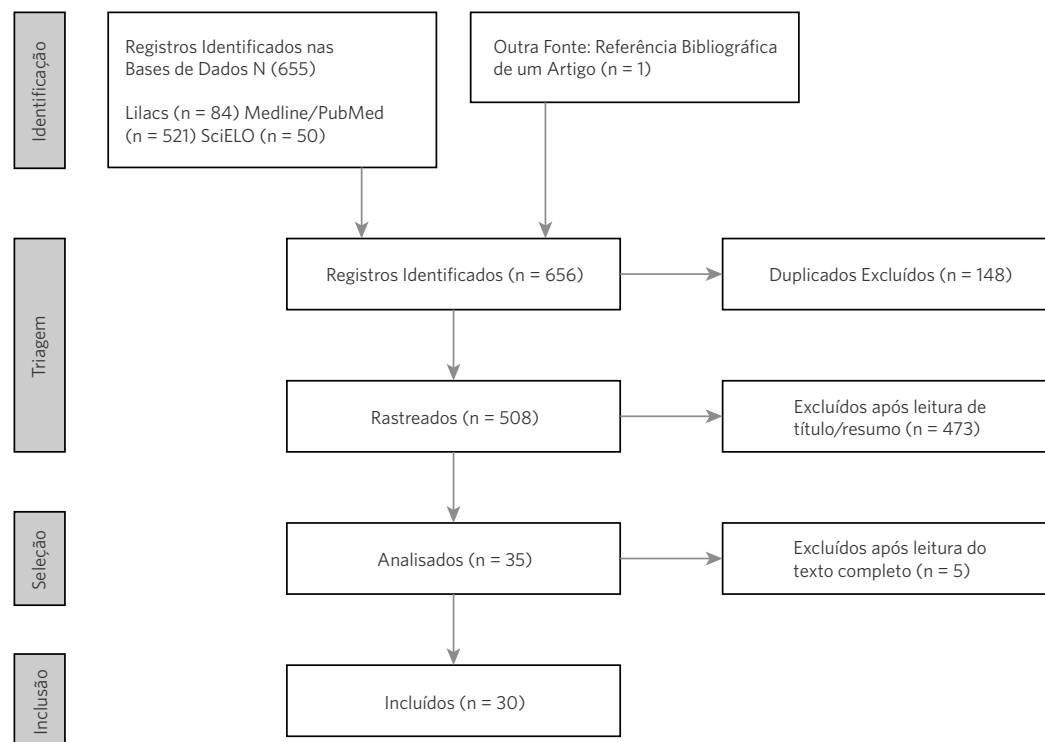
Foram eleitos como critérios de inclusão: idioma (português/inglês), sem limite de data de publicação, disponibilidade do texto (online, com acesso gratuito) e que respondesse ao objetivo do estudo. Os artigos foram selecionados a partir de sua contribuição às questões

da pesquisa. Como critérios de exclusão: livro ou capítulo de livro, artigos de revisão, críticas de artigos, dissertações, monografias e teses, e textos que abordam a ação consorciada, mas que não dizem respeito aos consórcios de saúde.

A pesquisa foi realizada entre os meses de agosto e outubro de 2022. Dois revisores independentes leram os títulos e resumos das publicações identificadas (656 – 655 selecionadas pelos mecanismos de busca nas bases de dados e 1 artigo inserido manualmente), eliminaram as duplicadas (148) e aquelas que não respondiam à pergunta de estudo (473) (figura 1).

Das publicações inicialmente selecionadas para a revisão (35), foi realizada leitura do texto completo pelos dois revisores. Nos casos em que houve discordância nas suas avaliações sobre a inclusão ou não do artigo para compor a revisão, a arbitragem foi realizada por um terceiro revisor, resultando em 30 artigos selecionados, e numerados os títulos dos artigos de 1 a 30 em ordem crescente, conforme o ano de publicação (*quadro 1*). Os artigos selecionados foram submetidos à análise de conteúdo com a perspectiva de responder às questões que orientaram a pesquisa.

Figura 1. Fases de seleção dos artigos de revisão, 2022



Fonte: elaboração própria com base em Moher et al.¹⁰.

Resultados

A análise das publicações demonstrou que o Consórcio de Saúde (CS) é um instrumento de gestão utilizado no processo de regionalização no âmbito do SUS, tendo sido evidenciados aspectos relevantes que permitem a compreensão do alcance que a atuação dos CS vem atingindo. Os resultados são apresentados em

três sessões: 'Aspectos gerais sobre as publicações', os 'Arranjos e papéis dos consórcios' e os 'Desafios dos Consórcios de Saúde'.

O *quadro 1* apresenta os 30 artigos selecionados na revisão e destaca dados das publicações: ano, título, periódico, local do estudo e tipo de consórcio (arranjo) e o papel desempenhado pelos consórcios estudados.

Quadro 1. Sistematização sobre os artigos selecionados na revisão, 2022

Ano	Título Artigo	Revista / Periódico	Local do estudo e tipo de consórcio	Papel do Consórcio
1996	Consórcios intermunicipais de saúde: uma estratégia rumo à regionalização ¹¹	Divulgação em Saúde para Debate	Estado do Paraná Consórcio horizontal (municípios)	Administração dos Centros Regionais de Especialidades que haviam sido criados pela Secretaria Estadual de Saúde.
1999	Consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo: situação atual ¹²	Revista de Administração de Empresas	Estado de São Paulo Consórcio horizontal (municípios)	Contribuição para o planejamento e a estruturação das ações e dos serviços, conforme as especificidades e necessidades de cada local e região.
2000	Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde ¹³	Cadernos de Saúde Pública	Diferentes regiões do País (MT, PR, MG, SP, SC, PB, RS). Consórcio horizontal (municípios)	Atendimento ambulatorial especializado e hospitalar para a população dos municípios consorciados. Também se constituem em modelo de gestão para adequação de interesses e otimização de recursos escassos.
2001	Os consórcios intermunicipais de saúde no estado do Rio de Janeiro ¹⁴	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Estado do Rio de Janeiro Consórcio horizontal (municípios)	Prestação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, através da oferta de serviços regionalizados.
2005	Consórcios intermunicipais de saúde: o caso do Paraná, Brasil ¹⁵	Cadernos de Saúde Pública	20 consórcios intermunicipais de saúde do Paraná Consórcio horizontal (municípios)	Mecanismo de inserção dos especialistas, e sua implantação é vista como um dos caminhos viáveis para potencializar a assistência médica especializada.
2006	Consórcio de saúde: estudo de caso exitoso ¹⁶	Cadernos de Saúde Pública	Região de Penápolis (SP) Consórcio horizontal (municípios)	Oferta de atenção especializada aos usuários de municípios consorciados, além de medicamentos (implantado um laboratório de manipulação de medicamentos devido à insuficiência do programa estadual).
2007	Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos ¹⁷	Revista de Administração Pública	Estado do Paraná (Consórcio Paraná Saúde) Consórcio horizontal (municípios)	Aquisição de medicamentos básicos em escala para os municípios consorciados ao estado.
2008	Municípios cooperando com municípios: relações federativas e consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo ¹⁸	São Paulo em Perspectiva	Região do Alto Vale do Ribeira (SP) Consórcio horizontal (municípios)	Organização do acesso a serviços especializados, como cirurgias ambulatoriais, e de maior complexidade, como internação hospitalar.
2011	The conception of administrators regarding the formation of a healthcare consortium in Pernambuco, Brazil: a case study ¹⁹	International Journal of Health Planning and Management	Zona rural do litoral norte de Pernambuco Consórcio horizontal (municípios)	Facilita o acesso à atenção especializada, com menor custo para municípios, além de se constituir em um instrumento de negociação dos municípios consorciados com outros entes federados.
2011	Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e custo ²⁰	Revista de Saúde Pública	Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS-AMMVI) Municípios do Médio Vale do Itajaí, (Santa Catarina) Consórcio horizontal (municípios)	Aquisição de medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica, com redução dos custos aos entes consorciados.
2013	Regionalização dos serviços de saúde em Mato Grosso: um estudo de caso da implantação do Consórcio intermunicipal de saúde da região do Teles Pires, no período de 2000 a 2008 ²¹	Epidemiologia e Serviços de Saúde	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires (CIS RTP) Consórcio horizontal (municípios)	Alternativa para a oferta de serviços especializados (com incentivos aos profissionais de saúde), e também se constitui em 'válvula de escape para o estado' (atendimento das demandas).

Quadro 1. Sistematização sobre os artigos selecionados na revisão, 2022

Ano	Título Artigo	Revista / Periódico	Local do estudo e tipo de consórcio	Papel do Consórcio
2014	Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco ²²	Revista de Administração Pública	Consórcio intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco (Cisape) Consórcio horizontal (municípios)	Fortalecimento do planejamento e da regionalização por meio da viabilização financeira e apoio (indução do estado).
2014	A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná ²³	Revista de Administração Pública	22 Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) do Paraná Consórcio horizontal (municípios)	Desenvolvimento da atenção especializada para suprir as carências locais e regionais na área de saúde, por meio da cooperação entre os entes consorciados.
2016	Percepção dos gestores municipais de saúde relacionada à saúde ambiental: consórcio intermunicipal de saúde Cerrado Tocantins Araguaia ²⁴	Saúde e Sociedade	Consórcio intermunicipal de saúde Cerrado Tocantins Araguaia Consórcio horizontal (municípios)	Construção de parcerias para o planejamento de ações e estratégias para a promoção da saúde ambiental, que normalmente superam os limites e as fronteiras municipais.
2016	Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades ²⁵	Saúde e Sociedade	Estado do Ceará Consórcio vertical (municípios/estado)	Gestão de Unidades de referência (policlínicas e dos CEO).
2016	Perfil do Ambulatório de hematologia em um consórcio intermunicipal de saúde ²⁶	Revista de APS (Atenção Primária em Saúde)	Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (Acispes) Juiz de Fora, Minas Gerais Consórcio horizontal (municípios)	Atendimento resolutivo das demandas da Atenção Primária à Saúde (realização de consultas e exames de média e alta complexidade e implantação do ambulatório de Hematologia Geral).
2017	A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios intermunicipais de saúde no estado do Paraná ²⁷	Cadernos Metrópole	Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná. Consórcio horizontal (municípios)	Uma das formas de cooperação intermunicipal na produção das políticas de saúde.
2017	Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso ²⁸	Ciência & Saúde Coletiva	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná (Cisnop) Consórcio horizontal (municípios)	Ferramenta para garantir a integralidade e universalidade da assistência à saúde, (acesso aos serviços de saúde, principalmente para municípios de pequeno porte). Efetivam a regionalização da gestão do SUS.
2019	Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais ²⁹	Saúde e Sociedade	Consórcios no estado de Pernambuco Consórcio horizontal (municípios)	Estratégia positiva para a regionalização de ações de saúde.
2019	Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil ³⁰	Ciência & Saúde Coletiva	Consórcio da região de Aracati no estado do Ceará Consórcio vertical (municípios/estado)	Gestão das Policlínicas e CEOs
2020	Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel dos consórcios intermunicipais ³¹	Ciência & Saúde Coletiva	Consórcios Intermunicipais de saúde no Brasil Consórcio horizontal (municípios)	Cooperação federativa e regionalização da saúde.
2020	Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil ³²	Cadernos de Saúde Pública	Consórcios do estado do Ceará Consórcios verticais (municípios e estado)	Promoção da articulação intermunicipal por meio de uma coordenação vertical. Realizam a gestão das Policlínicas e CEOs.

Quadro 1. Sistematização sobre os artigos selecionados na revisão, 2022

Ano	Título Artigo	Revista / Periódico	Local do estudo e tipo de consórcio	Papel do Consórcio
2020	Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte ³³	Ciência & Saúde Coletiva	Consórcios de uma macrorregião de saúde Consórcio horizontal (municipais)	Oferta de ações e serviços da MAC e como um dos instrumentos de regionalização da gestão do SUS.
2021	Cooperação intermunicipal baseada no Institutional Collective Action: os efeitos dos consórcios públicos de saúde no Brasil ³⁴	Revista de Administração Pública	Municípios que aderiram a pelo menos um consórcio público de saúde em 2009/2010 Consórcio horizontal (municípios) e Consórcio vertical (municípios/estado)	Cooperação intermunicipal com impacto nos indicadores de saúde quando em comparação com os municípios não consorciados.
2021	Regionalização e crise federativa no contexto da pandemia da Covid-19: impasses e perspectivas ³⁵	Saúde em Debate	Consórcio de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste; Consórcio da Amazônia Legal Consórcio horizontal (estado/estado)	Coordenação federativa (entre os entes estaduais), e criação de comitê científico para assessoramento aos estados.
2021	Provision of specialized care in remote rural municipalities of the Brazilian semi-arid region ³⁶	Rural Remote Health	MG: Intermunicipal BA: Município/Estado Consórcio Consórcio horizontal (municípios) e Consórcio vertical (municípios/estado)	Oferta e financiamento da atenção especializada
2022	Consórcio Público de Saúde no processo de regionalização: análise sob o enfoque da ação coletiva ³⁷	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Uma Região de Saúde do Paraná Consórcio horizontal (municípios)	Cooperação interfederativa e fortalecimento da regionalização
2022	Avanços e desafios na cooperação interfederativa: uma análise dos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Rio Grande do Sul ³⁸	Novos Estudos CEBRAP	Dezesseis consórcios de saúde existentes no Rio Grande do Sul Consórcio horizontal (municípios)	Cooperação interfederativa para garantir acesso a medicamentos e serviços de saúde. Aponta a atuação em outras áreas como: gestão de resíduos sólidos, meio ambiente, desenvolvimento rural.
2022	Consórcio interfederativo de saúde na Bahia, Brasil: implantação, mecanismo de gestão e sustentabilidade do arranjo organizativo no Sistema Único de Saúde ³⁹	Cadernos de Saúde Pública	Duas regiões da Bahia Consórcio interfederativo de saúde da região de Vitória da Conquista e Itapetinga (Cisvita) Consórcio vertical (municípios/estado)	Cooperação Interfederativa (estado da Bahia e municípios) para a gestão e funcionamento das Policlinicas Regionais de Especialidades na Bahia, ampliando o acesso à atenção especializada.
2022	Consórcio interfederativo e gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde na Bahia, Brasil: o processo decisório à luz do neoinstitucionalismo ⁴⁰	Cadernos de Saúde Pública	CIS Nordeste II – Bahia, sob corresponsabilidade do estado e dos 15 municípios da região Consórcio vertical (municípios/estado)	Implementar ações de saúde pública assistenciais, entre outros serviços de saúde, e, a partir de 2017, passou a se constituir em alternativa de gestão para um dos hospitais da rede própria do SUS Bahia.

Fonte: elaboração própria.

Aspectos gerais sobre as publicações

Dos 30 artigos selecionados, cerca de 67% (20 artigos) foram publicados a partir de 2013, ou seja, nos últimos 10 anos. O periódico com maior número de publicações foi a revista 'Cadernos de Saúde Pública', com seis artigos; seguida pela 'Revista de Administração Pública' e pela 'Ciência & Saúde Coletiva', com quatro artigos; depois a 'Saúde e Sociedade', com três; e a revista 'Physis', com dois artigos publicados. Outros periódicos publicaram um artigo: 'Cadernos Metrópole', 'Divulgação em Saúde para Debate', 'Epidemiologia e Serviços de Saúde', 'International Journal of Health Planning and Management', 'Novos Estudos CEBRAP', 'Revista de Administração de Empresas', 'Revista de APS', 'Revista de Saúde Pública', 'Rural Remote Health', 'São Paulo em Perspectiva' e 'Saúde em Debate'.

Entre as publicações analisadas, 12 artigos tiveram como objeto do estudo um único consórcio, e a maioria se constituiu em estudos de casos únicos, de abordagem qualitativa, cujos dados foram obtidos por meio de análise documental e entrevistas com gestores e dirigentes de consórcios. Os Consórcios do Paraná^{28,37}, foram os mais contemplados, juntamente com São Paulo^{16,18} e Pernambuco^{19,22}, com dois estudos publicados para cada um dos estados. Os demais artigos apresentam o caso de um consórcio de Santa Catarina²⁰, Mato Grosso²¹, Ceará³⁰, Tocantins²⁴, Bahia⁴⁰ e Minas Gerais²⁶.

Outros 13 artigos tiveram como objeto de estudo vários consórcios de um mesmo estado. Novamente, os Consórcios do estado do Paraná foram objeto de um maior número de estudos publicados (seis)^{11,15,17,23,28,37}, seguidos dos do Ceará (dois)^{25,32}. Consórcios dos estados de São Paulo¹², Rio de Janeiro¹⁴, Bahia³⁹, Pernambuco²⁹ e Rio Grande do Sul³⁹ tiveram um artigo publicado. Esses estudos tiveram abordagem metodológica bastante variada, desde ensaio, pesquisas quantitativas por meio de dados secundários (dados de produção e cobertura de serviços), pesquisas descritivas sobre a constituição, organização e

funcionamento dos consórcios, estudo avaliativo sobre a efetividade, além de pesquisas de abordagem qualitativa, por meio de entrevistas, grupos operativos e análise documental.

Apenas cinco publicações apresentam uma análise mais geral, abrangendo vários consórcios de diferentes estados ou regiões do País^{13,31,33-35}. Esses estudos foram desenvolvidos utilizando diferentes estratégias metodológicas, que variaram desde ensaio, estudo de casos múltiplos, estudos qualitativos com análise documental e entrevistas à pesquisa dedutiva observacional de tipo longitudinal-retrospectiva, com a formação de grupos de tratamento e de controle.

Arranjos e papéis dos consórcios

Quanto aos arranjos dos consórcios estudados, 24 artigos dizem respeito aos CIS, ou seja, consórcios horizontais entre municípios. Quatro estudos analisaram os consórcios verticais, constituídos entre os entes municipais e o estadual, dois deles de consórcios do Ceará^{30,32} e dois de consórcios da Bahia^{39,40}. Um estudo analisou consórcios horizontais entre entes estaduais (do Nordeste)³⁵, e um outro estudo tanto consórcios horizontais quanto consórcios verticais³⁴.

Sobre os papéis desempenhados pelos consórcios, o primeiro artigo selecionado, publicado em 1996, apresenta uma reflexão sobre a recente criação dos CIS no Paraná, cujo papel teria sido assumir a gestão dos Centros Regionais de Especialidades (CRE) até então gerenciados pela secretaria estadual de saúde, visando a incrementar a oferta de serviços especializados, que se encontrava deficitária¹¹. O outro estudo publicado nessa década (1999) aponta que os consórcios contribuíram para o planejamento e a estruturação das ações e dos serviços, desde serviços especializados ambulatoriais a, também, serviços de atendimento hospitalar, serviços do sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e, com menor frequência, farmácia e serviços de resgate de usuários¹².

Os estudos publicados na primeira década dos anos 2000 reforçam esse papel dos CIS, de se constituírem em importante mecanismo de inserção dos especialistas nas regiões e, assim, potencializar a assistência médica especializada de forma regionalizada. Também é destacado que a organização dos CIS possibilitou a ampliação do acesso da população a serviços de saúde mental, cirurgias ambulatoriais, tratamento ortodôntico, medicamentos e internação hospitalar. Dessa forma, os estudos apontam que os CIS promoveram impacto no desabastecimento e no custo, propiciando agilidade e racionalidade no uso dos recursos financeiros, e concomitante ampliação do acesso da população a diferentes serviços de saúde¹⁵⁻¹⁸.

Estudos publicados a partir de 2011, além de destacarem a consolidação do papel dos CIS como facilitadores do acesso da população aos serviços de referência qualificados na região, com redução de custos dos municípios devido ao menor deslocamento dos cidadãos, e de se constituírem em estratégia efetiva para a promoção da cooperação entre os entes consorciados, destacam outro importante papel desempenhado pelos consórcios: de se constituírem em um instrumento de negociação dos municípios consorciados com outros entes federados, especialmente o ente estadual¹⁹⁻²³.

A partir de 2016, dois estudos apontam a expansão da atuação em outras áreas, para além da saúde, de CS horizontais de Tocantins²⁴ e do Rio Grande do Sul³⁸. Exemplo da expansão desse papel é a efetivação de parcerias entre os municípios para o planejamento de ações e estratégias para a promoção da saúde ambiental, que normalmente superam os limites e as fronteiras municipais, e da atuação na destinação de resíduos sólidos e no desenvolvimento rural.

Estudos desse período também apontam que a ampliação do acesso da população a consultas e exames de média e alta complexidade, especialmente para aquelas residentes em pequenos municípios, colaborou para um atendimento resolutivo da Atenção Primária à

Saúde, contribuindo para o alcance da integralidade e universalidade da assistência à saúde. Dessa forma, o consorciamento horizontal de entes municipais na área da saúde possibilitou a melhoria da atenção e do acesso dos usuários aos serviços da Atenção Especializada (AE), o que dificilmente seria alcançado pelos municípios de maneira isolada.

Também foi a partir de 2016 que os artigos publicados divulgam a implantação dos consórcios verticais no Ceará, que passam a atuar na gestão das policlínicas e dos centros de especialidades odontológicas naquele estado, promovendo a articulação intermunicipal por meio de uma coordenação vertical^{25,30,32}.

Cabe destacar que, na última década, os consórcios se difundiram pela região Nordeste, devido ao papel indutor dos governos estaduais, constituindo os consórcios verticais (entre municípios e estados), especialmente nos estados do Ceará e da Bahia. Nesses CS, o governo estadual atua no cofinanciamento das ações, induzindo, assim, a políticas de saúde, e os consórcios assumem a gestão de serviços especializados (policlínicas, Centros especializados em odontologia e hospitais públicos)^{25,30,32,39,40}.

Esse movimento pensado pela perspectiva de aumento de oferta de serviços para a população pode ser considerado uma potencialidade, pois contribuiu para o fortalecimento do planejamento e da regionalização, ou seja, os consórcios, sejam horizontais ou verticais, tiveram papel indutor da regionalização em diferentes estados.

Em 2021, foi publicado artigo que destaca a atuação de um consórcio horizontal entre os estados do Nordeste (Consórcio Nordeste), com a criação de um comitê científico para assessoramento aos estados consorciados. Esse consórcio teve destacado papel de apoio aos estados no enfrentamento da pandemia da covid-19, possibilitando que estes suprissem, de certa forma, a omissão da União quanto ao papel coordenador dos entes subnacionais no enfrentamento da pandemia, e assumissem o protagonismo na tomada de decisões (apoio

para a tomada de decisão sobre a abertura/ fechamento de serviços, compra conjunta de insumos, monitoramento da situação epidemiológica etc.)³⁵.

Desafios da atuação consorciada na saúde

São inegáveis as contribuições da ação consorciada desde as duas últimas décadas, seja nos consórcios horizontais, seja nos verticais, efetivando a cooperação entre os entes consorciados²³. No entanto, vários estudos destacam alguns desafios para essa ação.

Um deles refere-se à ausência de participação do controle social nas atividades desenvolvidas pelos consórcios e nos espaços de governança regional³¹. Outro estudo aponta que são necessárias estratégias de comunicação com a população e de aproximação dos consórcios com as instâncias de controle social do SUS³⁹.

Há, também, o desafio no desenvolvimento de habilidades de negociação entre os participantes das ações consorciadas, especialmente dos gestores de pequenos municípios para com gestores de municípios maiores, devido às relações conflituosas e de poder político que se estabelecem entre os entes consorciados nos espaços decisórios¹⁹, ocorrendo o desequilíbrio da ação coletiva. Um estudo destaca que algumas decisões relacionadas às ações consorciadas parecem ter sido mais influenciadas por questões políticas, em detrimento das questões técnicas⁴⁰.

Há, também, o apontamento de que, em muitas regiões, os CS apenas intermediam a contratação de serviços de média e alta complexidade junto ao setor privado, por meio de um aditivo à tabela do SUS³³. Esse papel assumido pelo CS provoca duas situações desafiadoras: o não alcance da integração da assistência entre os diversos pontos de atenção para a atuação em Redes de Atenção à Saúde (RAS), resultando em oferta insuficiente ou mesmo na inexistência de oferta em algumas áreas e o risco de os consórcios fortalecerem a ampliação do empresariamento e a terceirização de

serviços de saúde, muitas vezes sem uniformidade de valores aplicados para pagamento aos prestadores de serviços entre consórcios de regiões próximas. Essa forma de atuação dos CS distancia o que foi idealizado quando da proposição do SUS: atenção integral aos usuários e integrada entre os serviços da rede.

Discussão

Para organização dos principais achados desta revisão, esta seção foi estruturada em duas categorias principais: a primeira trata dos ‘Arranjos e papéis dos consórcios’, discute as diferentes formas de organização entre os entes consorciados, a inserção dos consórcios nas relações interfederativas, a participação do ente estadual nos CIS e o papel dos CS na política de saúde; a segunda categoria aborda os ‘Desafios da ação consorciada’.

Arranjos e papéis dos consórcios

Embora os consórcios públicos de saúde tenham sido regulamentados apenas no ano de 2007, no âmbito do SUS, esse arranjo da administração pública indireta já estava previsto desde a Constituição Federal de 1988, reforçado pela Lei Orgânica da Saúde e por outras normas infraconstitucionais⁴¹. Dados da Confederação Nacional dos Municípios (2022) indicam que cerca de 75% dos municípios brasileiros participam de algum dos 375 consórcios públicos de saúde existentes no Brasil⁴².

Atualmente, observa-se uma ampliação no arranjo dos consórcios de saúde – os horizontais entre municípios (intermunicipais) ou entre estados (interestaduais), e, ainda, os verticais (entre os entes municipal e estadual). A revisão não identificou relação consorciada no âmbito da saúde com a participação da União.

Quanto à atuação do ente estadual nos consórcios, constataram-se diferentes níveis de participação: uma participação direta,

quando o estado é membro do consórcio e, portanto, participa do rateio e das decisões da instituição com os municípios consorciados; e uma participação considerada seletiva, quando os estados, por meio dos consórcios, induzem e financiam determinadas políticas aos municípios, sem serem de fato membros consorciados.

Dessa forma, utilizam-se da estrutura administrativa do consórcio para incrementos financeiros pontuais. Entre esses, os casos do estado do Paraná, nos quais os consórcios, além de se configurarem como prestadores de determinados serviços – ofertados pela própria instituição e/ou terceirizados por ela –, também estabelecem convênios com a secretaria de estado da saúde para execução de políticas estratégicas a esse ente federado, especialmente na AE⁴³. Esses aspectos foram destacados nos vários estudos publicados sobre os CIS do Paraná.

Ocorre que a participação dos estados nos CS não é homogênea. Há uma participação incipiente de alguns estados em comparação com outros de maior protagonismo, como ocorre nos consórcios do estado do CE, como apontado nos resultados desta revisão.

Além disso, outro aspecto observado na literatura se deve ao fato de que os CS potencializam as relações interfederativas. Regiões formadas por pequenos municípios têm, por meio do consórcio, conseguido discutir demandas com os municípios polos de suas regiões, bem como com os outros entes da federação⁴⁴.

No entanto, a relação consorciada não é isenta de problemas e disputas. Ainda que os CS se apresentem como uma importante estratégia para a ação coletiva entre entes consorciados, a relação entre os municípios de maior e menor porte e/ou desses com o ente estadual pode se apresentar conflituosa, com assimetrias nas relações de poder e interesses distintos⁴¹.

As matrizes de análise de políticas públicas⁴⁵ consideram a ação dos atores, do contexto, do processo e do conteúdo das políticas. Entre elas, a corrente neoinstitucionalista enfatiza

a ideia do Estado como ator e, dessa forma, colabora para a compreensão das questões que envolvem as relações de poder no âmbito dos consórcios⁴¹.

O neoinstitucionalismo reconhece que a ação do Estado se dá por meio de um conjunto de regras formais (leis, normas, regimentos) e informais (códigos de conduta, hábitos e convenções gerais), e reconhece que ação estatal é influenciada pela relação de forças que se estabelece entre os atores estatais (partidos políticos, grupos de interesses e outras estruturas presentes no interior das instituições)⁴¹; além disso, compreende que a ação estatal é condicionada pelas políticas anteriores⁴⁶.

Nesse sentido, a descentralização autárquica das responsabilidades gestoras municipais dos anos de 1990⁴⁷ e os incipientes processos de regionalização das últimas décadas, entre outros condicionantes históricos e políticos, reforçaram atitudes isoladas e de interesses individuais entre os entes federados.

Dessa forma, contribuíram para os desequilíbrios que podem ocorrer entre atores diversos, nas ações coletivas e consorciadas, particularmente, nas relações interfederativas entre municípios de mesmo porte com os de maior porte, e dos municípios com o ente estadual, bem como quanto a problemas relacionados ao papel e à autonomia do próprio consórcio frente aos membros consorciados, baseados em distintos interesses e nos resultados e custos da ação política.

Duas questões centrais podem ser destacadas quanto ao papel dos consórcios: o consórcio como prestador e intermediador de serviços para a ampliação do acesso e a oferta na AE, e o consórcio como instrumento para o processo de regionalização.

No âmbito da AE, conforme enfatizado nos resultados da maioria dos estudos analisados, um dos principais papéis do CS está voltado a acesso, oferta e gestão de serviços. Ocorre que, ao mesmo tempo que os CS potencializaram a oferta nesse nível de atenção, existem consequências dessas relações que serão discutidas na próxima categoria de análise.

As publicações evidenciam que os consórcios, especialmente os que incluem pequenos municípios, têm se apresentado como uma estratégia bem-sucedida para o processo de regionalização⁶.

No entanto, em regiões com grandes vazios assistenciais, os consórcios são diretamente influenciados pelos condicionantes do processo de regionalização, entre eles, as desigualdades e diversidades territoriais; a interdependência entre serviços, instituições e áreas da política pública e suas distintas formas de organização; a multiplicidade de atores envolvidos no financiamento, gestão e prestação da atenção à saúde; e as múltiplas configurações e escalas geográficas relacionadas à oferta, ao uso e à pactuação regional de serviços⁴⁸⁻⁵¹.

Essas características podem impulsionar as ações coletivas entre os entes federados e foram destacadas em alguns dos artigos selecionados nesta revisão.

Os desafios da ação consorciada

Os CS têm participado cada vez mais do financiamento da AE, principalmente a ambulatorial. Nos casos dos consórcios intermunicipais, os entes consorciados têm assumido o maior percentual dos custos, especialmente pelo fato de os consórcios adotarem valores acima da tabela SUS para compra de serviços com prestadores credenciados⁵².

Se, por um lado, os valores do consórcio se apresentam como alternativa à defasagem da tabela do Sistema de Gerenciamento de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais do SUS (Sigtap), por outro, podem provocar desequilíbrios na oferta de determinados prestadores, que deixam de oferecer serviços baseados na tabela SUS para credenciá-los a uma tabela mais rentável pelo consórcio⁵³.

Além disso, a compra de serviços de entidades privadas e filantrópicas e o credenciamento de prestadores na modalidade de pessoa jurídica junto aos consórcios têm ampliado a mercantilização e a terceirização de serviços

de saúde no SUS⁴¹. Dadas as limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal⁵⁴, os municípios, para além dos benefícios da economia de escala, têm buscado os consórcios como alternativa para a ampliação da oferta de serviços e contratação de profissionais.

Nessa perspectiva, enquanto a mercantilização se relaciona ao aumento da lógica privada dentro dos sistemas públicos de saúde, mediante a participação direta do setor privado enquanto prestador de serviços⁵⁵, a terceirização a materializa e está relacionada à lógica de credenciamento de empresas, por via licitatória, para a oferta de serviços e provimento de profissionais. Dessa forma, o credenciamento pelo consórcio de empresas diversas para a oferta de serviços de saúde apresenta, ainda, uma outra importante consequência, uma vez que essas empresas atuam por meio de pontos isolados e não contribuem para a formação efetiva da RAS⁵⁶.

Destaca-se, ainda, a partir dos artigos selecionados, a inexistência ou incipiente participação do controle social de forma institucionalizada nas decisões e na estrutura colegiada dos consórcios. Esse fato pode estar alicerçado na ausência de execução da participação do controle social prevista nos estatutos dos consórcios^{7,57}, bem como nos escassos estímulos do próprio sistema de saúde para arranjos de controle social em nível regional.

E, ainda, no argumento que defende que, embora o controle social dos municípios por meio dos conselhos de saúde não se oponha ao consorciamento, a organização do arranjo coletivo do consórcio não parte desses, estando relacionada a outras variáveis de cunho demográfico, socioeconômico, financeiro ou político⁵⁸.

Considerações finais

Esta revisão demonstrou os arranjos da ação consorciada no âmbito do sistema público de saúde brasileiro, bem como destacou o principal papel dos CS: o de ampliar a oferta de

serviços de saúde para a população, principalmente na AE, bem como evidenciou alguns dos desafios relacionados à atuação da ação consorciada que precisam ser enfrentados.

Diante da tendência de utilização de CS por gestores do setor público de saúde para ampliar ações e serviços de saúde e até ampliar suas ações para além do setor saúde, como, por exemplo, planejamento de ações e estratégias para a promoção da saúde ambiental, é preciso ponderar que esse movimento não tem sido acompanhado de permanente processo de regulação, monitoramento, controle e avaliação, e esse cenário pode trazer consequências relacionadas às condições de manutenção do financiamento das demandas criadas.

Os conselhos municipais de saúde aprovam os gastos municipais em saúde, nos quais estão incluídos os gastos com CS. No entanto, há dificuldades para acompanhar e monitorar os gastos com as ações e serviços consorciados, e esse problema merece atenção.

Também é necessário o uso de estratégias que analisem a ação consorciada entre os entes federados e demonstrem a eficiência desse instrumento de gestão. Cabe considerar que a aquisição de serviços de saúde, cujos valores extrapolam a tabela SUS, e a contratação de profissionais para atender à demanda de alguns municípios consorciados para prestar serviços de saúde específicos poderão contribuir para a mercantilização e a terceirização da saúde.

Mesmo que a presente revisão demonstre que, na última década, houve considerável aumento de publicações sobre os CS, recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas mais abrangentes (para além de um único consórcio), com metodologias robustas, e que não só apontem a ampliação de oferta de serviços nas regiões, mas que elucidem o quanto esse equipamento contribui para que a oferta seja organizada, integrada e articulada entre os pontos de atenção da rede, bem como sua eficiência com relação aos gastos públicos. Sugere-se que, além de administradores de CS, gestores e profissionais de saúde, os usuários dos CS e conselheiros de saúde sejam incluídos como sujeitos nas pesquisas sobre CS.

Por fim, cabe destacar que os consórcios têm sido apontados como arranjos de inúmeras potencialidades, no entanto, pouco se tem discutido sobre as necessidades de ajuste e sobre os problemas e fragilidades de sua implantação. Como esses arranjos estão presentes em grande parte dos municípios brasileiros, quais são as possibilidades de superação desses desafios? Como pensar esse arranjo quanto aos seus limites e necessidade de regulação?

Colaboradores

Carvalho BG (0000-0003-3850-870X)*, Silva JFM (0000-0001-7198-8528)* e Nicoletto SCS (0000-0003-4847-8065)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito.

Referências

1. Souza C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(3):431-442. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000300004>
2. Arretche M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo Perspec*. 2004;18(2):17-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000200003>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Oliveira BC. Federalism and Municipalism in the Political Trajectory of Brazil. *Mercator*. 2018;17(10):e17023. DOI: <https://doi.org/10.4215/rm2018.e17023>
4. Santos L. Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa. São Paulo: Saberes; 2013. 270 p.
5. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996. 300 p.
6. Viana ALd'Á, Iozzi FL. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(supl2):e00022519. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00022519>
7. Flexa RGC, Barbastefano RG. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(1):325-338. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.24262019>
8. Vieira FS. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. *Rev Saúde Pública*. 2020;54(127):1-12. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002414>
9. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein*. 2010;8(1Pt1):102-106. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
10. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
11. Bertone AA. Consórcios Intermunicipais de Saúde: uma estratégia rumo à regionalização. *Divulg saúde debate* [Internet]. 1996 [acesso em 2022 set 20];16:36-39. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-223327>
12. Junqueira ATM, Mendes AN, Cruz MCMT. Consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo: situação atual. *Rev Adm Empres*. 1999;39(4):85-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-75901999000400010>
13. Lima APG. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(4):985-996. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400017>
14. Schneider A. Os consórcios intermunicipais de saúde no estado do Rio de Janeiro. *Physis*. 2001;11(2):51-66. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312001000200004>
15. Nicoletto SCS, Cordoni Júnior L, Costa NR. Consórcios intermunicipais de saúde: o caso do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):29-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100004>
16. Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(10):2207-2217. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000027>
17. Ferraes AMB, Cordoni Júnior L. Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos. *Rev Adm Pública*. 2007;41(3):475-486. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122007000300005>
18. Oliveira VE. Municípios cooperando com municípios: relações federativas e consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo. *São Paulo Perspec* [Intaborda] [Internet]. 2008 [acesso em 2022 set 20];22(1):107-122. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_08.pdf
19. Silva KSB, Bezerra AFB. The conception of administrators regarding the formation of a healthcare consortium in Pernambuco, Brazil: a case study. *Int J Health Plann Mgmt*. 2011;26:158-172. DOI: <https://doi.org/10.1002/hpm.1041>
20. Amaral SMS, Blatt CR. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(4):799-801. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000016>
21. Botti CS, Artmann E, Spinelli MAS, et al. Regionalização dos serviços de saúde em Mato Grosso: um estudo de caso da implantação do Consórcio inter-

- municipal de saúde da Região do Teles Pires, no período de 2000 a 2008. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013; 22(3):491-500. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000300014>
22. Galindo JM, Cordeiro JC, Villani RAG, et al. Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. *Rev Adm Pública*. 2014;48(6):1545-1566. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-76121478>
 23. Gerigk W, Pessali HF. A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná. *Rev Adm Pública*. 2014;48(6):1525-1543. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-76121779>
 24. Moraes VS, Chaves APL. Percepção dos gestores municipais de saúde relacionada à saúde ambiental: consórcio intermunicipal de saúde Cerrado Tocantins Araguaia. *Saúde Soc*. 2016; 25(2):349-360. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016149984>
 25. Goya N, Andrade LOM, Pontes RJS, et al. Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. *Saúde Soc*. 2016;25(4):902-919. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016161198>
 26. Rodrigues DOW, Sudário LC, Ribeiro LC, et al. Perfil do Ambulatório de hematologia em um consórcio intermunicipal de saúde. *Rev APS [Internet]*. 2016 [acesso em 2022 set 20];19(4):582-591. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15709>
 27. Rocha CV. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios intermunicipais de saúde no estado do Paraná. *Cad Metrópole* 2017;18(36):377-399. DOI: <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2016-3604>
 28. Silva CR, Carvalho BG, Cordoni Júnior L, et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciênc saúde coletiva*. 2017; 22(4):1109-1120. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>
 29. Leal EMM, Silva FS, Oliveira SRA, et al. Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais. *Saúde Soc*. 2019;28(3):128-142. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180956>
 30. Almeida PF, Giovanella L, Martins Filho MT, et al. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(12):4527-4540. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25562019>
 31. Lui L, Schabach LM, Nora CRD. Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel dos consórcios intermunicipais. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(12):5065-5074. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.03752019>
 32. Julião KS, Olivieri C. Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2020;36(3):e00037519. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037519>
 33. Pinafo E, Nunes EFPA, Carvalho BG, et al. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(5):1619-1628. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34332019>
 34. Nascimento ABFM, Fernandes ASA, Sano H, et al. Cooperação intermunicipal baseada no *Institutional Collective Action*: os efeitos dos consórcios públicos de saúde no Brasil. *Rev Adm Pública*. 2021;55(6):1369-1391. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220210061>
 35. Shimizu HE, Lima LD, Carvalho ALB, et al. Regionalização e crise federativa no contexto da pandemia da Covid-19: impasses e perspectivas. *Saúde debate*. 2021;45(131):945-957. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021131011>
 36. Almeida PF, Santos AM, Cabral LMS, et al. Provision of specialized care in remote rural municipalities of the Brazilian semi-arid region. *Rural Remote Health*. 2021;21(4):6652. DOI: <https://doi.org/10.22605/RRH6652>

37. Andrade SKV, Mendonça FF, Endlich AM, et al. Consórcio Público de Saúde no processo de regionalização: análise sob o enfoque da ação coletiva. *Physis (Rio J.)* 2022;32(1):e320107. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320107>
38. Lui L, Lima LL, Aguiar RB. Avanços e desafios na co-operação interfederativa: uma análise dos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Rio Grande do Sul. *Novos estud.* 2022;41(1):145-162. DOI: <https://doi.org/10.25091/S01013300202200010007>
39. Almeida PF, Santos AM, Lima LD, et al. Consórcio interfederativo de saúde na Bahia, Brasil: implantação, mecanismo de gestão e sustentabilidade do arranjo organizativo no Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2022;38(9):e00028922. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT028922>
40. Oliveira JS, Pinto ICM, Santos TBS. Consórcio interfederativo e gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde na Bahia, Brasil: o processo decisório à luz do neoinstitucionalismo. *Cad Saúde Pública.* 2022;38(9):e00023622. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT023622>
41. Silva JFM. Regionalização e cooperação nas estratégias de contratualização no SUS [tese na Internet]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2022 [acesso em 2022 mar 11]. Disponível em: <https://pos.uel.br/saudecoletiva/teses-dissertacoes/regionalizacao-e-cooperacao-nas-estrategias-de-contratualizacao-no-sus/>
42. Confederação Nacional dos Municípios. Consórcios Públicos. CNM [Internet]; 2022 [acesso em 2022 out 15]. Disponível em: <https://consorcios.cnm.org.br/>
43. Secretaria de Estado da Saúde (PR). Resolução SESA n.º 1.420, de 04 de dezembro de 2020. Aprova a implantação dos parâmetros e indicadores de Monitoramento e Avaliação do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná. Curitiba, Paraná: SESA; 2020
44. Mendonça FF, Andrade SKAV. Consórcio Público de Saúde como arranjo para relação federativa e o processo de regionalização. *Redes.* 2018;23(3): 224-206. DOI: <https://doi.org/10.17058/redes.v23i3.12216>
45. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy Plan.* 1994;9(4):353-370. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/9.4.353>
46. Pereira AMM, Lima LD, Machado CV. Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. *Ciênc saúde coletiva.* 2018;23(7):2239-2252. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-8123201823708922018>
47. Pestana MVC, Mendes EV. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa [Internet]. Minas Gerais, Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde; 2004 [acesso em 2020 mar 10]. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=78
48. Lima LD, Queiroz LFN, Machado CV, et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2012;17(7):1903-1914. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>
49. Lima LD. Condicionantes da regionalização da saúde no Brasil: desafios e recomendações para o planejamento e a gestão territorial do SUS no horizonte dos próximos 20 anos [Internet]. Textos para Discussão n. 15. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2015 [acesso em 2022 out 15]. Disponível em: https://saude-amanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/15-PJSSaudeAmanha_Texto0015_A4_21-12-2015.pdf
50. Albuquerque MV, Viana ALd'Á, Lima LD, et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciênc saúde coletiva.* 2017;22(4):1055-1064. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>
51. Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG, et al. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade es-

- pacial na provisão de serviços. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(supl2):e00094618. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094618>
52. Pinafo E. Problemas e estratégias de gestão do SUS em municípios de pequeno porte [tese na Internet]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2017 [acesso em 2022 mar 20]. Disponível em: <https://pos.uel.br/saudecoletiva/teses-dissertacoes/problemas-e-estrategias-de-gestao-do-sus-em-municipios-de-pequeno-porte/>
 53. Silva JFM, Carvalho BG, Domingos CM. A governança e a relação público-privado no cotidiano das práticas em municípios de pequeno porte. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(10):3179-3188. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.13952018>
 54. Presidência da República (BR). Lei Complementar n.º 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2000 maio 5 [acesso em 2020 mar 18]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm
 55. Ferreira MRJ, Mendes AN. Mercantilização nas reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(7):2159-2170. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.12972018>
 56. Domingos CM, Ferraz EM, Carvalho BG. Governança das ações e serviços de saúde de média complexidade em uma região de saúde. *Saúde debate*. 2019;43(122):700-711. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912204>
 57. Lima LD, Pereira AMM, Machado CV. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(7):e00185220. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00185220>
 58. Grin EJ, Fernandes GAAL, Abrucco FL. Paradoxos dos consórcios públicos intermunicipais no Brasil: capacidades estatais e controle social em nível municipal influenciam as decisões municipais em favor do associativismo? In: *Anais do 43º Encontro Anual da Anpocs*; 2019 out 22-25; Caxambu [Internet]. Caxambu: Anpocs; 2019 [acesso em 2019 out 25]. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/336686874>

Recebido em 20/05/2024

Aprovado em 25/11/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

O uso de agrotóxicos e o desenvolvimento do câncer em agricultores: uma revisão de escopo

The use of pesticides and the development of cancer in farmers: A scoping review

Fernanda Meire Cioato¹, Nilva Lúcia Rech Stedile¹, João Ignacio Pires Lucas¹

DOI: 10.1590/2358-289820251449298P

RESUMO Diante da problemática que envolve a complexa relação entre o uso de agrotóxicos e o aparecimento de câncer, diversos estudos vêm sendo desenvolvidos no mundo em busca de evidências que a comprovem. Objetivou-se analisar a relação entre a utilização de agrotóxicos e o aparecimento de câncer em agricultores, segundo a bibliografia especializada. Trata-se de uma revisão de escopo. A busca foi realizada em três bases de dados, e os artigos foram analisados por dois pesquisadores e um terceiro, para as discordâncias. Foi testado o valor de Kappa de Cohen para avaliar concordância quanto aos dados extraídos dos estudos. Um total de 29 bibliografias compuseram a amostra. Os estudos foram provenientes de cinco continentes. Pesquisas de caso-controle e coorte dominaram o cenário da revisão, utilizando estatística inferencial com diferentes tipos de testes estatísticos. Uma variedade de tipologias de câncer foi estudada, e grande parte dos artigos apontou para uma predisposição ao câncer, remetendo a biomarcadores para previsão precoce dessa doença crônica. Conclui-se que ser agricultor e estar exposto aos agrotóxicos conferem um maior risco de desenvolvimento de câncer em relação aos não expostos.

PALAVRAS-CHAVE Agroquímicos. Neoplasias. Agricultores. Risco à saúde humana. Saúde ambiental.

ABSTRACT Giving the problem that involves the complex relationship between the use of pesticides and the onset of cancer, several studies have been developed around the world searching for evidence to prove it. The objective is to analyze the relationship between the use of pesticides and the onset of cancer in farmers, according to specialized literature. It is a scoping review. The search was carried out in three databases, and the articles were analyzed by two researchers and a third, for dealing with disagreements. Cohen's Kappa value was tested to assess agreement regarding the data extracted from the studies. A total of 29 bibliographies made up the sample. The studies came from five continents. Case-control and cohort research dominated the review landscape, using inferential statistics with different types of statistical tests. A variety of cancer types were studied, and most of the articles pointed to a predisposition to cancer, referring to biomarkers for early prediction of this chronic disease. In conclusion, being a farmer and being exposed to pesticides confers a greater risk of developing cancer compared to those who are not exposed.

KEYWORDS Pesticides. Neoplasms. Farmers. Health risk. Environmental health.

¹Universidade de Caxias do Sul (UCS) – Caxias do Sul (RS), Brasil.
fmcioato@ucs.br



Introdução

Agrotóxicos são produtos, conforme a Lei nº 14.785, cuja finalidade é modificar a composição da flora ou da fauna, com o objetivo de protegê-las da interferência prejudicial de seres vivos considerados nocivos¹. São utilizados para manter o controle ou eliminar insetos, larvas, ervas daninhas e outras pragas que podem afetar as plantações^{2,3}, no entanto, seus efeitos não são seletivos e afetam de forma geral a flora e a fauna.

O uso dos agrotóxicos cresceu 93% em âmbito mundial nos últimos anos, sendo que, no Brasil, o aumento correspondeu a 190%⁴. O Brasil é considerado um dos maiores produtores agropecuários do mundo e o segundo país que mais exporta esses produtos⁵. No ano de 2008, subiu ao *ranking* de maior consumidor de agrotóxicos do mundo⁵, mantendo essa posição a partir de então. Seu uso exacerbado eleva os riscos à saúde pública, à saúde ocupacional e ambiental.

Estudo mapeou o uso de agrotóxicos no Brasil, demonstrando que, enquanto o consumo de agrotóxicos no mundo, entre 2000 e 2010, aumentou 100%, no Brasil, atingiu 200%; e que de 2012 a 2014 foram aplicados cerca de 8,33 kg por hectare, sendo o glifosato o mais consumido em todas as regiões brasileiras⁶.

Os agrotóxicos são classificados com base em sua finalidade, no grupo químico e na toxicidade. Após a exposição aos agrotóxicos, pode haver uma intoxicação, a qual, pelo tempo de aparecimento dos sintomas, pode ser: i) aguda, resultante da exposição a concentrações de um ou mais agentes tóxicos capazes de causar danos em até 24 horas; ii) crônica, resultante de uma exposição continuada a doses relativamente baixas de um ou mais produtos, cujos sintomas podem aparecer semanas, meses, anos ou gerações após a sua utilização^{5,7}.

Entre os danos crônicos decorrentes da exposição estão diferentes tipos de câncer⁸. O câncer aparece em decorrência

do crescimento desordenado de células, que podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos a distância. Como dividem-se rapidamente, as células cancerosas tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, formando tumores, que podem se espalhar para outras regiões do corpo⁸.

O potencial para desenvolvimento do câncer, apesar do grande número de variáveis a serem consideradas (tipos de substâncias e suas associações, manejo, uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPI, fatores genéticos, entre outros), é reconhecido pelo Ministério da Saúde⁹ e por diferentes autores^{2,5,10}. Alguns desses estudos buscam evidências que indiquem a relação entre tipos específicos de agrotóxicos e as mutações genéticas^{11,12} ou o potencial cancerígeno de determinados tipos de produtos^{13,14}; outros, ainda, pesquisam a relação entre o uso de agrotóxicos e coeficientes de morbidade e mortalidade por câncer^{15,16}. Importante ressaltar que a probabilidade se apresenta aumentada quando esses agricultores não utilizam adequadamente os EPI¹⁷.

Diante das evidências apresentadas, o objetivo desta revisão é analisar a relação entre a utilização de agrotóxicos e o aparecimento de câncer em agricultores, segundo a bibliografia especializada.

Material e métodos

Foi realizada uma revisão de escopo¹⁸⁻²⁰, seguindo a abordagem PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews)²¹. O protocolo do estudo para a revisão do escopo foi registrado na plataforma Open Science Framework (OSF), no dia 22 de agosto de 2022²².

Crerios de inclusao

Utilizou-se como critérios de inclusao para a selecao dos artigos: artigos originais; de

pesquisa aplicada; publicados na íntegra, de 2012 a 2021; com acesso aberto; nos idiomas inglês e português; que abordassem a relação entre o uso de agrotóxicos e o aparecimento de câncer na população de agricultores. Foram excluídas revisões sistemáticas; editoriais; relatos de experiência; anais; teses e dissertações; manuais e documentos governamentais; estudos com outros tipos de trabalhadores que não agrícolas ou que tratassem do câncer em animais; e, ainda, os que focam em danos agudos ou outros danos crônicos que não o câncer. Optou-se por incluir na análise artigos originais, publicados em revista e submetidos a revisão por pares, por serem os que diretamente buscam contribuir para a construção de respostas quanto aos efeitos dos agrotóxicos na saúde dos agricultores.

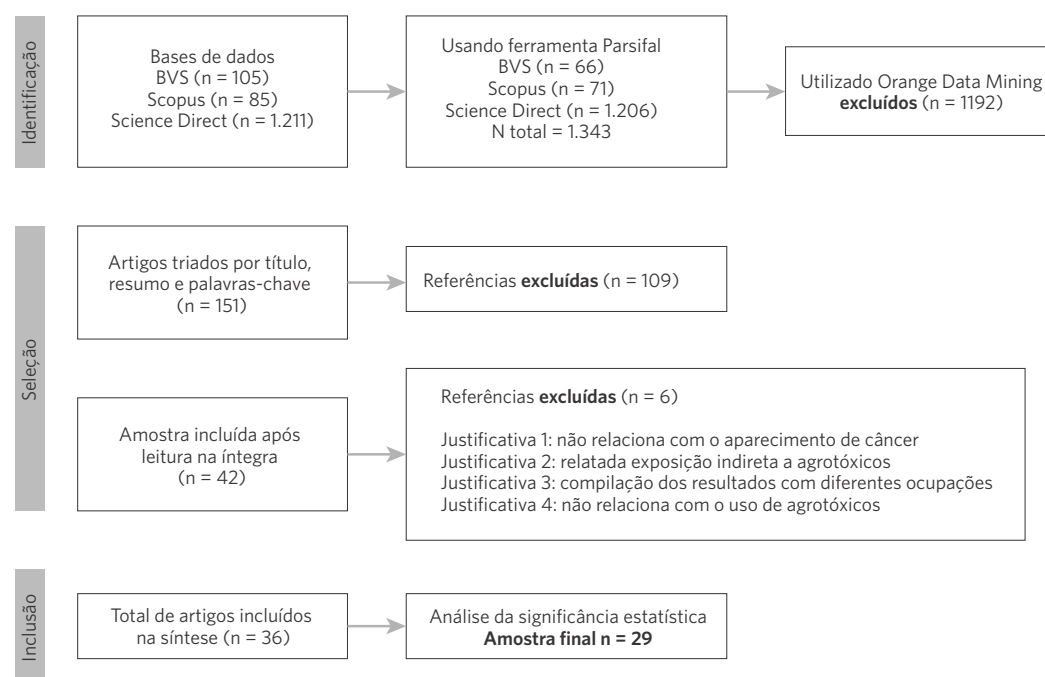
Esquema de busca

A busca foi desenvolvida nas bases de dados BVS, Scopus e Science Direct, a partir do acesso CAFE do Portal de Periódicos da Capes, empregando as palavras-chave indexadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e com expressões booleanas, em 14/07/2021: “agrotóxicos OR *agrochemicals* OR *pesticides*”, AND “câncer”, AND “agricultores OR *farmers*”. “

Seleção dos estudos

A *figura 1* apresenta os resultados das buscas, as inclusões e exclusões dos artigos que tratam da relação entre câncer e uso de agrotóxicos, com as respectivas justificativas.

Figura 1. Fluxograma representativo da seleção dos artigos



Fonte: elaboração própria com base em PRISMA-ScR²¹.

A busca dos artigos nas bases de dados obteve 1.401 referências. Com a utilização das ferramentas Parsifal e Orange Data Mining, a busca resultou em 1192 estudos. Após a triagem (Kappa 0,774, $p = < 0,01$) e a leitura dos artigos na íntegra (Kappa 0,627), com base nos critérios definidos para este estudo, um total de 36 bibliografias foram pré-selecionadas, compondo a amostra final 29 artigos, que traziam em seus resultados significância estatística para a relação entre o aparecimento do câncer em agricultores e o uso de agrotóxicos.

Como estratégia de triagem dos artigos, foi utilizada, na primeira fase, a plataforma Orange Data Mining para a ‘mineração de texto’, com descritores atribuídos, a partir da análise dos títulos, resumos e palavras-chave. A seleção dos estudos nas fases de triagem e elegibilidade foi realizada por dois pesquisadores *experts* na temática e um terceiro revisor em caso de discordâncias.

Como parâmetro para a avaliação – critérios de inclusão/exclusão e seleção dos artigos pelos pesquisadores –, foi aplicado o teste de Kappa de Cohen, para a verificação das concordâncias entre os avaliadores^{23,24}. Foi considerado valor Kappa satisfatório entre 0,6 e 0,8²⁵.

Análise dos dados

Após extração dos dados de interesse, esses foram organizados em quadros e tratados por análise temática. A análise temática é composta por três etapas: a) pré-análise, que se subdivide em leitura flutuante, constituição do corpus e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos; b) exploração do material; e c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação²⁶.

O estudo faz parte do projeto de pesquisa ‘O uso de agrotóxicos na agricultura familiar e suas implicações à saúde dos agricultores e à saúde ambiental’, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Parecer nº 3.481.277 (CAAE 17010519.1.0000.5341).

Resultados

As características referentes aos estudos, como autores e ano, título, país de origem, periódico e qualis estão descritos no *quadro 1*, somente para os estudos que apresentaram significância estatística para a associação entre os agrotóxicos e o câncer 81% ($n = 29$).

Quadro 1. Descrição dos artigos que compõem a revisão de escopo

Autor, ano	Título	País	Periódico	Qualis
A1 Miranda-Filho AL, Monteiro GT, Meyer A. (2012) ²⁷	Brain cancer mortality among farm workers of the State of Rio de Janeiro, Brazil: a population-based case-control study	Brasil	International journal of hygiene and environmental health	A1
A2 Boccolini P de MM, Asmus CIRF, Chrisman J de R, Câmara V de M, Markowitz SB, Meyer A. (2014) ²⁸	Stomach cancer mortality among agricultural workers: results from a death certificate-based case-control study	Brasil	Cadernos de Saúde Coletiva	B1
A3 Amr S, Dawson R, Saleh DA, et al. (2015) ²⁹	Pesticides, gene polymorphisms, and bladder cancer among Egyptian agricultural workers	Egito	Archives of environmental & occupational health	B1

Quadro 1. Descrição dos artigos que compõem a revisão de escopo

Autor, ano	Título	País	Periódico	Qualis
A4 Andreotti G, Hoppin JA, Hou L, et al. (2015) ³⁰	Pesticide Use and Relative Leukocyte Telomere Length in the Agricultural Health Study	Estados Unidos	PloS One	-
A5 Gómez-Martín A, Al-takroni B, Lozano-Panigua D, et al. (2015) ³¹	Increased N7-methyldeoxyguanosine DNA adducts after occupational exposure to pesticides and influence of genetic polymorphisms of paraoxonase-1 and glutathione S-transferase M1 and T1	Espanha	Environmental and molecular mutagenesis	A2
A6 Jones RR, Barone-Adesi F, Koutros S, et al. (2015) ³²	Incidence of solid tumours among pesticide applicators exposed to the organophosphate insecticide diazinon in the Agricultural Health Study: an updated analysis	Estados Unidos	Occupational and environmental medicine	A1
A7 Lemarchand C, Tual S, Boulanger M, et al. (2016) ³³	Prostate cancer risk among French farmers in the AGRICAN cohort	França	Scandinavian journal of work, environment & health	A2
A8 Presutti R, Harris SA, Kachuri L, et al. (2016) ³⁴	Pesticide exposures and the risk of multiple myeloma in men: An analysis of the North American Pooled Project	Estados Unidos	International journal of cancer	A1
A9 Salerno C, Carcagnì A, Sacco S, et al. (2016) ³⁵	An Italian population-based case-control study on the association between farming and cancer: Are pesticides a plausible risk factor?	Itália	Archives of environmental & occupational health	B1
A10 Bonner MR, Freeman LE, Hoppin JA, et al. (2017) ³⁶	Occupational Exposure to Pesticides and the Incidence of Lung Cancer in the Agricultural Health Study	Estados Unidos	Environmental health perspectives	A1
A11 Fallahi P, Foddìs R, Cristaudo A, Antonelli A. (2017) ³⁷	High risk of brain tumors in farmers: a mini-review of the literature, and report of the results of a case control study	Itália	La Clinica terapeutica	-
A12 Kachuri L, Harris MA, MacLeod JS, Tjepkema M, Peters PA, Demers PA. (2017) ³⁸	Cancer risks in a population-based study of 70,570 agricultural workers: results from the Canadian census health and Environment cohort (CanCHEC)	Canadá	BMC cancer	A3
A13 Lemarchand C, Tual S, Levêque-Morlais N, et al. (2017) ³⁹	Cancer incidence in the AGRICAN cohort study (2005-2011)	França	Cancer epidemiology	A2
A14 Rusiecki JA, Beane Freeman LE, Bonner MR, et al. (2017) ⁴⁰	High pesticide exposure events and DNA methylation among pesticide applicators in the agricultural health study	Estados Unidos	Environmental and molecular mutagenesis	A2
A15 Ahluwalia M, Kaur A. (2018) ⁴¹	Modulatory role of GSTT1 and GSTM1 in Punjabi agricultural workers exposed to pesticides	Índia	Environmental science and pollution research international	A2
A16 Benedetti D, Lopes Alderete B, de Souza CT, et al. (2018) ⁴²	DNA damage and epigenetic alteration in soybean farmers exposed to complex mixture of pesticides	Brasil	Mutagenesis	A2

Quadro 1. Descrição dos artigos que compõem a revisão de escopo

Autor, ano	Título	País	Periódico	Qualis
A17 Boulanger M, Tual S, Lemarchand C, et al. (2018) ⁴³	Lung cancer risk and occupational exposures in crop farming: results from the AGRiculture and CANcer (AGRICAN) cohort	França	Occupational and environmental medicine	A1
A18 Jacobsen-Pereira CH, Dos Santos CR, Troina Maraslis F, et al. (2018) ⁴⁴	Markers of genotoxicity and oxidative stress in farmers exposed to pesticides	Brasil	Ecotoxicology and environmental safety	A1
A19 Tomiazzi JS, Judai MA, Nai GA, Pereira DR, Antunes PA, Favareto APA. (2018) ⁴⁵	Evaluation of genotoxic effects in Brazilian agricultural workers exposed to pesticides and cigarette smoke using machine-learning algorithms	Brasil	Environmental science and pollution research international	A2
A20 Ch R, Singh AK, Pathak MK, et al. (2019) ⁴⁶	Saliva and urine metabolic profiling reveals altered amino acid and energy metabolism in male farmers exposed to pesticides in Madhya Pradesh State, India	Índia	Chemosphere	A1
A21 Mills PK, Dodge JL, Bush J, Thompson Y, Shah P. (2019) ⁴⁷	Agricultural Exposures and Breast Cancer Among Latina in the San Joaquin Valley of California	Estados Unidos	Journal of occupational and environmental medicine	A2
A22 Ordoñez-Beltrán V, Frías-Moreno MN, Parra-Acosta H, Martínez-Tapia ME. (2019) ⁴⁸	Estudio sobre el uso de plaguicidas y su posible relación con daños a la salud	México	Revista de toxicología	-
A23 Piel C, Pouchieu C, Carles C, et al. (2019) ⁴⁹	Agricultural exposures to carbamate herbicides and fungicides and central nervous system tumour incidence in the cohort AGRICAN	França	Environment international	A1
A24 Saad-Hussein A, Beshir S, Taha MM, et al. (2019) ⁵⁰	Early prediction of liver carcinogenicity due to occupational exposure to pesticides	Egito	Mutation research. Genetic toxicology and environmental mutagenesis	A3
A25 Cepeda S, Forero-Castro M, Cárdenas-Nieto D, Martínez-Agüero M, Rondón-Lagos M. (2020) ⁵¹	Chromosomal Instability in Farmers Exposed to Pesticides: High Prevalence of Clonal and Non-Clonal Chromosomal Alterations	Colômbia	Risk management and healthcare policy	-
A26 Hutter HP, Poteser M, Lemmerer K, et al. (2020) ⁵²	Indicators of Genotoxicity in Farmers and Laborers of Ecological and Conventional Banana Plantations in Ecuador	Equador	International journal of environmental research and public health	A1
A27 Jacobsen-Pereira CH, Cardoso CC, Gehlen TC, Regina Dos Santos C, Santos-Silva MC. (2020) ⁵³	Immune response of Brazilian farmers exposed to multiple pesticides	Brasil	Ecotoxicology and environmental safety	A1

Quadro 1. Descrição dos artigos que compõem a revisão de escopo

Autor, ano	Título	País	Periódico	Qualis
A28 Pardo LA, Beane Freeman LE, Lerro CC, et al. (2020) ⁵⁴	Pesticide exposure and risk of aggressive prostate cancer among private pesticide applicators	Estados Unidos	Environmental health	A1
A29 Salazar-Flores J, Pacheco-Moisés FP, Ortiz GG, et al. (2020) ⁵⁵	Occupational exposure to organophosphorus and carbamates in farmers in La Cienega, Jalisco, Mexico: oxidative stress and membrane fluidity markers	México	Journal of occupational medicine and toxicology	-

Fonte: elaboração própria, 2024.

Foi identificada uma distribuição geográfica das publicações que abrange quase a totalidade dos continentes. A maioria dos estudos concentra-se no continente americano (22, sendo $n = 12$ na América do Norte e $n = 10$ na América do Sul). Vale destacar os Estados Unidos da América ($n = 9$) e o Brasil ($n = 8$), por concentrarem maior número de artigos publicados. No continente europeu, a França teve maior número ($n = 4$). Com menor destaque, as publicações nos continentes africano e asiático. Não houve publicações na Oceania. Essa distribuição sugere que o uso de agrotóxicos e seus efeitos sobre a saúde

é uma preocupação que merece atenção em nível global.

Os trabalhos selecionados para a pesquisa estão distribuídos em periódicos científicos internacionais e nacionais. Os 29 artigos são provenientes de 24 periódicos diferentes, sendo também 24 artigos publicados em periódicos inseridos no sistema Qualis/Capes, com métricas de impacto significativas, e a maioria publicada em revistas A1 e A2.

As características referentes a aspectos metodológicos, como delineamento, participantes e análises estatísticas usadas, estão descritas no quadro 2.

Quadro 2. Delineamentos, participantes e principais estatísticas presentes nos estudos selecionados

Art.	Delineamento	Número de participantes	Análises estatísticas usadas
A1	Estudo de caso-controle baseado em atestados de óbito de homens, maiores de 18 anos, residentes no RJ	2.040 casos de óbitos de homens por câncer, 4.140 controles aleatórios. Do total de 6.180 óbitos, 233 eram ligados a agricultura, sendo 95 grupos casos e 138 controles	Estatística descritiva, estatística inferencial com teste de qui-quadrado e razão de chance (odds ratio) e teste de Hosmer-Lemeshow
A2	Caso-controle, com análise de atestados de óbito de agricultores expostos a agrotóxicos e mortalidade por câncer de estômago	Casos 11.766 (câncer de estômago) e controles 11.557 (qualquer outro diagnóstico)	Estatística inferencial, com teste de qui-quadrado, razão de chance (odds ratio) e regressão logística
A3	Estudo de caso-controle multicêntrico com amostras de sangue processadas para extração de DNA	953 casos e 881 controles. Genotipagem para 419 casos e 358 controles	Estatística descritiva, estatística inferencial qui-quadrado, teste t de Student e razão de chance (odds ratio)

Quadro 2. Delineamentos, participantes e principais estatísticas presentes nos estudos selecionados

Art.	Delineamento	Número de participantes	Análises estatísticas usadas
A4	Estudo populacional prospectivo de coorte na AHS em aplicadores de pesticidas, com: 1) medida dos telômeros no DNA leucocitário; 2) questionário autoadministrado; 3) comparação entre células bucais e de sangue, cálculo do RTL	568 participantes livres de câncer e 40 comparações de sangue	Estatística inferencial, com o uso de regressão linear multivariada, correlação de Spearman
A5	Estudo de coorte prospectivo longitudinal, para alterações no nível de DNA de linfócitos N7-MedGels entre exposições de nível baixo e alto na pulverização. As amostras de sangue foram coletadas para cada período da safra	39 trabalhadores	Estatística inferencial, com teste de correlação de Pearson e teste t de Student
A6	Coorte prospectiva	22.830 agricultores ou aplicadores de pesticidas	Estatística inferencial com regressão de Poisson, correlação de Spearman e testes de Wald
A7	Estudo prospectivo de coorte, que buscou dados sobre exposições agrícolas ao longo da vida em questionário de inscrição da AGRICAN	Entre 181.842 cadastrados, 81.961 foram identificados após aplicação de critérios de exclusão e 1496 foram selecionados por apresentar câncer de próstata	Estatística inferencial, com razões de risco e regressão de cox
A8	Três estudos de caso-controle, de base populacional, nos Estados Unidos e no Canadá	547 casos de mieloma múltiplo e 2.700 controles, totalizando 3247 participantes	Estatística descritiva, estatística inferencial, com regressão logística e razão de chance (odds ratio)
A9	Estudo de caso-controle de base populacional	241 (casos), 1.240 (controles), totalizando 1.481	Estatística inferencial, com teste exato de Fisher, razão de chance (odds ratio), regressão logística múltipla e teste t
A10	Estudo populacional, com dados atualizados por questionário de acompanhamento	546 casos de câncer de pulmão	Estatística inferencial, com regressão de cox
A11	Estudo de caso-controle de pacientes recrutados no dep. de Neurocirurgia da Univ. do Hospital de Pisa, na Itália	174 casos e 522 controles, totalizando 696 participantes	Estatística descritiva, estatística inferencial, com qui-quadrado, razão de chance (odds ratio) e regressão logística
A12	Estudo de coorte	70.570 agricultores, sendo 9515 com incidência de câncer	Estatística inferencial, com razões de risco e regressões de cox
A13	Estudo prospectivo de coorte	11.065 com incidência de câncer de 181.842 inscritos na coorte	Estatística inferencial, com qui-quadrado e regressão de Poisson
A14	Coorte prospectivo, de base populacional, de aplicadores de Iowa e Carolina do Norte, com exame laboratorial de DNA e resposta a questionário	596 aplicadores	Estatística inferencial, com teste t de Student, teste Wilcoxon Rank Sum, regressão linear e regressão logística, com técnica de bootstrapping e coeficientes de correlação intraclasse
A15	Estudo de caso-controle com coleta de sangue para exames laboratoriais	513 indivíduos (250 trabalhadores agrícolas e 263 não expostos ocupacionalmente)	Estatística descritiva, estatística inferencial, com teste t de Student, qui-quadrado e razão de chance (odds ratio)

Quadro 2. Delineamentos, participantes e principais estatísticas presentes nos estudos selecionados

Art.	Delineamento	Número de participantes	Análises estatísticas usadas
A16	Coorte prospectiva, com resposta a questionário e entrevista face a face. Amostras de sangue, urina e células bucais foram coletadas	Trabalhadores rurais (n = 137) expostos a diferentes tipos de pesticidas comparados com um grupo não exposto (controle; n = 83), totalizando 220 participantes	Estatística inferencial, com teste t de Student (teste Welch), correlação de Pearson e testes não paramétricos de Mann-Whitney e correlação de Spearman
A17	Estudo de coorte, com agricultores cadastrados no seguro saúde (AGRICAN)	897 casos de câncer de pulmão	Estatística inferencial, com regressão de cox e teste de Wald
A18	Coorte retrospectivo, caso-controle, análise de sangue	41 homens e 9 mulheres (grupo caso) e 75 do grupo controle, totalizando 115 participantes	Estatística inferencial, com testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, one-way ANOVA e correlações de Spearman
A19	Estudo de caso-controle, observacional, prospectivo e transversal realizado com material coletado de células da mucosa oral, para análise citogenética	60 agricultores e 60 controles, totalizando 120 participantes	Estatística inferencial, com teste ANOVA, teste Wilcoxon, regressão linear, teste post-hoc de Tukey e teste exato de Fisher
A20	Estudo de caso-controle, com coleta de urina e amostras de saliva e resposta a um questionário	51 aplicadores de pesticidas e 52 controles, totalizando 103 participantes	Estatística inferencial, com análise estatística multivariada, com escala de Pareto, PLS-D e teste t não pareado
A21	Estudo epidemiológico de caso-controle. Tanto os casos quanto os controles preencheram um questionário detalhado	101 pacientes e 88 controles, totalizando 189 participantes	Estatística descritiva, estatística inferencial, com teste t de Student, qui-quadrado, razão de chance (odds ratio) e regressão logística
A22	Estudo descritivo	58 agricultores	Estatística descritiva, estatística inferencial, com Correlação de Pearson
A23	Coorte, prospectivo, realizado por meio do banco de dados da AGRICAN	57.847 agricultores expostos a fungicidas e herbicidas	Estatística inferencial, com razões de risco, regressão de cox, análises univariadas, retrógrada, multivariada e análise de sensibilidade
A24	Pesquisa de campo, caso-controle, realizada pela coleta de sangue e pesquisa laboratorial de vários biomarcadores tumorais	50 pesquisadores urbanos expostos e 50 não expostos e 50 pulverizadores rurais expostos ocupacionalmente a agrotóxicos e 50 não expostos, totalizando 200 participantes	Estatística inferencial, com teste ANOVA, análise multivariada e correlação de Pearson
A25	Estudo de caso-controle, laboratorial, para verificação de frequência de alterações cromossômicas (CAs) e o nível de instabilidade cromossômica (NIC) em linfócitos do sangue periférico (PBLs)	5 agricultores expostos ocupacionalmente a pesticidas e 5 indivíduos não expostos	Estatística inferencial, com teste t de Student, teste exato de Fisher, teste de Wilcoxon e Teste Shapiro-Wilk
A26	Estudo comparativo, com aplicação de questionário e coleta de células bucais em trabalhadores da agricultura convencional e ecológica	34 da agricultura convencional e 37 da ecológica, totalizando 71 agricultores	Estatística descritiva, estatística inferencial, com correlação de Poisson e qui-quadrado
A27	Estudo de caso-controle, com coleta de amostras de sangue periférico. Também foi aplicado questionário aos agricultores	43 agricultores e 30 controles, totalizando 73 participantes	Estatística inferencial, com teste de Mann-Whitney

Quadro 2. Delineamentos, participantes e principais estatísticas presentes nos estudos selecionados

Art.	Delineamento	Número de participantes	Análises estatísticas usadas
A28	Estudo epidemiológico de coorte, com dados do banco da AHS e aplicação de questionário em três fases	734 casos de câncer de próstata agressivo entre agricultores	Estatística inferencial, com regressão de cox, razões de risco, correlação de Pearson, regressão logística, teste de Wald, teste de razão de verossimilhança e regressão logística multivariada
A29	Estudo transversal de caso-controle	113 expostos e 93 grupos-controle, totalizando 216 participantes	Estatística descritiva, estatística inferencial, com teste t de Student, teste ANOVA e teste post-hoc de Tukey

Fonte: elaboração própria, 2024.

Pesquisas de caso-controle e coorte dominaram o cenário da revisão. Houve um número diversificado de participantes em cada estudo, de fontes e formas de coleta de dados, o que mostra diversidade no número e nos tipos de metodologias utilizadas, tornando complexa a análise dos estudos em conjunto.

Quanto aos testes estatísticos, foram utilizados diferentes e diversificados tipos de testes, especialmente para dados quantitativos. A maioria dos estudos usou estatística descritiva e inferencial. Os objetivos e as conclusões dos estudos estão apresentados no *quadro 3*.

Quadro 3. Objetivos e conclusões apresentadas nos estudos selecionados

Art	Objetivo	Conclusões
A1	Estimar o risco de mortalidade por câncer cerebral em trabalhadores agrícolas expostos a agrotóxicos no estado do Rio de Janeiro, Brasil.	Observou-se associação estatisticamente significativa entre mortalidade por câncer cerebral e atividade agrícola em trabalhadores rurais do sexo masculino, com 18 anos ou mais. Além disso, o risco de mortalidade por câncer cerebral foi de maior magnitude para aqueles trabalhadores que residiam em regiões de uso mais intenso de agrotóxicos.
A2	Investigar o risco de morte por câncer de estômago em trabalhadores agrícolas residentes no estado do Rio de Janeiro.	Trabalhadores agrícolas tiveram um risco significativamente maior de morte por câncer de estômago do que os não agrícolas. Esse risco em trabalhadores agrícolas pode estar associado a exposição a agrotóxicos.
A3	Examinar as associações entre risco de câncer de bexiga e exposição a pesticidas entre agricultores do sexo masculino, e potenciais interações entre exposições e polimorfismo genético de NQO1 e SOD2.	Trabalhadores agrícolas do sexo masculino no Egito têm maior risco do que outros homens de desenvolver câncer de bexiga, associado à exposição a pesticidas. É possível a contribuição de origens genéticas suscetíveis.
A4	Examinar o uso cumulativo e mais recente de pesticidas com o comprimento relativo dos telômeros (RTL) medido no DNA do sangue de participantes do Agricultural Health Study (AHS).	Os achados sugerem que o uso cumulativo e mais recente de certos pesticidas pode estar ligado a alterações no RTL, que pode ser um potencial intermediário em certas doenças. A associação mais forte foi para 2,4-D e TL mais curto, que foi significativamente limítrofe após a contabilização de comparações múltiplas.
A5	Avaliar danos ao DNA em trabalhadores agrícolas intensivos expostos a pesticidas, determinando os níveis de N7-metildesoxi-guanosina (N7-MedG).	Em trabalhadores de agricultura intensiva, a maior exposição a pesticidas aumentou os níveis de alquilação do DNA, demonstrando genotoxicidade. Indivíduos expostos e com genótipos metabólicos suscetíveis herdados (particularmente, genótipo nulo para GSTM1 e PON1 192 Ralelo) parecem ter risco aumentado para dano genotóxico ao DNA.

Quadro 3. Objetivos e conclusões apresentadas nos estudos selecionados

Art	Objetivo	Conclusões
A6	Avaliar o risco de tumor sólido na AHS sobre exposição a diazinon.	A avaliação atualizada do diazinon fornece evidências adicionais de uma associação com o risco de câncer de pulmão.
A7	Identificar fatores de risco ocupacional para câncer de próstata em agricultores, com foco em tarefas específicas.	A análise sugere que o risco de câncer de próstata é aumentado em várias atividades agrícolas (criação de bovinos e suínos, pastagens e fruticultura) e para algumas tarefas, incluindo o uso de pesticidas.
A8	Investigar associações entre o uso de pesticidas e o risco de câncer hematológico.	Neste grande estudo norte-americano sobre MM e uso de pesticidas, observaram-se aumentos significativos no risco de MM para o uso de carbaril, captan e DDT.
A9	Investigar a associação entre a agricultura (um substituto por exposição a pesticidas) e câncer na área suburbana de Vercelli (Nordeste da Itália).	O estudo de caso-controle de base populacional mostrou que agricultores, em comparação a não agricultores, têm chance maior de desenvolver vários tipos de câncer, sugerindo associação plausível entre a exposição a pesticidas e ocorrência da doença.
A10	Avaliar o uso de 43 pesticidas e 654 casos de câncer de pulmão após 10 anos de acompanhamento adicional no AHS.	As análises fornecem evidências adicionais para uma associação entre o uso de pendimetalina, dieldrin e paration e risco de câncer de pulmão. Encontrou-se uma associação entre o clorimuron etílico e o câncer de pulmão. A exposição prolongada a um baixo nível de misturas de pesticidas pode ser crítica para o desenvolvimento de câncer.
A11	Investigar o impacto do trabalho agrícola na morbidade do câncer (tumores cerebrais malignos) na população agrícola.	Observou-se uma relação significativa entre tumor cerebral e atividade agrícola na Itália.
A12	Análise sistemática da incidência de câncer por subgrupo ocupacional de agricultores.	A exposição a pesticidas pode ter contribuído para o aumento dos riscos de câncer hematopoiético, enquanto o aumento dos riscos de câncer de lábio e melanoma pode ser atribuído à exposição ao sol.
A13	Comparar a incidência de câncer na coorte (em geral, por sexo, por trabalho na fazenda, situação ocupacional e uso de pesticidas) com a população em geral.	Encontrou-se um aumento na incidência de câncer de próstata, melanoma e mieloma múltiplo (MM). O risco foi maior no sexo masculino, em trabalhadores rurais para câncer de próstata e lábio, em trabalhadoras agrícolas para melanoma e para MM. A incidência de MM e melanoma foi maior entre homens e mulheres usuários de pesticidas.
A14	Avaliar a associação entre eventos de exposição a pesticidas (HPEEs) excepcionalmente altos e DNAm entre aplicadores de pesticidas no Agricultural Health Study (AHS).	HPEEs não específicos podem contribuir para o aumento de DNAm em GSTp1 e, em alguns grupos, redução de DNAm em MGMT e LINE-1. Os impactos dessas alterações no desenvolvimento da doença não são claros, mas o DNAm do promotor GSTp1 elevado e a subsequente inativação do gene têm sido consistentemente associados ao Câncer de próstata.
A15	Determinar a distribuição de frequência de GSTT1 e GSTM1 em trabalhadores agrícolas em Punjab, Índia, e investigar sua contribuição para a suscetibilidade os danos genéticos, fatores de risco ambiental, predisposição ao câncer e risco de doenças futuras.	A ausência de ambas as cópias do GSTM1 pode levar a uma atividade conjugal diminuída. Consequentemente, o acúmulo resultante de pesticidas ou seus produtos intermediários pode ser um fator de risco potencial para danos citogenéticos aumentados, vários tipos de câncer, distúrbios reprodutivos e outros efeitos adversos à saúde.
A16	Avaliar os efeitos genéticos e epigenéticos em sojicultores expostos a agrotóxicos e sua relação com mecanismos de estresse oxidativo.	Há interferência da mistura de pesticidas em diferentes processos de regulação celular (sinalização, comunicação e diferenciação celular, ciclos mitóticos e apoptose, organização de mitocôndrias e cromatina). A exposição dos sojicultores pode estar associada a indução de dano ao DNA, observado no sangue periférico e nas células bucais. MN. Os dados indicam que a instabilidade genética persistente associada à hipermetilação do DNA, após exposição prolongada a um baixo nível de misturas de pesticidas, pode ser crítica para efeitos adversos à saúde, como o câncer.

Quadro 3. Objetivos e conclusões apresentadas nos estudos selecionados

Art	Objetivo	Conclusões
A17	Avaliar as associações entre várias culturas e tarefas relacionadas e o risco de câncer de pulmão, em geral e por subtipos histológicos.	Os resultados sugerem associações entre o câncer de pulmão e várias tarefas relacionadas à colheita, mesmo que não possamos descartar alguns achados casuais devido a comparações múltiplas.
A18	Investigar a relação entre a exposição ocupacional a diversos agrotóxicos e a presença de danos no DNA e estresse oxidativo.	Os indivíduos expostos a agrotóxicos estão mais sujeitos a danos genéticos e, consequentemente, mais susceptíveis a doenças decorrentes desses danos.
A19	Avaliar os efeitos genotóxicos em trabalhadores rurais expostos à fumaça de cigarro e/ou a agrotóxicos e identificar possíveis padrões de classificação nos grupos de exposição.	A exposição de trabalhadores agrícolas brasileiros a agrotóxicos e/ou tabaco aumentou anormalidades nucleares em células epiteliais orais esfoliadas. No entanto, a exposição concomitante a esses xenobióticos não levou a um efeito aditivo ou potencializador. Esse potencial genotóxico é alarmante, indica risco aumentado de câncer bucal.
A20	Usar a metabolômica baseada em espectrometria de massa para investigar as perturbações metabólicas induzidas pelos pesticidas nas amostras de urina e saliva de agricultores de Madhya Pradesh, na Índia.	Sugere-se que o estresse oxidativo devido à complexa exposição a pesticidas causa distúrbios no metabolismo de aminoácidos e energia.
A21	Avaliar o papel do trabalho agrícola, exposição a pesticidas e idade na primeira exposição ao trabalho agrícola no risco de câncer de mama entre mulheres hispânicas na Califórnia Central.	O trabalho agrícola pode estar associado ao aumento do risco de câncer de mama em trabalhadoras agrícolas hispânicas.
A22	Analisar a frequência de uso e o conhecimento sobre efeitos negativos da aplicação de pesticidas e sua relação com danos à saúde dos habitantes de Ejido Guadalupe Victoria, de Nuevo Casas Grandes.	Há uma grande incidência de casos de câncer, principalmente em pessoas adultas, que manipulam esse tipo de produto (praguicida) em toda a sua vida.
A23	Avaliar associações entre exposições potenciais a herbicidas e fungicidas carbamato e a incidência de tumores do SNC, em geral e por subtipo histológico.	Embora algumas associações precisem ser corroboradas em estudos posteriores e devam ser interpretadas cautelosamente, esses achados fornecem evidências adicionais de carcinogenicidade para vários fungicidas carbamato e herbicidas.
A24	Estimar novos biomarcadores para a previsão precoce de malignidade hepática devido à exposição ocupacional a pesticidas em dois grupos de trabalhadores com padrão socioeconômico diferente.	Houve um aumento significativo no dano ao DNA, com encurtamento do comprimento dos telômeros e variação na atividade da enzima telomerase, sendo a maioria desses danos relacionados aos níveis elevados de BuChE. Além disso, os resultados ilustraram que indivíduos expostos a pesticidas com genótipo GSTT1 foram sugeridos como mais suscetíveis a hepatotoxicidade e carcinogenicidade.
A25	Avaliar NIC (nível de instabilidade cromossômica) em agricultores expostos a pesticidas no departamento de Cundinamarca, Colômbia.	Identificou variantes cromossômicas (CVs) e CAs não relatadas anteriormente em agricultores expostos a pesticidas. Sugere um efeito deletério dos agrotóxicos nos cromossomos, bem como a associação entre eles com um aumento significativo da NIC.
A26	Investigar a saúde ocupacional dos trabalhadores da agricultura convencional e ecológica.	Os agricultores convencionais expostos a pesticidas em plantações de banana manifestam um nível aumentado de danos genotóxicos e citotóxicos agudos, considerados como um indicador de maior risco de desenvolver câncer.
A27	Investigar a relação entre a exposição ocupacional a agrotóxicos e o perfil imunológico de 43 agricultores expostos a misturas de agrotóxicos há pelo menos 15 anos.	O constante estímulo antigênico durante a exposição a pesticidas pode favorecer o recrutamento de células dendríticas e macrófagos na pele e aparelho respiratório. Nos órgãos linfoides secundários, as células CD4T e B estão sofrendo exaustão proliferativa, com consequente depleção de todas as subpopulações B maduras. Resulta em queda da imunidade humoral devido à sua ação citotóxica.

Quadro 3. Objetivos e conclusões apresentadas nos estudos selecionados

Art	Objetivo	Conclusões
A28	Avaliar associações entre o CaP agressivo e o uso de 39 pesticidas adicionais não considerados anteriormente, adicionando 13 anos de tempo de acompanhamento e 811 casos adicionais de CaP agressivo.	Encontrou-se um risco significativamente elevado de CaP agressivo entre os usuários do inseticida OP dimetoato e uma associação inversa entre o uso do herbicida triclopir.
A29	Determinar os marcadores dos níveis de estresse oxidativo (GSH, GSSG, grupos carbonila, metabólitos do óxido nítrico e peróxidos lipídicos), bem como a alteração da fluidez da membrana mitocondrial causada pela exposição ocupacional a organofosforados e carbamatos em agricultores.	A exposição a OPs e carbamatos mostrou aumento nos níveis de carbonila, NO 2-/NO 3 -, lipoperoxidação e alta fluidez da membrana mitocondrial e diminuição na concentração de GSH e GSSG em agricultores expostos/não expostos. Ao avaliar os grupos A, B, C e D por anos de exposição, observou-se leve aumento nos marcadores oxidativos e na fluidez de membrana naqueles com mais de 21 anos de uso (C e D). Os resultados mostram níveis aumentados de estresse oxidativo em agricultores expostos, particularmente, nos níveis de fluidez da membrana (3x vezes em contraste com o grupo não exposto).

Fonte: elaboração própria, 2024.

Com relação aos objetivos dos estudos apresentados nas bibliografias, a maioria remete a: 1) biomarcadores para previsão precoce de câncer (estudos de caso-controle e ensaios clínicos); e 2) associações de risco (dados sociodemográficos, uso de agrotóxicos, tipos de pesticidas, exposição aos produtos, frequência e duração da exposição e tarefas agrícolas).

Grande parte dos artigos aponta para uma predisposição ao câncer ($n = 14$), sendo eles estudos epidemiológicos, analíticos de caso-controle e experimentais, por meio de ensaios clínicos. Utilizam análises laboratoriais para verificar danos genéticos^{30,40-42,44,45,52} e/ou estresse oxidativo^{42,44,45,52,55}, além de distúrbios metabólicos⁴⁶ e perfil imunológico⁵³, todos fatores contributivos ao desenvolvimento de câncer.

Outros estudos estão direcionados a tipos específicos de câncer, como o de mama⁴⁷, próstata^{33,40}, sistema nervoso central^{27,37,49}, pulmão^{32,36,43}, além de risco ou incidência para qualquer tipo de câncer^{38,39,41,48,52}.

Existe uma diversidade de agrotóxicos utilizados pelos agricultores, com resultados associados à utilização de produtos de maneira isolada ou combinada. Evidenciou-se a utilização de diferentes tipos de agrotóxicos com câncer de pulmão^{32,36}, hematológico³⁴, mama⁴⁷ e próstata⁵⁴.

Discussão

É importante ressaltar as coortes: Agricultural Health Study (AHS), dos EUA, de aplicadores de agrotóxicos licenciados, inscritos entre 1993 e 1997; e a AGRICulture and CANcer (AGRICAN), da França, de afiliados ao esquema de seguro de saúde agrícola, inscritos de 2005 a 2007, das quais decorreram vários estudos desta revisão. Os estudos de coorte são os mais capazes de levantar hipóteses etiológicas, fornecendo medidas de incidência e de risco, e, em sua maioria, baseiam-se em grupos expostos a um fator de risco presumido como causa de doença a ser detectada futuramente⁵⁶. Constituem-se, neste contexto, como fatores preditivos que, se controlados, podem retardar ou mesmo evitar o aparecimento de uma doença.

O Brasil se destaca por seu grande mercado agrícola. A estimativa de abril de 2023 para a safra brasileira de cereais, leguminosas e oleaginosas alcançou 302,1 milhões de toneladas, o que corresponde a um acréscimo de 14,8% em relação a 2022, crescimento de 39,0 milhões de toneladas. O arroz, o milho e a soja são os três principais produtos desse grupo, que, juntos, correspondem a 92,3% da estimativa de produção e ocupam 87,3% da área

prevista para a colheita⁵⁷. A soja é o cultivo com maior uso de agrotóxicos e representou 55,69% das vendas totais de agrotóxicos⁵⁸. A quantidade de hectares cultivados e as grandes monoculturas são responsáveis pelo consumo da maior parte de agrotóxicos utilizados no País, o que justifica o expressivo número de estudos desenvolvidos e o alerta produzido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)⁵ com relação ao uso cumulativo e gradualmente aumentado de agrotóxicos e seus consequentes riscos, entre os quais, o desenvolvimento de diferentes tipos de câncer.

Percebe-se que a maioria dos estudos apresentou significância estatística para a associação entre os agrotóxicos e o câncer, 81% (n = 29). O número predominante de artigos que validam a existência dessa relação aponta para o risco aumentado de câncer aos que são expostos a esses produtos.

Nos artigos analisados, a associação entre desenvolvimento de câncer e uso de agrotóxicos destacou fatores como sexo masculino^{27-29,38,39}, ser trabalhador agrícola^{28,35,37-39}, frequência e duração da exposição aos agrotóxicos^{29,30,31,43}, tipos específicos de pesticidas^{32,34,36,47,54} e o uso de agrotóxicos^{33,47,48,52} como variáveis que predis põem o aparecimento dessa doença. A grande maioria dos estudos apontou a exposição aos agrotóxicos^{35,40-42,44-46,49-53,55} como causa ou fator determinante para danos celulares contributivos ao aparecimento de câncer.

Assim, ser agricultor confere um risco mais elevado de aparecimento de câncer em comparação a trabalhadores não agrícolas^{28,37}, ou seja, quanto maior a exposição, maior o risco²⁹. Vários dos estudos que confirmam a relação entre a exposição a agrotóxicos e o risco de desenvolver um câncer indicam que este é aumentado quando os agricultores não utilizam os equipamentos de proteção individual recomendados em cada país^{33,42,44,47,48,52,53}. O número de estudos que apresentam o não uso desses equipamentos de proteção como um dos determinantes do surgimento do câncer permite afirmar que se trata de um

comportamento a ser modificado em todo o mundo (independentemente do grau de desenvolvimento), por meio de ações educativas e de suporte tecnológico adequadas e eficazes.

Além da exposição aos agrotóxicos, as atividades profissionais desenvolvidas pelos agricultores em cada fase de plantio, como o preparo da calda, a aplicação, a pulverização, a colheita^{33,37}, além do estilo de vida^{30,31,33,36,39,45,51,54} e das características do ambiente, podem ser fatores que aumentam o risco para a doença^{27,28}. Outros estudos, em menor número, não perceberam diferença na incidência de câncer entre agricultores e a população em geral^{38,39}.

Vários autores concluem que a exposição aos agrotóxicos aumenta a chance de desenvolvimento de câncer^{29,32-34,49} ou os apresenta como principal indutor de tumores³⁷. Nesse sentido, pesquisas devem ser desenvolvidas com o propósito de produzir substâncias cada vez menos agressivas ao ambiente e aos seres vivos em geral, além de produzir protocolos internacionais que proibam agrotóxicos extremamente tóxicos de serem usados em todo o mundo⁵.

Importante destacar que 12 entre os 29 estudos analisados realizaram ajustes para os fatores de risco ao aparecimento de câncer. Isso é importante para aumentar a qualidade da evidência e atesta a preocupação dos pesquisadores com a precisão dos dados apresentados. Assim, pela complexidade do tema em questão, o ajuste de variáveis permite análises que reforçaram a evidência entre a exposição ocupacional e o aparecimento da doença^{28,29,49}. Os ajustes mais utilizados foram para dados sociodemográficos: idade, sexo, etnia, escolaridade; hábitos de tabagismo e etilismo; e histórico familiar de câncer.

Ressalta-se que o câncer de pele, como melanoma, não melanoma e câncer de lábio, foram evidenciados em três dos estudos^{35,38,39}, mas não foram considerados nesta análise, devido à grande relação com a exposição solar³⁸, o que pode resultar em um outro viés de análise, comprometendo os resultados obtidos nos referidos estudos.

Conclusões

A relação entre a utilização de agrotóxicos e o aparecimento de câncer tem sido objeto de estudo de diversas pesquisas em diferentes continentes na última década. Para o presente estudo, foram selecionados 36 artigos, dos quais, 81% (n = 29) obtiveram significância estatística dessa relação, o que demonstra como possível o nexo causa e efeito, sobretudo com os ajustes para os fatores de confusão.

Assim, o conjunto de dados desta revisão de escopo mostra que ser agricultor e estar exposto aos agrotóxicos confere um maior risco de desenvolvimento de câncer em relação a indivíduos não expostos.

São diferentes os tipos de câncer que foram relatados, em especial, câncer de pulmão, hematopoiético e o de próstata. É importante evidenciar, também, que os agricultores utilizaram uma variedade de produtos e combinações de compostos.

Além das tipologias de câncer evidenciadas, 14 (48%) estudos apontaram biomarcadores para a previsão precoce de câncer. Diante disso, há comprovações das diferenciações (ou comprometimento celular) que os produtos podem provocar no organismo humano, especialmente com relação ao metabolismo celular, como danos no DNA e estresse oxidativo.

Pesquisas de caso-controle e coorte dominaram o cenário da revisão, utilizando estatística inferencial com diversos e diferentes tipos de testes estatísticos. Houve um número diversificado de participantes em cada estudo.

Importante enfatizar que é de competência dos profissionais de saúde relacionar os variados fatores de risco que envolvem a condição de saúde dos usuários, como o ofício de ser agricultor. Os profissionais devem estar aptos a identificar, analisar e implementar medidas que minimizem riscos com base nas evidências encontradas e nos conhecimentos da prática profissional, bem como diagnosticar precocemente e oferecer tratamento adequado a essa população.

Diante da problemática que envolve a saúde pública pela utilização incorreta dos agrotóxicos, Políticas Públicas precisam ser implementadas a fim de que haja controle e garantia da segurança na manipulação dos produtos pelos agricultores, tendo em vista que, segundo a literatura, é estabelecida a relação entre o uso de agrotóxicos e o desenvolvimento de câncer.

Colaboradores

Cioato FM (0000-0003-1184-7947)* e Stedile NLR (0000-0001-6658-5353)* contribuíram para aquisição, análise e interpretação de dados para o trabalho, revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual importante e aprovação final do manuscrito. Lucas JIP (0000-0002-6307-1338)* contribuiu para garantir que questões relacionadas com precisão ou integridade de qualquer parte do trabalho fossem adequadamente investigadas e resolvidas e aprovação final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Presidência da República (BR). Lei nº 14.785, de 27 de dezembro de 2023. Dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem, a rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e das embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, de produtos de controle ambiental, de seus produtos técnicos e afins; revoga as Leis nºs 7.802, de 11 de julho de 1989, e 9.974, de 6 de junho de 2000, e partes de anexos das Leis nºs 6.938, de 31 de agosto de 1981, e 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 dez 28; Edição 246; Seção I:28.
2. Kim KH, Kabir E, Jahan SA. Exposure to pesticides and the associated human health effects. *Sci Total Environ.* 2017;575:525-535. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2016.09.009>
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ambiente, trabalho e câncer: aspectos epidemiológicos, toxicológicos e regulatórios [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2021 [acesso em 2024 jan 31]. 293 p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//ambiente_trabalho_e_cancer_-_aspectos_epidemiologicos_toxicologicos_e_regulatorios.pdf
4. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (PR). Superintendência de Atenção à Saúde. Linha Guia da Atenção às Populações Expostas aos Agrotóxicos [Internet]. 1. ed. Curitiba: Sesa; 2018 [acesso em 2022 out 14]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/linhaguiagrotoxicos.pdf.
5. Carneiro FF, Augusto LGS, Rigotto ARM, et al. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde [Internet]. Rio de Janeiro, São Paulo: Expressão Popular; 2015 [acesso em 2024 fev 1]. 628 p. Disponível em: <https://abrasco.org.br/download/dossie-abrasco-um-alerta-sobre-os-impactos-dos-agrotoxicos-na-saude/>
6. Bombardi LM. Geografia do Uso de Agrotóxicos no Brasil e Conexões com a União Europeia [Internet]. São Paulo: FFLCH – USP; 2017 [acesso em 2024 fev 1]. 296 p. Disponível em: <https://conexaoagua.mpf.br/arquivos/agrotoxicos/05-larissa-bombardi-atlas-agrotoxico-2017.pdf>
7. Londres F. Agrotóxicos no Brasil: um guia para ação em defesa da vida [Internet]. Rio de Janeiro: AS-PTA – Assessoria e Serviços a Projetos em Agricultura Alternativa; 2011 [acesso em 2024 jan 14]. 191 p. Disponível em: <https://br.boell.org/sites/default/files/agrotoxicos-no-brasil-mobile.pdf>
8. Ministério da Saúde (BR); Instituto Nacional do Câncer. O que é câncer? [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2024 jan 24]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer#>
9. Ministério da Saúde (BR); Instituto Nacional do Câncer. Agrotóxico [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2024 jan 24]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/exposicao-no-trabalho-e-no-ambiente/agrotoxico>.
10. Sarpa M, Friedrich K. Exposição a agrotóxicos e desenvolvimento de câncer no contexto da saúde coletiva: o papel da agroecologia como suporte às políticas públicas de prevenção do câncer. *Saúde debate.* 2022;46(esp2):407-425. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E227>
11. Bellei TT, Stedile NLR. Relação entre risco de câncer e trabalho na agricultura: uma análise a partir dos dados do Instituto Nacional do Câncer. *Rev Sul-Bras Enferm.* 2020;32:26-35.
12. Pluth TB, Zanini LAG, Battisti IDE. Pesticide exposure and cancer: an integrative literature review. *Saúde debate.* 2019;43(122):906-924. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912220>

13. Friedrich K, Silveira GR, Amazonas JC, et al. Situação regulatória internacional de agrotóxicos com uso autorizado no Brasil: potencial de danos sobre a saúde e impactos ambientais. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(4):e00061820. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00061820>
14. Costa VIB, Mello MSC, Friedrich K. Exposição ambiental e ocupacional a agrotóxicos e o linfoma não Hodgkin. *Saúde debate*. 2017;41(112):49-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711205>
15. Pluth TB, Zanini LAG, Battisti IDE, et al. Epidemiological profile of cancer patients from an area with high pesticide use. *Saúde debate*. 2020;44(127):1005-1017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012705>
16. Silva AMC, Soares MR, Silva NA, et al. Environmental and occupational exposure among cancer patients in Mato Grosso, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2022;25:e220018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220018.supl.1>
17. Brust RS, Oliveira LPM, Silva ACSS, et al. Epidemiological profile of farmworkers from the state of Rio de Janeiro. *Rev Bras Enferm*. 2019;72:122-128. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0555>
18. Cordeiro L, Soares CB. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa [Internet]. BIS. 2019 [acesso em 2024 jan 31];20(2):37-43. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1021863>
19. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, et al. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol*. 2018;18(1):143. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
20. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2016;16:15. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4>
21. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n71>
22. Lucas JIP, Stedile NLR, Cioato FM. Protocolo de Revisão de Escopo. OSF. 2024. DOI: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/8RC4Z>
23. Kottner J, Audigé L, Brorson S, et al. Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS) were proposed. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(1):96-106. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.03.002>
24. McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochem Med (Zagreb)*. 2012;22(3):276-282.
25. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-174
26. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013. 269 p.
27. Miranda-Filho AL, Monteiro GT, Meyer A. Brain cancer mortality among farm workers of the State of Rio de Janeiro, Brazil: a population-based case-control study, 1996-2005. *Int J Hyg Environ Health*. 2012;215(5):496-501. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2011.10.007>
28. Boccolini PMM, Asmus CIRE, Chrisman JR, et al. Stomach cancer mortality among agricultural workers: results from a death certificate-based case-control study. *Cad Saúde Colet*. 2014;22(1):86-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400010013>
29. Amr S, Dawson R, Saleh DA, et al. Pesticides, gene polymorphisms, and bladder cancer among Egyptian agricultural workers. *Arch Environ Occup Health*. 2015;70(1):19-26. DOI: <https://doi.org/10.1080/19338244.2013.853646>
30. Andreotti G, Hoppin JA, Hou L, et al. Pesticide Use and Relative Leukocyte Telomere Length in the Agricultural Health Study. *PLoS One*. 2015;10(7):e0133382. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133382>

31. Gómez-Martín A, Altakroni B, Lozano-Paniagua D, et al. Increased N7-methyldeoxyguanosine DNA adducts after occupational exposure to pesticides and influence of genetic polymorphisms of paraoxonase-1 and glutathione S-transferase M1 and T1. *Environ Mol Mutagen*. 2015;56(5):437-445. DOI: <https://doi.org/10.1002/em.21929>
32. Jones RR, Barone-Adesi F, Koutros S, et al. Incidence of solid tumours among pesticide applicators exposed to the organophosphate insecticide diazinon in the Agricultural Health Study: an updated analysis. *Occup Environ Med*. 2015;72(7):496-503. DOI: <https://doi.org/10.1136/oemed-2014-102728>
33. Lemarchand C, Tual S, Levêque-Morlais N, et al. Cancer incidence in the AGRICAN cohort study (2005-2011). *Cancer Epidemiol*. 2017;49:175-185. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2017.06.003>
34. Presutti R, Harris SA, Kachuri L, et al. Pesticide exposures and the risk of multiple myeloma in men: An analysis of the North American Pooled Project. *Int J Cancer*. 2016;139(8):1703-1714. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijc.30218>
35. Salerno C, Carcagnì A, Sacco S, et al. An Italian population-based case-control study on the association between farming and cancer: Are pesticides a plausible risk factor?. *Arch Environ Occup Health*. 2016;71(3):147-156. DOI: <https://doi.org/10.1080/19338244.2015.1027808>
36. Bonner MR, Freeman LE, Hoppin JA, et al. Occupational Exposure to Pesticides and the Incidence of Lung Cancer in the Agricultural Health Study. *Environ Health Perspect*. 2017;125(4):544-551. DOI: <https://doi.org/10.1289/EHP456>
37. Fallahi P, Foddìs R, Cristaudo A, et al. High risk of brain tumors in farmers: a mini-review of the literature, and report of the results of a case control study. *Clin Ter*. 2017;168(5):e290-e292. DOI: <https://doi.org/10.7417/T.2017.2022>
38. Kachuri L, Harris MA, MacLeod JS, et al. Cancer risks in a population-based study of 70,570 agricultural workers: results from the Canadian census health and Environment cohort (CanCHEC). *BMC Cancer*. 2017;17(1):343. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3346-x>
39. Lemarchand C, Tual S, Boulanger M, et al. Prostate cancer risk among French farmers in the AGRICAN cohort. *Scand J Work Environ Health*. 2016;42(2):144-152. DOI: <https://doi.org/10.5271/sjweh.3552>
40. Rusiecki JA, Beane Freeman LE, Bonner MR, et al. High pesticide exposure events and DNA methylation among pesticide applicators in the agricultural health study. *Environ Mol Mutagen*. 2017;58(1):19-29. DOI: <https://doi.org/10.1002/em.22067>
41. Ahluwalia M, Kaur A. Modulatory role of GSTT1 and GSTM1 in Punjabi agricultural workers exposed to pesticides. *Environ Sci Pollut Res Int*. 2018;25(12):11981-11986. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11356-018-1459-7>
42. Benedetti D, Lopes Alderete B, Souza CT, et al. DNA damage and epigenetic alteration in soybean farmers exposed to complex mixture of pesticides. *Mutagenesis*. 2018;33(1):87-95. DOI: <https://doi.org/10.1093/mutage/gex035>
43. Boulanger M, Tual S, Lemarchand C, et al. Lung cancer risk and occupational exposures in crop farming: results from the AGRICulture and CANcer (AGRICAN) cohort. *Occup Environ Med*. 2018;75(11):776-785. DOI: <https://doi.org/10.1136/oemed-2017-104976>
44. Jacobsen-Pereira CH, Santos CR, Maraslis FT, et al. Markers of genotoxicity and oxidative stress in farmers exposed to pesticides. *Ecotoxicol Environ Saf*. 2018;148:177-183. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecoenv.2017.10.004>
45. Tomiazzi JS, Judai MA, Nai GA, et al. Evaluation of genotoxic effects in Brazilian agricultural workers exposed to pesticides and cigarette smoke using machine-learning algorithms. *Environ Sci Pollut Res Int*. 2018;25(2):1259-1269. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11356-017-0496-y>

46. Ch R, Singh AK, Pathak MK, et al. Saliva and urine metabolic profiling reveals altered amino acid and energy metabolism in male farmers exposed to pesticides in Madhya Pradesh State, India. *Chemosphere*. 2019;226:636-644. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chemosphere.2019.03.157>
47. Mills PK, Dodge JL, Bush J, et al. Agricultural Exposures and Breast Cancer Among Latina in the San Joaquin Valley of California. *J Occup Environ Med*. 2019;61(7):552-558. DOI: <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001598>
48. Ordoñez-Beltrán V, Frías-Moreno MN, Parra-Acosta H, et al. Estudio sobre el uso de plaguicidas y su posible relación con daños a la salud. *Rev Toxicol* [Internet]. 2019 [acesso em 2024 fev 1];36(2):148-153. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7180172>
49. Piel C, Pouchieu C, Carles C, et al. Agricultural exposures to carbamate herbicides and fungicides and central nervous system tumour incidence in the cohort AGRICAN. *Environ Int*. 2019;130:104876. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.envint.2019.05.070>
50. Saad-Hussein A, Beshir S, Taha MM, et al. Early prediction of liver carcinogenicity due to occupational exposure to pesticides. *Mutat Res Genet Toxicol Environ Mutagen*. 2019;838:46-53. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mrgentox.2018.12.004>
51. Cepeda S, Forero-Castro M, Cárdenas-Nieto D, et al. Chromosomal instability in farmers exposed to pesticides: High prevalence of clonal and non-clonal chromosomal alterations. *Risk Manag Healthc Policy*. 2020;13:97-110. DOI: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S230953>
52. Hutter HP, Poteser M, Lemmerer K, et al. Indicators of genotoxicity in farmers and laborers of ecological and conventional banana plantations in Ecuador. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(4):1435. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17041435>
53. Jacobsen-Pereira CH, Cardoso CC, Gehlen TC, et al. Immune response of Brazilian farmers exposed to multiple pesticides. *Ecotoxicol Environ Saf*. 2020;202:110912. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecoenv.2020.110912>
54. Pardo LA, Beane Freeman LE, Lerro CC, et al. Pesticide exposure and risk of aggressive prostate cancer among private pesticide applicators. *Environ Health*. 2020;19(1):30. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12940-020-00583-0>
55. Salazar-Flores J, Pacheco-Moisés FP, Ortiz GG, et al. Occupational exposure to organophosphorus and carbamates in farmers in La Cienega, Jalisco, Mexico: oxidative stress and membrane fluidity markers. *J Occup Med Toxicol*. 2020;15:32. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12995-020-00283-y>
56. Madalosso G, Alexandre LBSP. A aplicação da metodologia de pesquisa epidemiológica. In: Alexandre LBSP. *Epidemiologia aplicada nos serviços de saúde*. São Paulo: Martinari; 2012. p. 89-112.
57. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Levantamento Sistemático da Produção Agrícola Estatística da Produção Agrícola [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [acesso em 2023 maio 12]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2415/epag_2023_abr.pdf
58. Carbonar A, Andrade A, Lenat A, et al. Impactos do aumento de impostos de defensivos agrícolas [Internet]. Estudo realizado para o Sindicato Nacional da Indústria de Produtos para Defesa Vegetal – SINDI-VEG. Brasília, DF: Barral M Jorge Consultores Associados; 2017 [acesso em 2023 ago 11]. 160 p. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/416339142/evento-206-3>

Recebido em 21/02/2024

Aprovado em 02/01/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto

Medicamentos de Alto Custo: definições presentes na produção científica e acadêmica brasileira sobre judicialização em saúde

Definitions of high-cost medicines present in Brazilian scientific and academic literature on health judicialization

Rosângela Caetano¹, Ione Ayala Gualandi de Oliveira¹, Livia Mattos², Patrícia Krauze³, Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro³

DOI: 10.1590/2358-289820251449329P

RESUMO O estudo objetivou identificar as definições e compreensões existentes sobre Medicamentos de Alto Custo (MAC) na produção científica e acadêmica brasileira relacionada à judicialização de medicamentos. A revisão de escopo seguiu a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute. As bases bibliográficas Medline, Embase, Lilacs, Web of Science e Scopus, e a Biblioteca Digital de Teses e Dissertações foram pesquisadas em busca de estudos empíricos relacionados à judicialização de medicamentos que incluíssem MAC, publicadas ou defendidas no período de 2005-2022. Foram incluídos 62 artigos científicos e 66 dissertações e teses. Definições explícitas de MAC foram muito pouco frequentes nos estudos incluídos e estavam presentes em apenas 19,1% dos artigos e 15,2% dos produtos acadêmicos. Núcleos de significado mais presentes estavam relacionados ao alto custo unitário do medicamento ou medicamentos com valor total de tratamento elevado, decorrentes da cronicidade da doença, produzindo impacto financeiro no orçamento familiar. Outras relações de sentido foram: medicamentos 'novos', sem registro sanitário no País, fora das listas de financiamento, com foco em doenças raras e genéticas ou com especificidades relativas à sua aquisição e dispensação. A imprecisão conceitual identificada dificulta uma visão mais clara da importância desse grupo no cenário da judicialização de medicamentos no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE Preparações farmacêuticas. Judicialização em saúde. Tecnologia de alto custo. Assistência farmacêutica. Revisão.

ABSTRACT The study aimed to single out definitions and interpretations regarding high-cost medicines in the scientific and academic literature on health litigation. A scoping review followed the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute. MEDLINE, EMBASE, LILACS, Web of Science and Scopus, and the Digital Library of Dissertations and Theses were searched for empirical studies on litigation for access to medicines that included high-cost drugs, published or presented between 2005 and 2022. A total of 62 scientific papers and 66 dissertations and theses were selected. Explicit definitions of high-cost medicines were scarce, presented in just 19.1% of papers and 15.2% of the academic output. Among the most available core themes were those related to high unit or overall treatment cost of medicines, resulting from chronic conditions, and generating financial impact on household budgets. Other patterns of meaning that emerged were: 'new' medicines without marketing approval in the country, medicines absent from funding lists, drugs for genetic or rare diseases, or those with specificities regarding procurement or dispensing. Conceptual imprecision in the field of high-cost drugs hinders a clear viewpoint of the importance of this group of medicines in the scenario of health litigation in Brazil.

KEYWORDS Pharmaceutical preparations. Health judicialization. Technology, high-cost. Pharmaceutical services. Review.

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. caetano.r@gmail.com

²Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Em todo o mundo, medicamentos são preocupação crescente dos gestores dos sistemas de saúde porque seus custos são componente importante – e em rápida elevação – das despesas com cuidados de saúde^{1,2}. Essa tendência de aumento deve se intensificar, porque a indústria farmacêutica vem mudando seu foco de pesquisa e produção de pequenas moléculas sintéticas para o lançamento de produtos farmacêuticos especializados, muitos de base biológica, que frequentemente são utilizados por poucos indivíduos, possuem preços elevados e são comercializados por pequeno número de distribuidores³.

Medicamentos são também um dos principais impulsionadores da judicialização à saúde no Brasil⁴, sobretudo no tocante aos entes públicos. Gastos com o atendimento de demandas judiciais, como proporção do total de despesas do Ministério da Saúde com medicamentos, se elevaram de 4,0% para 7,4%, entre 2012 e 2018⁵. Esses gastos foram da ordem de R\$ 1,78 bilhões em 2021⁶. Também, para estados e municípios, as demandas judiciais por medicamentos têm crescido em número e em valores, e parte delas está relacionada a Medicamentos de Alto Custo (MAC)^{7,8}.

Em nenhuma das revisões que abordam as principais características associadas à judicialização de medicamentos no País existe um enfoque específico sobre MAC, ainda que frequentemente façam parte dos produtos judicializados⁹⁻¹². Mesmo quando o termo medicamentos de ‘alto custo’ é mencionado, carece de uma definição uniforme e precisa¹³.

Libanore¹⁴ empreendeu uma revisão abrangente da literatura com o intuito de examinar o conceito de MAC no Sistema Único de Saúde (SUS). Apenas 24 dos 249 artigos apresentavam esses medicamentos como ponto central. Nenhuma definição formal foi encontrada, embora tenha sido identificado o uso frequente dos termos ‘excepcional’ e ‘especializado’ como sinônimos de ‘alto custo’.

Em vários países, há formas diferentes de assinalar MAC, que são definidas, muitas

vezes, de forma indireta, em razão de seu status patentário, seu tempo de entrada no mercado e dos custos diretos associados à sua utilização. O Brasil, contudo, não adota qualquer parâmetro financeiro para definir medicamentos considerados de alto custo ou de alto preço, ainda que o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) disponibilize medicamentos de uso ambulatorial de maior preço médio no SUS¹⁵.

Essa imprecisão conceitual impede visão mais clara da importância desse grupo no cenário da judicialização de medicamentos no Brasil, quer em termos de sua representatividade quer em termos de características específicas do processo. Assim, o objetivo da pesquisa foi examinar as definições e compreensões relativas aos ‘MAC’ existentes na produção científica e acadêmica nacional relacionada à judicialização na esfera pública, de sorte a contribuir para a conceituação dessa categoria de medicamentos.

Material e métodos

Este estudo é parte de uma revisão de escopo mais ampla realizada com o propósito de mapear e sistematizar a literatura acerca das demandas judiciais envolvendo MAC no Brasil, visando entender sua importância e características especiais¹⁶.

Revisões de escopo ajudam a identificar o estado atual de compreensão e a sumarizar conhecimentos existentes e lacunas informacionais relativas a uma temática específica, definindo-os em um cenário prático e de política¹⁷. Permitem o mapeamento das definições e limites conceituais de um tópico e a discussão de suas características, em termos de sua natureza, recursos e volume¹⁸.

A questão que norteou a revisão foi a existência de alguma definição, explicitamente disposta ou mesmo referida de forma mais subjetiva, do que seriam ‘MAC’ nos estudos científicos e acadêmicos sobre demandas judiciais de medicamentos no Brasil, e, quando

presentes, o que diziam essas definições ou compreensões identificadas.

A revisão seguiu a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute¹⁹, sendo seu relato orientado pelas diretrizes Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis for Scoping Reviews checklist (PRISMA-ScR)²⁰. O protocolo da revisão foi registrado antes de seu início na plataforma Open Science Framework²¹ e, na sequência, publicado¹⁶.

Utilizou-se o mnemônico P (População) C (Conceito) C (Contexto) para guiar a busca na literatura e os critérios de inclusão e exclusão utilizados, onde ‘População’ correspondeu aos estudos científicos e acadêmicos que têm como objeto a judicialização de medicamentos no Brasil, o ‘Contexto’ se relaciona à judicialização de MAC, e o ‘Conceito’, às características das demandas judiciais relacionadas aos MAC, registrados ou não na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que tiveram o ente público como réu, por exemplo, União, estado ou município.

Examinaram-se dois conjuntos de dados: i) artigos científicos publicados em revistas indexadas, e ii) Dissertações e Teses (D&T) produzidas por programas de pós-graduação *stricto sensu* das Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras.

Identificação dos estudos relevantes

Na busca dos artigos científicos, foram utilizadas as bases de referências bibliográficas Medline (via PubMed), Embase (via Periódicos Capes), Lilacs (via BVS), Scopus (via Periódicos Capes) e Web of Science (via Periódicos Capes). As estratégias de busca foram construídas de forma colaborativa e iterativa pelos revisores, com apoio de um bibliotecário. Consideraram-se descritores em saúde (MeSH Terms, DeCS e Emtree), quando disponíveis, e a presença nos títulos e resumos de termos específicos relacionados à judicialização da saúde, judicialização de medicamentos e Brasil, combinados com os operadores booleanos AND ou OR, a depender

da base eletrônica. As estratégias de busca detalhadas utilizadas em cada base foram depositadas e podem ser consultadas na plataforma de dados abertos Open Science Framework²².

As buscas foram realizadas no período de um a 15 de novembro de 2022, sem limites quanto ao idioma de publicação e tendo como filtro temporal inicial o ano de 2005, período a partir do qual se intensificaram as publicações relacionadas à judicialização de medicamentos no País. Alertas de novas publicações foram cadastrados nas bases Medline e Embase e acompanhados quinzenalmente até o fechamento da síntese.

A busca e inclusão de dissertações e teses considerou o fato de a judicialização em saúde e de medicamentos ser objeto frequente de produtos acadêmicos em nosso país, cujos resultados nem sempre resultam em publicações em periódicos nacionais ou estrangeiros^{23,24}.

Foi utilizada a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), que integra os sistemas de informação existentes em 144 IES brasileiras, permitindo seu registro e publicação disponibilizada em meio eletrônico. As buscas foram realizadas entre nove e doze de janeiro de 2023, a partir do endereço eletrônico da BDTD, utilizando a ferramenta de busca avançada²⁵, termos genéricos como “judicialização da saúde”, “demandas judiciais” e “judicialização de medicamentos”, e período temporal de 2005 em diante. Em 17 de janeiro de 2023, foi complementada por busca adicional específica no repositório institucional Arca da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), utilizando o endereço eletrônico²⁶, dada sua adesão tardia à BDTD.

Os resultados das buscas nas diferentes bases foram exportados para o gerenciador de referências EndNote®, e as duplicações identificadas, eliminadas.

Seleção dos estudos relevantes para a revisão

A seleção dos artigos e produtos acadêmicos incluídos seguiu procedimentos padronizados,

sendo realizada em duas fases: a) *screening*, a partir da leitura dos títulos e resumos, e b) seleção, a partir do exame dos textos completos. Referências bibliográficas e produtos acadêmicos cuja leitura do título e resumo deixavam dúvidas quanto à sua pertinência e adequação aos objetos da revisão tiveram seu texto completo recuperado e examinado. Ambas as fases foram executadas por dois pesquisadores de forma independente, com as discordâncias resolvidas por um terceiro revisor sênior (RC ou CGSOC).

Para orientar e registrar os processos de seleção, foram elaborados formulários eletrônicos padronizados, específicos para cada tipo de documento integrante da revisão e para cada fase,

na ferramenta Google Forms, alimentando uma base de dados exportada no formato de planilha Excel®. Cada formulário possuía um instrutivo que orientava a coleta e registro pelos pesquisadores, objetivando reduzir vieses e padronizar o processo. Foram realizados treinamentos específicos e os formulários foram objeto de três pré-testes utilizando amostras aleatórias dos estudos incluídos.

Dada a inexistência prévia conhecida de um conceito inequívoco que auxiliasse a seleção dos estudos com foco nos MAC, foi elaborada uma definição operacional que incluía critérios usualmente relacionados a esse grupo de medicamentos (*quadro 1*).

Quadro 1. Elementos constituintes da definição operacional de Medicamento de Alto Custo utilizada na revisão de escopo

- 1 Medicamento de Alto Custo unitário para o sistema público de saúde ou para famílias e indivíduos
- 2 Medicamento com Alto Custo global de tratamento de doenças de grande impacto social ou alta mortalidade
- 3 Medicamento de administração mais complexa, necessitando monitoramento para acompanhar evolução do paciente ou condições muito específicas para seu uso
- 4 Produtos novos no mercado, sob patente ou monopólio
- 5 Medicamento pertencente ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica de 2009 em diante ou do antigo Componente de Dispensação Excepcional antes de 2009
- 6 Medicamento fora das listas de financiamento da assistência farmacêutica do SUS
- 7 Medicamento sem registro sanitário no Brasil

Fonte: elaboração própria.

A seleção dos estudos relevantes considerou os critérios de inclusão e exclusão dispostos no *quadro 2*.

Quadro 2. Critérios de elegibilidade utilizados na seleção dos estudos relevantes para a revisão de escopo

Critérios	Detalhamento
Inclusão	• trabalhos originais, de qualquer desenho de estudo, mas necessariamente empíricos, trazendo dados sobre a judicialização de Medicamentos de Alto Custo, de acordo com a definição operacional adotada, e tendo a União, estados e municípios) como réu. • trabalhos com foco na judicialização à saúde que trouxessem dados de demandas judiciais por Medicamentos de Alto Custo, de forma em separado e detalhada para permitir sua extração.

Quadro 2. Critérios de elegibilidade utilizados na seleção dos estudos relevantes para a revisão de escopo

Critérios	Detalhamento
Exclusão	- resumos, cartas, comentários, relatos, anais de congresso e revisões de literatura - estudos restritos apenas à discussão de argumentações jurídicas, sem dados empíricos adicionais - estudos cujo réu fosse exclusivamente diverso de União, estados e municípios, como os planos e operadoras de seguros saúde, ou com réus 'mistos', mas sem trazer dados em separado referentes aos entes públicos que pudessem ser extraídos - estudos publicados em idiomas diversos do inglês, espanhol e português - artigos identificados nas pesquisas bibliográficas que duplicavam produtos acadêmicos disponíveis nas bases de dissertações e teses, visto que estas tendem a trazer informações adicionais por não terem limitação de tamanho - impossibilidade de acesso ao texto completo nas bases bibliográficas e de teses e dissertações, impossibilitando avaliar se cumpre os critérios de elegibilidade definidos para a pesquisa.

Fonte: elaboração própria.

Extração dos dados

A extração também envolveu duplas de revisores independentes e resolução das discordâncias a cargo de um terceiro revisor sênior (RC ou CGSOC). Foram igualmente criados formulários eletrônicos padronizados e especificados por tipo de produtos, constituídos de questões abertas e fechadas, com estrutura orientada pelas perguntas norteadoras da revisão. Os formulários, também desenvolvidos na plataforma Google Forms, alimentaram bancos de dados em Excel®, utilizados para as sínteses qualitativa e quantitativa realizadas. Elaboração de instrutivos e três sessões de treinamento foram realizadas previamente ao início da coleta.

As variáveis extraídas estavam relacionadas a: i) dados de identificação do estudo: título; autor, data; ano de publicação ou da defesa; periódico de publicação, no caso de artigos publicados; e, no caso das D&T, a IES de defesa, tipo de produto acadêmico: mestrado acadêmico, mestrado profissional, doutorado acadêmico; e área e subárea do conhecimento, utilizando as informações disponíveis em cinco de setembro de 2023 na página eletrônica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)²⁷; e ii) características gerais do estudo: objetivo; escopo do estudo; locus;

período estudado; tamanho da amostra estudada; ente governamental envolvido como réu; lista dos medicamentos judicializados; valores monetários envolvidos na judicialização do(s) MAC.

Especificamente em relação ao objeto deste manuscrito, foi registrado se o estudo trazia i) alguma definição sobre MAC oriunda dos autores; ii) definições trazidas, transcritas de forma literal e com registro da página do original; e iii) item(s) da definição operacional de MAC elaborada pelo grupo de pesquisa, que fosse(m) preenchido(s) pelo estudo, para que fosse incluído na revisão.

Não foi realizada avaliação da qualidade metodológica dos trabalhos incluídos, dados o propósito da revisão e o fato de não terem sido impostas restrições aos desenhos de estudo aceitos.

Análise e síntese dos resultados

Os resultados foram analisados qualitativa e quantitativamente, em termos de frequências absoluta e relativas e, no caso das questões abertas, por meio de síntese em categorias temáticas de conteúdo. Sua apresentação foi realizada de forma descritiva e com o auxílio de figuras e diagramas que sintetizam os achados obtidos.

Utilizaram-se, como fontes de informação, artigos publicados em revistas indexadas e produtos acadêmicos com acesso irrestrito, sem informações nominadas, dispensando aprovação prévia por Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e discussão

Identificaram-se inicialmente, a partir das buscas nas bases mencionadas, 1.709 artigos científicos e 653 teses e dissertações. A busca de referências cruzadas e o monitoramento dos alertas mensais cadastrados nas bases Medline e Embase permitiu a identificação de mais seis artigos, nenhum dos quais incluídos. Duas

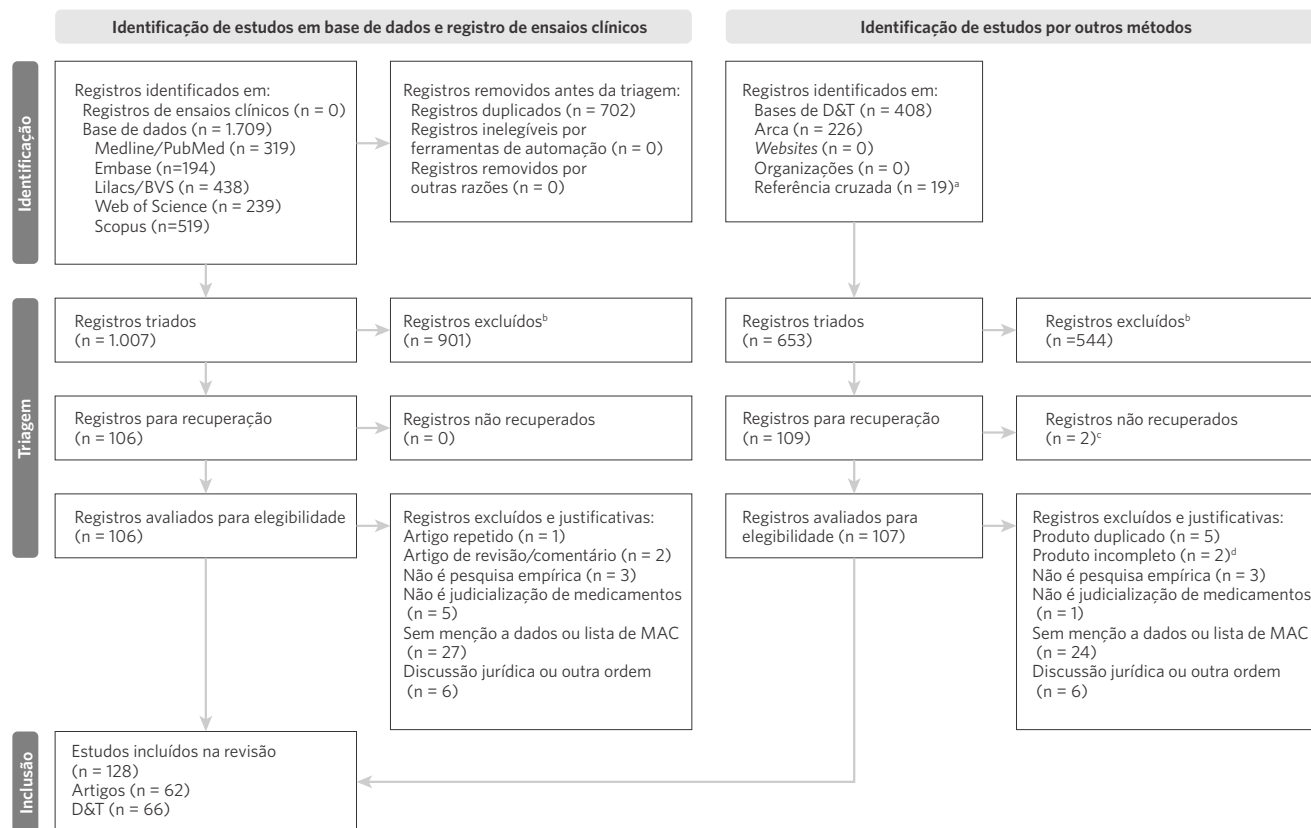
dissertações não puderam ser recuperadas, mesmo após reiterados contatos por *e-mail* com os autores e as IES.

O percentual de concordância global entre os revisores na fase I da seleção de artigos científicos foi de 93,1% e de teses e dissertações, de 92,7%; na seleção a partir dos textos completos, de 90% e 89%, respectivamente,

Ao final, foram incluídas na revisão 62 artigos publicados em revistas indexadas e 66 D&T, cujas listas de referências completas podem ser consultadas no repositório de dados abertos Open Science Framework²⁸.

O fluxograma sintetizando os resultados da seleção está disposto na *figura 1*.

Figura 1. Fluxograma da seleção de estudos incluídos na revisão de escopo



Fonte: elaboração própria a partir de Page et al.²⁹.

Arca – repositório institucional da Fiocruz; D&T – Dissertações e Teses; MAC – Medicamentos de Alto Custo.

Notas: a – D&T oriunda de busca de referências cruzadas; b – Artigo ou D&T excluída com base na leitura de título e resumo; c – D&T não encontrada na base da IES e não obtida por outros meios; d – D&T resgatada, mas que continha conteúdo parcial apenas (parcialmente bloqueada).

Características gerais dos artigos, teses e dissertações incluídos

A *tabela 1* apresenta algumas características

dos artigos e produtos acadêmicos incluídos na revisão que ajudam a contextualizar o escopo da produção sobre judicialização de MAC no Brasil no período estudado.

Tabela 1. Principais características dos estudos sobre judicialização envolvendo Medicamentos de Alto Custo incluídos na revisão de escopo, segundo tipo de produção científica, 2005-2022

Características	Artigos		D&T	
	Nº	%	Nº	%
Periódico de publicação				
Revista de Saúde Pública	11	17,7	NA	NA
Cadernos de Saúde Pública	6	9,7	NA	NA
Revista de Direito Sanitário	5	8,1	NA	NA
Ciência e Saúde Coletiva	5	8,1	NA	NA
Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário	5	8,1	NA	NA
Saúde e Sociedade	2	3,2	NA	NA
Jornal Brasileiro de Economia da Saúde	2	3,2	NA	NA
Health and Human Rights	2	3,2	NA	NA
Revista Einstein	2	3,2	NA	NA
BMC Public Health	2	3,2	NA	NA
Outros ^a	20	32,3	NA	NA
Tipo de produto acadêmico				
Dissertação de Mestrado	NA	NA	57	86,4
Mestrado profissional	NA	NA	18	27,3
Mestrado acadêmico	NA	NA	39	59,1
Tese de doutorado	NA	NA	9	13,6
Area/subárea de conhecimento do produto acadêmico				
Ciências da Saúde	NA	NA	46	69,7
Enfermagem	NA	NA	2	3,0
Farmácia	NA	NA	8	12,1
Medicina I	NA	NA	1	1,5
Medicina II	NA	NA	4	6,1
Saúde Coletiva	NA	NA	31	47,0
Ciências Biológicas	NA	NA	1	1,5
Ciências Humanas	NA	NA	1	1,5
Ciências Sociais Aplicadas	NA	NA	14	21,2
Interdisciplinar	NA	NA	4	6,1
Instituição de ensino superior de defesa do produto acadêmico				
Universidade de São Paulo	NA	NA	9	13,6
Fundação Oswaldo Cruz ^b	NA	NA	8	12,1
Universidade Federal de Minas Gerais	NA	NA	6	9,1
Universidade Federal de Juiz de Fora	NA	NA	4	6,1

Tabela 1. Principais características dos estudos sobre judicialização envolvendo Medicamentos de Alto Custo incluídos na revisão de escopo, segundo tipo de produção científica, 2005-2022

Características	Artigos		D&T	
	Nº	%	Nº	%
Universidade de Brasília	NA	NA	4	6,1
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	NA	NA	3	4,6
Fundação Getúlio Vargas	NA	NA	2	3,0
Universidade Estadual do Ceará	NA	NA	2	3,0
Universidade Estadual de Londrina	NA	NA	2	3,0
Universidade Estadual da Paraíba	NA	NA	2	3,0
Universidade do Estado do Rio de Janeiro	NA	NA	2	3,0
Universidade Federal da Bahia	NA	NA	2	3,0
Universidade Federal do Ceará	NA	NA	2	3,0
Universidade Federal de Pernambuco	NA	NA	2	3,0
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	NA	NA	2	3,0
Universidade Federal de Santa Catarina	NA	NA	2	3,0
Universidade Federal de Santa Maria	NA	NA	2	3,0
Outras IES ^c	NA	NA	10	15,2
Ano de publicação ou defesa				
2005-2009	3	4,8	5	7,6
2010-2013	21	33,9	17	25,8
2014-2017	16	25,8	24	36,4
2018 em diante	22	35,5	20	30,3
Ente governamental como réu				
União	6	9,7	1	1,5
Estado	27	43,6	24	36,4
Município	8	12,9	1	1,5
Estado e União	3	4,8	0	0,0
Estado e Município	11	17,7	16	24,2
União, Estado e Município	7	11,3	24	36,4
Região				
Norte	2	3,2	2	3,0
Nordeste	9	14,5	17	25,8
Sul	15	24,2	13	19,7
Sudeste	25	40,3	30	45,5
Centro-Oeste	6	9,7	3	4,6
Brasil (sem especificação)	5	8,1	1	1,5

Fonte: elaboração própria.

IES – Instituição de Ensino Superior

Notas: ^a Periódicos com apenas um artigo publicado incluído na revisão; ^b Fiocruz aqui inclui todos os campi distribuídos no país, com unidades que oferecem pós-graduação stricto sensu nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Sul; ^c IES com apenas um produto acadêmico incluído na revisão.

Os 62 artigos incluídos foram publicados em 20 revistas nacionais (66,6%) e dez internacionais, totalizando 50 artigos (80,6%) em revistas nacionais e doze (19,4%) em publicações estrangeiras. Cinco revistas, todas nacionais, concentraram 51,6% dos artigos. Incluíram-se 66 produtos acadêmicos, a maioria dos quais dissertações de mestrado. No tocante às grandes áreas de conhecimento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), predominaram D&T oriundas das ciências da saúde e ciências sociais aplicadas (21,2%). Em termos das subáreas, destacam-se as defendidas na saúde coletiva.

O predomínio de dissertações de mestrado possivelmente guarda relação com a distribuição dos cursos de pós-graduação no Brasil. Segundo dados da Capes, dos 7.127 cursos de pós-graduação *strictu sensu* existentes em 2022, presentes em 4.492 programas reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC), 64,2% eram de mestrado, a maioria (52,1%) dos quais acadêmicos²⁷.

Já a concentração dos produtos relativos à judicialização de MAC na grande área da Saúde não parece diretamente relacionada com a distribuição dos cursos de pós-graduação no País. No ano de 2022, a grande área da saúde correspondia a 16,2% do total de cursos de pós-graduação cadastrados na Capes. E, nessa grande área, 39,3% dos cursos pertenciam às subáreas de medicina I, II e III, onde 11,9% fazem parte da subárea de saúde coletiva e 9,6%, da de farmácia²⁷. Especificidades da temática tratada, com grande enfoque no perfil das demandas judiciais por medicamentos e nas suas relações com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, são possíveis fatores explicativos para o predomínio das produções acadêmicas nas subáreas de saúde coletiva e farmácia. Em contrapartida, os periódicos que mais concentram a publicação de artigos que trazem a temática da judicialização dos MAC são aqueles da saúde coletiva, que tradicionalmente abordam a interface entre

políticas de saúde, planejamento e gestão e direitos³⁰.

Os produtos acadêmicos foram defendidos em 27 IES diferentes, das quais seis instituições são responsáveis por 51,2% das D&T. Esse conjunto de IES têm programas de saúde coletiva com linhas de pesquisa relacionadas à judicialização.

Proporções similares de artigos científicos (61,3%) e D&T (66,7%) foram publicadas ou defendidas a partir de 2014. O advento da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) ocorreu em final de 2011 com a publicação da Lei nº 12.401³¹, momento em que já existiam pressões importantes para novas incorporações de medicamentos. O Decreto nº 7.508, também de 2011, normatizou a oferta de medicamentos pelo SUS³². Era esperado que a instalação de um processo contínuo de incorporação viesse a estimular a judicialização como forma de pressionar a adoção de produtos de alto custo pelo sistema de saúde, o que, de fato, ocorreu³³. Estima-se que esse aumento da judicialização tenha gerado mais interesse no estudo deste tema.

Nos anos subsequentes, outros fatores tais como a restrição orçamentária (2016 e 2017); a política de austeridade econômica; a demanda crescente por medicamentos para doenças raras, sobretudo após a publicação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras em janeiro de 2014; e a pandemia de Sars-CoV-2 a partir de março de 2020, também podem ter impulsionado os estudos sobre a judicialização de MAC³⁴.

Os estados foram o principal polo passivo da ação na judicialização de MAC nos artigos e nas D&T, tanto isoladamente (43,5% e 36,4%, respectivamente) quanto em associação solidária aos municípios (17,7% e 24,2%) e municípios (11,3%) e União (36,4%). Essa maior participação dos estados já havia sido identificada em algumas revisões sobre a judicialização de medicamentos no País^{35,36}. Devem responder por

essa participação relevante dos estados o alto custo de parte dos medicamentos solicitados e o fato de boa parte das D&T ter as Secretarias de Estado da Saúde (SES) como fonte de dados. O volume expressivo de judicialização tendo os estados como réu levou ao Recurso Extraordinário nº 855.178 do Supremo Tribunal Federal (STF). A tese, fixada em 2019, estipulou a cooperação entre os entes federativos nas demandas relacionadas à saúde, independentemente das políticas públicas de financiamento e dispensação de medicamentos³⁷.

Mais recentemente, em 16 de setembro de 2024, o STF fixou a Súmula Vinculante nº 60 a partir do Recurso Extraordinário nº 1.366.243, que define que a Justiça Federal passar a ter competência para julgar demandas judiciais de medicamentos registrados pela Anvisa, mas não incorporados ao SUS, com valor igual ou superior a 210 salários-mínimos. Isso significa que a parte mais significativa dos MAC passará a ser atribuição da União³⁸.

As regiões Sudeste (40,3%) e Sul (24,2%) predominaram como lócus de estudo dos artigos incluídos. Já nas D&T, a maior proporção de trabalhos originou-se no Sudeste (45,5%), seguida da região Nordeste (25,8%). Essa distribuição pode guardar relação com a participação das IES mencionadas acima.

Definições e compreensões associadas a 'MAC' oriundas dos autores dos trabalhos

Definições explícitas e com algum conteúdo original do que seriam MAC foram bem pouco frequentes nos estudos incluídos na revisão, estando presentes em apenas doze dos artigos³⁹⁻⁵⁰ (19,4%) e em dez produtos acadêmicos⁵¹⁻⁶⁰ (15,2%).

Em 41 artigos e em 31 D&T, embora existissem dados empíricos sobre MAC, não havia qualquer definição ou associação a esse conceito, mesmo quando os trabalhos traziam dados de custos ou gastos e a judicialização envolvia

medicamentos que claramente possuíam valor unitário elevado^{46,48,61-72}.

O custo elevado, inclusive, foi muitas vezes a motivação para a escolha do foco em estudos de caso, restrito a um ou poucos medicamentos de custo muito elevado e de impacto financeiro significativo nos gastos dos entes governamentais, como o eculizumabe, ipilimumabe, lenalidomida, galsulfase, idursulfase, laronidase e insulinas análogas, dentre outros^{43,44,73-79}. Mesmo assim, os trabalhos não continham, definições originais ou de maior especificidade.

Os núcleos de significado mais frequentes nas definições estavam relacionados ao alto custo unitário do medicamento ou a medicamentos que, independentemente desse custo ou apesar do baixo valor unitário, possuíam valor total de tratamento elevado em razão da cronicidade da doença, produzindo impacto financeiro no orçamento familiar^{55,57,80}. Menos frequentemente vêm à tona relações de sentido com novas tecnologias de saúde, muitas sem registro sanitário no Brasil; medicamentos fora dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) ou para uso *off label* em indicação distinta do aprovado pela Anvisa; tratamentos de 'alta complexidade' ou com foco em doenças raras e genéticas; ou, ainda, com especificidades relativas à sua aquisição e dispensação^{43,49,57,81}. Alguns exemplos desses diferentes significados estão listados nos fragmentos de texto disponibilizados abaixo:

Os medicamentos de alto custo estão entre os que mais provocam os sentidos da justiça por causa de seu impacto financeiro unitário ou agregado, mas também porque em geral têm como objeto da demanda novas tecnologias de saúde, algumas ainda sem o devido registro e avaliação no país⁵⁷⁽⁴⁵⁾.

Os itens de alto custo são pedidos por causa de seu impacto financeiro no orçamento familiar, mas também são requisitadas tecnologias que sequer estão disponíveis no mercado brasileiro⁵⁵⁽³⁷⁾.

[...] medicamentos considerados de alto custo são aqueles de alto valor agregado ou que pela cronicidade do tratamento se tornam excessivamente dispendiosos para serem financiados pela população⁶⁰⁽³⁰⁻³¹⁾.

Alguns autores mencionam explicitamente a carga dos MAC para as famílias e para o coletivo, inclusive a partir de estimativas empíricas.

É possível observar que o custo do medicamento corresponde a um valor alto da renda da população. Por exemplo, no ano de 2011, o brometo de tiotrópio representava 44,9% do salário-mínimo vigente. Com este resultado, os gastos individuais com o medicamento impactam significativamente nas finanças dos pacientes assalariados. Ainda mais se considerarmos que estes são predominantemente idosos, aposentados e beneficiários do governo⁵⁰⁽⁶⁾.

Há certos medicamentos, porém, que o SUS não oferece regularmente em seu dispensário. Em resposta a isso, alguns usuários acionam judicialmente o poder público a fim de obrigá-lo a prover esses medicamentos. Esse fato é particularmente importante no caso de medicamentos de alto custo, para os quais as despesas com o tratamento de um único indivíduo podem ser extremamente elevadas e nos quais a União é, geralmente, acionada⁴⁴⁽¹⁰⁹⁰⁾.

Ressalta-se que vários dos estudos que traziam alguma definição para MAC claramente explicitavam que esses medicamentos compunham o rol de produtos ofertados pelo Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE) e, posteriormente, pelo Ceaf, dadas exatamente algumas das características citadas⁸²⁻⁸⁸.

Ainda que originalmente conhecidos como de alto custo, a lista de medicamentos excepcionais inclui, além de itens de custo unitário realmente elevado (infiximabe, gosserelelina) e de custo unitário mediano, mas cujo uso continuado

acaba por consumir um volume significativo de recursos (risperidona e olanzapina) [...] ⁸⁹⁽²⁷⁾.

Este Componente [Excepcional] é uma estratégia de Política de AF, que tem por meta disponibilizar no âmbito do SUS medicamentos para tratamento de agravos que atendam aos critérios: a) doença rara ou de baixa prevalência, com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado; e b) doença prevalente, com uso de medicamento de alto custo unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado [...] ⁵³⁽³²⁾.

O CEAF, anteriormente denominado de medicamentos de dispensação excepcional ou medicamentos de alto custo [...] é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em PCDT publicados pelo Ministério da Saúde [...] ⁵⁶⁵⁽⁷⁴⁾.

Apenas um terço das publicações incluídas expandiram seu entendimento do alto custo para abranger questões especiais, fora das definições operacionais. Alguns manuscritos mencionam que novidades tecnológicas e o pouco tempo de mercado podem ser entendidos como promotores de alto custo^{41,43,49,68}, ao lado de medicamentos desprovidos de protocolos ou diretrizes terapêuticas^{68,90,91}.

Neste último caso [solicitação de medicamentos fora das listas do SUS], são inúmeras as situações encontradas e entre elas pode-se citar a solicitação de medicamentos não classificados como essenciais sob o ponto de vista da sociedade ou dos entes governamentais, aqueles que se caracterizam como inovações tecnológicas geralmente registrados há pouco tempo no país, os ausentes ou gerados por condutas discordantes dos protocolos clínicos definidos no SUS e, demandas motivadas por

tratamentos não cobertos no setor complementar por planos de saúde [...] ⁶⁸⁽⁴¹²⁾.

Tantos nos artigos como nas D&T, algumas classes específicas foram associadas a alto custo, como biológicos ^{60,85,92,93}, antineoplásicos ^{40,48,49,70,94-102} e medicamentos para doenças raras ^{43,73,81}.

Ademais, questões originais, e de fato promotoras de alto custo, foram citadas: indicação clínica restrita; poucas fontes de provisão; novos medicamentos, de entrada recente no mercado e sob patente; e, ainda, medicamentos sem registro sanitário no País, obrigando sua importação ^{72,83,103-108}.

Monopólios de distribuição controlam preços, que tendem a ser mais altos do que os praticados em mercados concorrenciais. Nem sempre é possível evitar monopólios de distribuição, em particular no caso de medicamentos que muitas vezes são monopolizados em função da proteção de suas patentes ou, no caso específico das MPS [mucopolissacaridoses], por serem medicamentos órfãos ⁴³⁽⁴⁷⁹⁾.

Não há consenso sobre a definição de medicamento de alto custo. No entanto, foram feitas algumas aproximações conceituais utilizando indicadores qualitativos, como medicamentos com elevados riscos para a saúde, e indicadores quantitativos, como a regulação do custo do tratamento. Outros ainda o utilizam como sinônimo de medicamentos de alta complexidade e custo, com condições de uso precisas e medicamentos

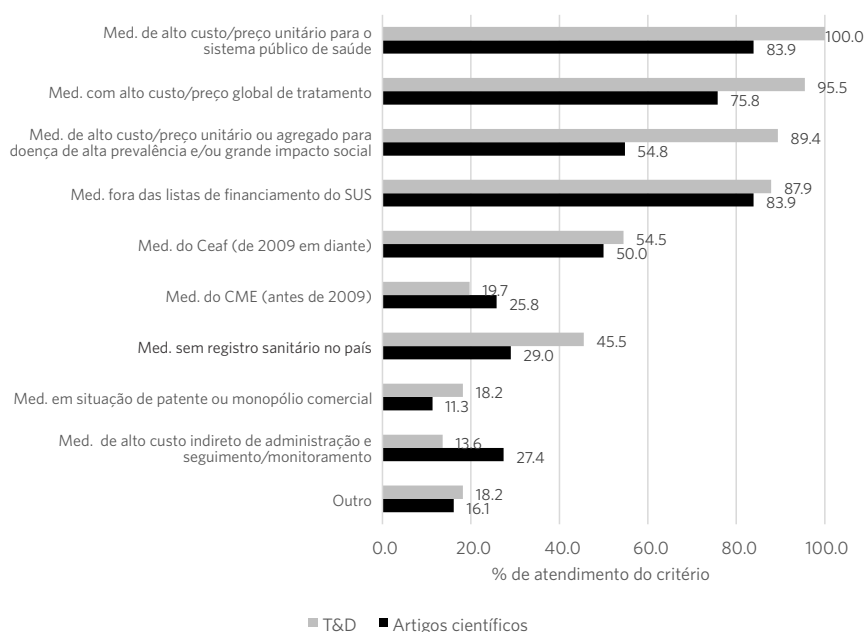
caros e de origem limitada ¹⁰⁸⁽³⁾. [tradução livre dos autores].

Compreensões associadas a 'MAC' enquadradas na definição operacional da pesquisa

A seleção dos produtos para inclusão na revisão de escopo partiu de uma definição operacional. Ela foi construída a partir de critérios usualmente associados aos chamados MAC, presentes em publicações na literatura ou em documentos governamentais brasileiros e internacionais. A avaliação do preenchimento de um ou mais desses critérios da definição operacional pelos revisores levou em consideração os medicamentos presentes nas listas e outros elementos não textuais, isto é, tabelas, quadros, gráficos, ou suas citações diretas como parte dos resultados dos estudos.

O grau de preenchimento de cada critério, considerando o total de artigos científicos e de D&T, disposto na *figura 2*, revela que os mais frequentes foram o alto custo unitário do medicamento para o sistema de saúde e pacientes e o alto custo agregado do tratamento. Custo elevado em doença de grande prevalência ou impacto social, como, por exemplo, o câncer, e medicamentos não pertencentes às listas oficiais de medicamentos do SUS (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename e listas estaduais e municipais de medicamentos essenciais) compuseram os outros critérios mais prevalentes.

Figura 2. Nível de preenchimento dos critérios de medicamento de alto custo segundo definição operacional da pesquisa nos artigos e teses e dissertações incluídos na revisão, 2005-2022



Fonte: elaboração própria.

Med. – Medicamento; Ceaf – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; CME – Componente de Medicamentos Excepcionais.

Ainda que o alto custo unitário seja o critério mais frequentemente relacionado aos MAC, destaca-se que não foram encontradas quaisquer medidas referentes a frações de salário-mínimo ou outros relativos a valores monetários específicos para qualificar MAC. Não foram identificados, na literatura pesquisada ou nos estudos, parâmetros financeiros ou monetários que auxiliem nessa definição nem mesmo nos trabalhos oriundos das áreas de administração ou ciências contábeis.

Essa mesma lacuna referente a valores financeiros ou monetários se encontra presente em documentos governamentais. A Portaria MS/GM nº 3.916, de 30.10.1998, que criou a Política Nacional de Medicamentos, menciona ‘alto custo’ sem, no entanto, especificar seu significado¹⁰⁹. Por outro lado, a Portaria GM/MS nº 2.577, de 27.10.2006, que instituiu o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, muitas vezes denominado de Programa de Medicamentos de Alto Custo, tentou definir o que, no SUS,

se entendia por tais medicamentos, mesmo que tal definição levasse a interpretações diversas justamente pela falta desses parâmetros¹¹⁰:

[...] medicamentos no âmbito do SUS para tratamento de agravos inseridos nos seguintes critérios: a) ‘doença rara ou de baixa prevalência, com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado; e b) doença prevalente, com uso de medicamento de alto custo unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado’, desde que: b.1) haja tratamento previsto para o agravo no nível da atenção básica, ao qual o paciente apresentou necessariamente intolerância, refratariedade ou evolução para quadro clínico de maior gravidade, ou b.2) o diagnóstico ou estabelecimento de conduta terapêutica para o agravo estejam inseridos na atenção especializada¹¹¹⁽³⁹⁻⁴⁰⁾. [grifo dos autores da pesquisa].

Embora ambos os critérios dispostos considerem o elevado custo dos medicamentos como eixo principal para as definições, não são definidos limiares de valor nem para quem esses custos seriam de impacto importante, uma vez que:

Para os usuários do SUS, dependendo da sua condição econômica, as possibilidades de custo são as mais variadas possíveis, ou seja, o que é alto custo para um pode não ser para outro usuário do Sistema¹¹¹⁽⁴²⁻⁴³⁾.

A Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para ações e serviços de saúde na forma de blocos de financiamento, dentre os quais o da assistência farmacêutica, também não agrega esclarecimentos¹¹².

Por fim, a Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009¹¹³, que aprovou o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em substituição ao antigo Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, e a Portaria GM/MS nº 1.554, de 3 de julho de 2013, que a substituiu dispondo sobre as regras de financiamento e execução do Ceaf, passam a definir que os medicamentos ‘mais dispendiosos’ ficariam sob o financiamento da União, responsável pelos grupos 1A e 1B, e os estados, pelo financiamento do grupo 2, além da compra e dispensação do grupo 1B¹¹⁴. Nesse sentido, representam uma ruptura importante, prevalecendo o entendimento “que o SUS não estava ofertando medicamentos de forma excepcional aos usuários, mas sim por meio de uma Política pública adequadamente estruturada”¹¹⁵⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Ainda sobre esse tema, é relevante mencionar o documento da Organização Pan-Americana da Saúde intitulado ‘O acesso aos medicamentos de alto custo nas Américas: contexto, desafios e perspectivas’, publicado em 2009¹³. Nele, embora esteja dito que os MAC não possuem uma definição uniforme, são elencadas algumas características desses produtos farmacêuticos:

[...] na maioria dos casos, trata-se de medicamentos para doenças de grande impacto social e/ou com grave risco de morte (HIV/Aids, doenças oncológicas etc.), ou uma população usuária muito pequena (medicamentos órfãos, doenças raras), cuja aquisição constitui grande carga para o financiamento do sistema público de saúde e/ou de gasto para famílias e indivíduos¹³⁽¹⁰⁾.

Outras expressões habituais também associadas a esse tipo de medicamentos são: medicamentos de alta complexidade, relacionados normalmente a procedimentos de administração complexos e custosos, e medicamentos de fontes limitadas, enfatizando a exclusividade como uma das causas universais do alto custo¹³.

Limitações do estudo

A revisão objetivou alcançar a maior representatividade possível da produção sobre a temática, agregando artigos científicos, teses e dissertações, e envolvendo a busca em cinco diferentes bases bibliográficas e bancos de teses. Ainda que se tenha tentado desenvolver critérios de busca abrangentes, é possível que alguns estudos relevantes tenham sido perdidos, em razão da ausência de descritor específico para MAC e porque a adesão à BDTD pelas IES é voluntária e difusa no tempo, gerando potencial incompletude dos produtos acadêmicos.

Não obstante critérios delimitados e pré-estabelecidos de seleção, registro e extração, o método rigoroso não é capaz de superar as limitações e lacunas informacionais dos trabalhos originais, presentes quando se utilizam dados de literatura que fogem à governabilidade da pesquisa.

A revisão respeitou as categorias de medicamentos indicados como ‘fora de listas’ e aqueles assinalados como componentes da AF informadas pelos autores dos artigos e D&T. A verificação dessa informação caso a caso se revelou impraticável, dada a impossibilidade de identificar, em muitos trabalhos, as listas

vigentes nos vários níveis de governo nos períodos estudados nos estudos originais. Essas listas envolviam não apenas a Rename como, também, as listas estaduais e municipais e, ainda, os chamados Componentes Especiais, forma que muitos estados têm de ofertar um elenco próprio, não contemplado nos programas do Ministério da Saúde.

Considerações finais

Mesmo não sendo possível resgatar uma conceituação precisa do que sejam MAC, esta revisão elucidou definições e compreensões a partir de uma dupla organização a procura por definições originais dos autores envolvidos na produção de estudos de judicialização de medicamentos e pela adesão desses autores a definições operacionais pré-estabelecidas existentes na literatura.

Observou-se que a maioria dos estudos não explicita qualquer definição. E, mesmo quando presente, tem caráter difuso, sem agregar novos nexos ao que já se sabia. Na maioria das vezes, nenhuma menção explícita ao conceito de alto custo estava presente; nem mesmo quando o título se referia a ‘alto custo’ ou ‘custo’. O que prevalece nos trabalhos é o senso comum, que orientou a própria construção da definição operacional, baseada em características que funcionam como *proxy* de alto custo, como terapias de maior ônus para o gasto individual ou familiar ou para o financiamento do sistema de saúde, mesmo sem valores claros quanto a quanto monta o ‘alto’. Para uma família de renda média a baixa, quase todos os medicamentos de uso contínuo podem ser de ‘alto custo’. Essa percepção reflete a realidade brasileira, onde os maiores gastos com medicamentos vêm do financiamento do próprio núcleo familiar e não do Estado.

Outras ilações eram relativas à gestão: medicamentos fora das listas públicas oficiais do SUS e medicamentos pertencentes a componentes de financiamento da assistência

farmacêutica. Aspectos regulatórios, como registro sanitário ou proteção patentária, são mencionados em muito menor grau. Isso sugere que o alto custo é compreendido como aquele experienciado ao final do processo de disponibilização do medicamento à população. No entanto, ele é gerado por características da pesquisa e desenvolvimento, como também regulatórias, e estas estão muito menos presentes no imaginário dos autores, levando a crer que o entendimento sobre o alto custo acontece tardiamente no que tange ao ciclo da assistência farmacêutica. Por sua vez, essa percepção distorcida determina que estratégias de enfrentamento do alto custo acabem se voltando prioritariamente para discutir ou fomentar a inclusão nas listas oficiais, cujas possibilidades de encaminhar a questão são, por si só, limitadas.

Por fim, esta revisão também mostrou, de forma indireta, que a conceituação de MAC está ligada à marcha temporal das políticas de financiamento e provisão públicas e à inexorabilidade da transição terapêutica em que vivemos, produto da força da incorporação de inovações, na qual o alto custo está associado quase integralmente à provisão pelo governo federal por impossibilidade financeira de usuários ou entes subnacionais.

Colaboradoras

Caetano R (0000-0003-1480-2453)* e Osorio-de-Castro CGS (0000-0003-4875-7216)* contribuíram para concepção e delineamento da pesquisa; coleta, análise e interpretação dos dados; redação, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final do manuscrito. Oliveira IAG (0000-0002-4920-4843)*, Mattos L (0000-0002-5396-2663)* e Krauze P (0000-0002-9554-4451)* contribuíram para análise e interpretação dos dados, redação e aprovação final do manuscrito. As autoras são responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte desta obra. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Parker-Lue S, Santoro M, Koski G. The ethics and economics of pharmaceutical pricing. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 2015;55:191-206. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-010814-124649>
2. Holle M, Wolff T, Herant M. Trends in the concentration and distribution of health care expenditures in the US, 2001-2018. *JAMA Netw Open*. 2021;4(9):e2125179. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.25179>
3. Hirsch BR, Balu S, Schulman KA. The impact of specialty pharmaceuticals as drivers of health care costs. *Health Aff (Millwood)*. 2014;33(10):1714-20. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0558>
4. Lopes LMN, Coelho TL, Diniz SD, et al. Integralidade e universalidade da assistência farmacêutica em tempos de judicialização da saúde. *Saúde Soc*. 2019;28(2):124-131. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180642>
5. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Direito à saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça [Internet]. Texto para discussão nº 2547. Brasília, DF: Ipea; 2020 [acesso em 2023 set 20]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD_2547.pdf
6. Instituto de Estudos Socioeconômicos. Orçamento temático de acesso a medicamentos (OTMED) 2021 [Internet]. [local desconhecido]: Inesc; 2022 [acesso em 2023 out 1]. Disponível em: https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2022/11/OTMED_PT-3.pdf
7. Peçanha LO, Simas L, Luiza VL. Judicialização de medicamentos no estado do Rio de Janeiro: evolução de 2010 a 2017. *Saúde debate*. 2019;43(esp4):61-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S406>
8. Albert CE. Análise sobre a judicialização da saúde nos municípios. *Rev Técnica CNM* [Internet]. 2016 [acesso em 2023 set 21];151-175. Disponível em: [https://www.cnm.org.br/storage/biblioteca/Revisita%20T%C3%A9cnica%20\(2016\).pdf](https://www.cnm.org.br/storage/biblioteca/Revisita%20T%C3%A9cnica%20(2016).pdf)
9. Gomes VS, Amador TA. Studies published in indexed journals on lawsuits for medicines in Brazil: a systematic review. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(3):451-462. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00219113>
10. Catanheide ID, Lisboa ES, Souza LEPF. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. *Physis*. 2016;26(4):1335-1356. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400014>
11. Ribas MC, Pedroso B. Judicialização de medicamentos: uma revisão sistemática da literatura no Brasil entre os anos de 2015 e 2019. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2020;22(3):145-155. DOI: <https://doi.org/10.47456/rbps.v22i3.32533>
12. Freitas BC, Fonseca EP, Queluz DP. A judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática. *Interface (Botucatu)*. 2020;24(e190345):1-17. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190345>
13. Organização Pan-Americana da Saúde. O acesso aos medicamentos de alto custo nas Américas: contexto, desafios e perspectivas [Internet]. Brasília, DF: OPAS/Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 2023 set 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acesso_medicamentos_alto_custo_americas.pdf
14. Libanore AC. Medicamentos de alto custo segundo a perspectiva do SUS [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo; 2020. 113 p.
15. Rover MRM, Faraco EB, Vargas-Peláez CM, et al. Acesso a medicamentos de alto preço: desigualdades na organização e resultados entre estados brasileiros. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(11):5499-5508. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.27402020>
16. Caetano R, Oliveira IAG, Mattos LT, et al. Analysis of right-to-health litigation involving high-cost medicines in Brazil: a scoping review protocol. *Res Soc Dev*. 2022;11(15):e550111537584.

17. Anderson S, Allen P, Peckham S, et al. Asking the right questions: scoping studies in the commissioning of research on the organisation and delivery of health services. *Health Res Policy Syst.* 2008;6:7. DOI: <https://doi.org/10.1186/1478-4505-6-7>
18. Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK, et al. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *J Clin Epidemiol.* 2014;67(12):1291-1294. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.03.013>
19. Aromataris E, Munn Z, Editores. *JBI Manual for Evidence Synthesis.* JBI; 2020. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
20. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-473. DOI: <https://doi.org/10.7326/m18-0850>
21. Mattos LT. Protocolo de revisão de escopo sobre demandas judiciais de medicamentos de alto custo no Brasil [Internet]. Open Science Framework (OSF); 2024 [acesso em 2024 out 23]. Disponível em: <https://osf.io/udfme/>
22. Mattos LT. Revisão de escopo sobre demandas judiciais de medicamentos de alto custo no Brasil: estratégias de busca utilizadas na revisão [Internet]. Open Science Framework (OSF); 2024 [acesso em 2024 out 23]. Disponível em: <https://osf.io/gvsfy/>
23. Oliveira MRM, Delduque MC, Sousa MF, et al. Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas? *Saúde debate.* 2015;39(105):525-535. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002019>
24. Ribeiro KD, Vidal JP. Uma análise da produção acadêmica sobre a evolução do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. *Cad Ibero Am Direito Sanit.* 2018;7(2):239-261.
25. Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. Busca avançada. BDTD [Internet]; 2024 [acesso em 2023 jan 12]. Disponível em: <https://bdtd.ibict.br/vufind/Search/Advanced>
26. Fundação Oswaldo Cruz. Repositório ARCA. Consulta a dissertações e teses. Fiocruz [Internet]; 2024 [acesso em 2023 jan 17]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/discover>
27. Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (BR). Paineis de dados do Observatório da Pós-Graduação. Capes [Internet]; 2022 [acesso em 2022 out 1]. Disponível em: <https://sucupira-v2.capes.gov.br/painel>
28. Mattos LT. Revisão de escopo sobre demandas judiciais de medicamentos de alto custo no Brasil: lista de artigos, dissertações e teses incluídas na revisão [Internet]. Open Science Framework (OSF); 2024 [acesso em 2024 out 23]. Disponível em: <https://osf.io/5g3ht/>
29. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372:n71. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
30. Nunes ED, Ferreto LE, Oliveira ALO, et al. O campo da Saúde Coletiva na perspectiva das disciplinas. *Ciênc saúde coletiva.* 2010;15:1917-1922. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400007>
31. Presidência da República (BR). Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2011 abr 29 [acesso em 2024 out 20]; Seção 1:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm
32. Presidência da República (BR). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2011 jun 29 [acesso em 2024 out 20]; Seção 1:1. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/412353#>

33. Santos-Pinto CDB, Ventura M, Pepe VLE, et al. Novos delineamentos da assistência farmacêutica frente à regulamentação da Lei Orgânica da Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(6):1056-1058. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600002>
34. Pedrosa KA, Sena DBC, Pinto JR, et al. Need to reconfigure SUS financing in the face of austerity: a narrative review. *Res Soc Dev*. 2022;11(5):e8711527785. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.27785>
35. Batistella PMF, Ferrari RP, Giroto E, et al. Judicialização na saúde em município de grande porte. *Rev Min Enferm*. 2019;23(e-1244):1-7. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190092>
36. Trindade MCN, Peres KC, Souza MN, et al. Acciones judiciales que exigen tecnologías en salud en Brasil: una revisión sistemática de métodos mixtos. *Cad Ibero Am Direito Sanit*. 2022;11(1):64-83. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v11i1.904>
37. Supremo Tribunal Federal (BR). Recurso Extraordinário 855.178. Tribunal Regional Federal da 5ª Região. Tema 793. Recurso extraordinário em que se discute, à luz dos arts. 2º e 198 da Constituição Federal, a existência, ou não, de responsabilidade solidária entre os entes federados pela promoção dos atos necessários à concretização do direito à saúde, tais como o fornecimento de medicamentos e o custeio de tratamento médico adequado aos necessitados [Internet]. Brasília, DF: STF; 2020 abr 16 [acesso em 2024 out 20]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793>
38. Supremo Tribunal Federal (BR). Recurso Extraordinário 1.366.243. Recurso Extraordinário com Repercussão Geral. Tema 1.234. Recurso extraordinário em que se discute, à luz dos artigos 23, II, 109, I, 196, 197 e 198, I, da Constituição Federal, a obrigatoriedade de a União constar do polo passivo de lide que verse sobre a obtenção de medicamento ou tratamento não incorporado nas políticas públicas do SUS, embora registrado pela Anvisa [Internet]. Brasília, DF: STF; 2024 out 11 [acesso em 2024 out 20]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234>
39. Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(2):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000200007>
40. Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(8):1839-1849. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800020>
41. Chieffi AL, Barata RC. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(3):421-429. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300005>
42. Biehl J, Amon JJ, Socal MP, et al. Between the court and the clinic: lawsuits for medicines and the right to health in Brazil. *Health Hum Rights*. 2012;14(1):36-52.
43. Diniz D, Medeiros M, Schwartz IVD. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacaridoses. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(3):479-489. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300008>
44. Medeiros M, Diniz D, Schwartz IVD. A tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;18(4):1089-1098. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400022>
45. Biehl J, Socal MP, Amon JJ. The judicialization of health and the quest for state accountability: evidence from 1,262 lawsuits for access to medicines in southern Brazil. *Health Hum Rights*. 2016;18(1):209-20.
46. Silva EM, Almeida KC, Pessoa GSC. Análise do gasto com judicialização de medicamentos no Distrito Federal. *Cad Ibero Am Direito Sanit*. 2017;6(1):112-126.

47. Nisihara RM, Possebom AC, Borges LMC, et al. Judicial demand of medications through the federal justice of the state of Paraná. *Einstein* (São Paulo). 2017;15(1):85-91. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082017GS3792>
48. Barreto AAM, Guedes DM, Rocha Filho JA. A judicialização da saúde no estado de Pernambuco: os antineoplásicos novamente no topo? *R Dir Sanit.* 2019;20(1):202-222. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i1p202-222>
49. Oliveira DB, Silva RAM, Paula EA, et al. A judicialização de medicamentos imunoterápicos sem registro na Anvisa: o caso do Estado de São Paulo. *Cad Ibero Am Direito Sanit.* 2019;8(3):27-47.
50. Szpak R, Strapasson GC, Böger B, et al. Legal demands of the tiotropium bromide for treatment of chronic obstructive pulmonary disease and their financial impact for the State of Paraná, Brazil. *Einstein.* 2020;18(eGS4442):1-7. DOI: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020GS4442
51. Pereira JR. Análise das demandas judiciais solicitando medicamentos encaminhados à diretoria de assistência farmacêutica da secretaria de estado da saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004 [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006. 132 p.
52. Sant'ana JMB. Essencialidade e assistência farmacêutica: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no estado do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009. 93 p.
53. Pereira JG. Demandas judiciais de medicamentos no estado do Paraná: aplicação de indicadores de avaliação e monitoramento e qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013. 161 p.
54. Mapelli Junior R. Judicialização da saúde e políticas públicas: assistência farmacêutica, integralidade e regime jurídico-constitucional do SUS [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015. 390 p.
55. Rodrigues-Pinto PC. Custos médicos diretos dos tratamentos para diabetes mellitus solicitados por via judicial no município de Juiz de Fora, Minas Gerais [dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2016. 97 p.
56. Souza TG. A judicialização residual da saúde e sua relação com o desempenho dos serviços públicos de saúde e a efetividade do direito à saúde em dois municípios do estado do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2018. 192 p.
57. Franco GSM. Acesso a medicamentos: um estudo sobre a judicialização e o fornecimento de medicamentos [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2019. 123 p.
58. Silva A. Perfil da judicialização de medicamentos na área de abrangência de uma regional de saúde do norte do Paraná [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2019. 74 p.
59. Loreto DR. A judicialização do acesso a medicamentos no âmbito de uma coordenadoria regional de saúde do Rio Grande do Sul [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2020. 58 p.
60. Oliveira P. Judicialização por medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica no estado de Minas Gerais [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2021. 115 p.
61. Karnikowski MGO, Silva KM, Salgado FXC, et al. Aspectos farmacoeconômicos das ações judiciais imetradas à secretaria de estado de saúde do Distrito Federal. *Brasília Med.* 2012;49(3):170-179.
62. Leitão LCA. Análise das demandas judiciais para aquisição de medicamentos no estado da Paraíba [dissertação]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2012. 72 p.

63. Marçal KKS. A judicialização da assistência farmacêutica: o caso Pernambuco em 2009 e 2010 [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2012. 125 p.
64. Mello AF. Medicamentos 'sub judice' no sistema único de saúde do município de Tubarão – SC: uma abordagem econômica [dissertação]. Tubarão: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2012. 68 p.
65. Conti MA. Avaliação das demandas judiciais por acesso a medicamentos no Distrito Federal [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2013. 101 p.
66. Reinheimer IC. Medicamentos judicializados na região central do estado do Rio Grande do Sul [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2014. 69 p.
67. Nunes RP. Judicialização no âmbito do sistema único de saúde: um estudo descritivo sobre o custo das ações judiciais na saúde pública do município de Juiz de Fora [dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2016. 95 p.
68. Mello AF, Soares LS, Areda CA, et al. Uma abordagem econômica de processos judiciais de medicamentos impetrados contra um município do sul do Brasil. *J Bras Econ Saúde*. 2016;8(1):39-46. DOI: <https://doi.org/10.21115/JBES.v8.n1.p39-46>
69. Moraes VMS. Análise dos gastos com ações judiciais na secretaria de saúde do estado de Pernambuco no ano de 2014 [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2016. 53 p.
70. Ribeiro FO, Ribeiro GAS, Willenshofer I. A judicialização de medicamentos oncológicos no estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 2017. 103 p.
71. Pinheiro PNQ, Garcia JVM, Cardoso ETC, et al. Farmacoeconomia: gastos com análogos de insulina adquiridos por meio de judicialização em um município do estado do Pará, Brasil, no ano de 2016. *J Bras Econ Saúde*. 2019;11(1):42-8. DOI: <https://doi.org/10.21115/JBES.v11.n1.p42-8>
72. Coelho TL, Lopes LMN, Campos Neto OH, et al. A propriedade intelectual na judicialização da assistência farmacêutica: uma demanda estrutural em defesa do sistema único de saúde. *Saúde Soc*. 2021;30(1):1-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021190781>
73. Sartori Jr D, Leivas PGC, Schwartz IVD, et al. Judicialização do acesso ao tratamento de doenças genéticas raras: a doença de Fabry no Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(10):2717-2128. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000020>
74. Lima JA. Perfil dos usuários de insulinas análogas nas regiões sul e nordeste nos anos de 2010 a 2012: a responsabilidade do sistema único de saúde e a judicialização [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2014. 138 p.
75. Lisboa ES. Acesso ao tratamento da diabetes na Bahia: por que se recorre ao judiciário? [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2015. 78 p.
76. Alves GAC. Custo do tratamento hospitalar de melanoma maligno em Pernambuco: uma análise da judicialização do ipilimumabe a partir de demandas junto aos tribunais de Pernambuco [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2016. 59 p.
77. Mendonça TS, Silva ES, Pereira ML, et al. Use of more expensive insulin despite guidelines in Brazil. *Diabetes Metab Syndr*. 2020;14(2):155-157. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.02.005>
78. Dias GAA. Judicialização da saúde: análise dos processos judiciais do medicamento lenalidomida impetrados contra a secretaria de saúde do estado de São Paulo para tratamento de mieloma múltiplo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2021. 121 p.
79. Cardoso JV. Judicialization of orphan drugs in Brazil: the justiciability of a politically unpalatable issue. *Int J Const Law*. 2021;19(4):1322-1350. DOI: <https://doi.org/10.1093/icon/moab130>
80. Oliveira RTG, Agostinho GLPL, Granja R, et al. Socio-economic impact of high-cost drugs in Brazilian der-

- matology: legal and financial aspects, and impact on clinical practice. *An Bras Dermatol*. 2021;96(2):200-209. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.08.010>
81. Ramos KA, Ferreira ASD. Análise da demanda de medicamentos para uso off label por meio de ações judiciais na secretaria de estado de saúde de Minas. *Rev Direito Sanit*. 2013;14(1):98-121. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v14i1p98-121>
 82. Machado MAA. Acesso a medicamentos via poder judiciário no estado de Minas Gerais [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. 131 p.
 83. Macedo RCR. Judicialização da assistência farmacêutica em Minas Gerais: uma análise da correlação entre proteção aos direitos de propriedade intelectual e o perfil das demandas por medicamentos atendidas pela secretaria de estado de saúde no ano de 2010 [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012. 121 p.
 84. Barreira SCF. Direito à saúde e judicialização de medicamentos: a experiência de Niterói [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2012. 145 p.
 85. Campos Neto OH. As ações judiciais por anticorpos monoclonais em Minas Gerais, 1999-2009: médicos, advogados e indústria farmacêutica [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012. 81 p.
 86. Silva RSA. Análise da judicialização da assistência farmacêutica no Rio Grande do Sul: a coletividade no banco dos réus: uma avaliação da 7ª coordenadoria regional de saúde [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014. 90 p.
 87. Aires CCNF. Perfil das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos no município de Rio Largo-AL [dissertação]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas; 2016. 79 p.
 88. Cardoso GGP. Judicialização de medicamentos na microrregião de saúde de Pirapora-MG [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2021. 114 p.
 89. Barcelos PC. Perfil de demandas judiciais de medicamentos da secretaria de estado da saúde do Espírito Santo: um estudo exploratório [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010. 170 p.
 90. Campos Neto OH, Acúrcio FA, Machado MA, et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2012;46(5):784-790. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000500004>
 91. Barbosa PB, Machado Alves SC. A judicialização de medicamentos no estado da Bahia: os números no período de 2014 a 2017. *Cad Ibero Am Direito Sanit*. 2019;8(4):45-65.
 92. Lopes LC, Silveira MSN, Camargo IA, et al. Biological drugs for the treatment of psoriasis in a public health system. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(4):651-661. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005109>
 93. Souza KAO. A influência das ações judiciais na incorporação de medicamentos biológicos ao Sistema Único de Saúde [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2017. 136 p.
 94. Lopes LC, Barberato-Filho S, Costa AC, et al. Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(4):620-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400005>
 95. Souza IP, Bellato R, Araújo LFS, et al. Direito à saúde no tribunal de justiça: demanda por medicações em oncologia. *Rev Rene*. 2012;13(4):919-28.
 96. Honorato S. Judicialização da política de assistência farmacêutica: discussão sobre as causas de pedir no Distrito Federal [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2014. 100 p.
 97. Ramos KA. Solicitações judiciais de medicamentos para tratamento de câncer, Minas Gerais, 1999-2009:

- estudo descritivo [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014. 88 p.
98. Galvão MFSM. Causas da judicialização e suas consequências para implementação da política oncológica no Rio Grande do Norte [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017. 227 p.
 99. Vidal TJ, Moraes EL, Retto MPF, et al. Demandas judiciais por medicamentos antineoplásicos: a ponta de um iceberg. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(8):2539-2548. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.07982017>
 100. Brito SA. Judicialização por medicamentos antineoplásicos para o tratamento de câncer de mama no estado de Pernambuco [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2020. 93 p.
 101. Oliveira FHC, Lorena SJE, Cruz GMA, et al. Profile of judicialization in access to antineoplastic drugs and their costs: a cross-sectional, descriptive study based on a set of all lawsuits filed between 2016 and 2018 in a state in the Northeast Region of Brazil. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1824. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14199-1>
 102. Vieira FFM, Vidal TJ, Silva MJS, et al. Efeitos da judicialização de medicamentos antineoplásicos nos serviços farmacêuticos em oncologia. *Cad Ibero Am Direito Sanit*. 2022;11(1):163-182.
 103. Alberto MF. Análise das características da Judicialização da Saúde no Estado de São Paulo [dissertação]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista; 2012. 116 p.
 104. Nunes CFO. Judicialização do direito à saúde no estado do Ceará, Brasil: cenários e desafios [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2014. 222 p.
 105. Torrieri RT. O fenômeno da judicialização de medicamentos na divisão regional de saúde de Ribeirão Preto/SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2017. 131 p.
 106. Cirico PF. Análise dos resultados do programa Acesso SUS na judicialização de medicamentos na grande São Paulo – SP [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Nove de Julho; 2019. 115 p.
 107. Laffin NHF. Determinantes da judicialização de medicamentos: evidências para as políticas públicas de dispensação [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2019. 108 p.
 108. Salha LA, Reis FC, Gonçalves RM, et al. Judicialization of health: profile of demands for oncological medicines in a state in the central region of Brazil. *Int J Equity Health*. 2022;21(112):1-15. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01704-6>
 109. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 1998 nov 10; Edição 215-E; Seção I:18.
 110. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.577, de 27 de outubro de 2006. Aprova o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2006 nov 13; Seção I:44-64.
 111. Ministério da Saúde (BR). Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 2023 out 2]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/excepcionalidade_linhas_cuidado_ceaf.pdf
 112. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2007 jan 31; Seção I:44-51.
 113. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2009 nov 30; Seção I:725-771.

114. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do componente especializado da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jul 31; Seção I:146.
115. Ministério da Saúde (BR). Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2022 ago 26]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/assistencia-farmaceutica-no-sus/sistema-horus/modulo-especializado/arquivos/2020/livro-2-componente-especializado-da-assistencia-farmacutica-inova-o-para-a-garantia-do-acesso-a-medicamentos-no-sus.pdf>
-
- Recebido em 02/03/2024
Aprovado em 07/11/2024
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: o estudo faz parte de uma pesquisa maior, intitulada 'Análise de demandas judiciais de medicamentos contra a União Federal e mapeamento das estratégias de resolução extrajudiciais de conflito com medicamentos', desenvolvida e financiada pela Fiocruz (Termo de Execução Descentralizada (MS/Fiocruz) no 01/2022)
- Editora responsável:** Elda Coelho de Azevedo Bussinguer

Práticas e crenças nas relações de cuidado da criança em territórios quilombolas: revisão integrativa

Practices and beliefs in childcare relationships in quilombola territories: An integrative review

Monika Wernet¹, Aline Oliveira Silveira², Júlia Rodrigues Barroso de Carvalho², Giuliane Pereira da Costa², Bruna Hinnah Borges Martins de Freitas³, Raul Rodrigo da Silva Meneses², Bruna Coelho Magalhães²

DOI: 10.1590/2358-289820251449681P

RESUMO As comunidades quilombolas no Brasil estão localizadas, predominantemente, em regiões remotas e pobres. As realidades territoriais e socioculturais dessas comunidades moldam práticas parentais com influências no desenvolvimento infantil. Esta pesquisa teve como objetivo analisar a produção científica sobre as práticas e crenças relacionadas ao cuidado de crianças menores de seis anos em comunidades quilombolas no Brasil. Trata-se de revisão integrativa realizada em seis bases de dados, com buscas conduzidas entre novembro e dezembro de 2023. Foram identificadas 501 produções, das quais, 22 integram esta revisão. Os estudos concentram-se nos anos de 2020 e 2021, majoritariamente desenvolvidos no Nordeste do País e com abordagem qualitativa. Os achados foram organizados em três temas: ‘interações e identidade quilombola’; ‘cuidados à saúde e aos agravos’; e ‘práticas alimentares e problemas associados’. Há valorização da liberdade da criança e da sua relação com o território e a comunidade, com intenções de pertencimento quilombola. Embora o leite humano seja valorizado, é considerado insuficiente, o que leva à introdução precoce de outros alimentos. A relação com os serviços de saúde é frágil, prevalecendo em situações de adoecimento. Os saberes populares são amplamente utilizados no cuidado infantil. O cuidado culturalmente congruente está indicado.

PALAVRAS-CHAVE Quilombolas. Lactente. Pré-escolar. Pais. Revisão.

ABSTRACT Brazilian quilombola communities are predominantly located in remote and poor regions. These communities' territorial and sociocultural realities shape parenting practices that influence child development. This research aimed to analyze the scientific production on practices and beliefs related to caring for children under six in Brazilian quilombola communities. This integrative review was conducted in six databases from November to December 2023. We identified 501 studies, of which 22 comprise this review. The studies focus on 2020 and 2021 and were primarily conducted in the Northeast with a qualitative approach. The findings were organized into three themes: ‘interactions and quilombola identity’, ‘healthcare and disease care’, and ‘dietary practices and associated problems’. There is an appreciation of children's freedom and relationship with the territory and the community, with intentions of belonging to the quilombola. Although human milk is valued, it is considered insufficient, which leads to the early introduction of other foods. The relationship with health services is weak, prevailing in situations of illness. Popular knowledge is widely used in childcare. Culturally congruent care is indicated.

KEYWORDS Quilombola communities. Infant. Child, preschool. Parents. Review.

¹Universidade Federal de São Carlos (USFCar) – São Carlos (SP), Brasil.

²Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.
alinesilveira@unb.br

³Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) – Cuiabá (MT), Brasil.



Introdução

O Brasil possui um arcabouço legal robusto para a proteção da infância, com compromissos voltados ao desenvolvimento integral das crianças¹⁻⁴, especialmente nos primeiros seis anos de vida². Nesse contexto, um dos focos é o fortalecimento das funções parentais, familiares e da rede comunitária, com vistas a garantir cuidados básicos e interações de reciprocidade, afetuosas e positivas^{2,3}, para a efetivação dos direitos fundamentais das crianças.

As realidades territoriais e socioculturais influenciam práticas parentais, são desdobradas de normas sociais, valores e crenças aprendidos e vigentes no contexto da vida e da existência. Os territórios quilombolas do Brasil são remanescentes dos antigos quilombos, representam uma dimensão político-social de luta pela terra e por questões raciais⁵⁻⁷. Eles concentram-se em regiões remotas e pobres do País e estão marcados por processos históricos de discriminação e exclusão⁸, mas também pelo sentimento de pertença⁶. No último censo, identificaram-se 494 territórios quilombolas distribuídos em 24 estados do Brasil e no Distrito Federal⁸, com pluralidade de modos de ser quilombola.

O cuidado infantil e a parentalidade nos territórios quilombolas detêm particularidades. Neles conflui a relação simbólica e de etnicidade estabelecida desde os antepassados⁹, somada às particularidades locais. Assim, para os profissionais, no suporte às parentalidades nos territórios quilombolas está o

reconhecimento e o respeito à relação entre território, cultura e tradições. As ações de vigilância e promoção do desenvolvimento infantil nos quilombos são prementes. As práticas parentais estão circunscritas a elas. Ademais são imperativas indicativas às políticas públicas, assim como documentos orientadores e práticas profissionais na direção dos direitos humanos, da diversidade étnico-racial-cultural, da integralidade e da equidade. O objetivo deste estudo foi analisar a produção científica sobre as práticas e crenças relacionadas ao cuidado de crianças menores de seis anos em comunidades quilombolas no Brasil.

Material e métodos

Trata-se de uma revisão integrativa desenvolvida em cinco etapas, seguindo a metodologia proposta por Whitemore e Knafl¹⁰. As etapas foram: especificação do propósito da revisão e definição do problema (pergunta norteadora) da pesquisa; busca na literatura; extração e avaliação dos dados; análise dos dados; e apresentação dos resultados (síntese integrativa). Entre os diferentes tipos de revisões, a revisão integrativa permite abordar e combinar estudos com diversas metodologias, ampliando o escopo da prática baseada em evidências¹⁰. Para elaboração da pergunta norteadora, utilizou-se a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), conforme detalhamento no *quadro 1*.

Quadro 1. Descrição da estratégia PCC, utilizada para elaboração da pergunta norteadora

Estratégia PCC	
P (população)	Crianças quilombolas menores de 6 anos
C (conceito)	Valores, práticas e crenças nas relações de cuidado (relações familiares e relações parentais)
C (contexto)	Comunidades quilombolas do Brasil

Fonte: elaboração própria.

A questão norteadora desta revisão foi: ‘Quais são os valores, crenças e práticas presentes nas relações de cuidados às crianças pequenas nas comunidades quilombolas do Brasil?’. Com base nessa questão, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão, bem como as estratégias de busca. Os critérios de inclusão adotados foram: 1) pesquisas que abordassem valores, crenças e práticas nas relações de cuidados; 2) crianças menores de seis anos como público de interesse; e 3) estudos realizados em comunidades quilombolas no Brasil. O critério de exclusão foi a indisponibilidade dos estudos na íntegra.

As seguintes bases de dados foram selecionadas para a pesquisa: Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Embase (Elsevier), Web of Science, Scopus e BDTD (Biblioteca Digital Brasileira

de Teses e Dissertações). O acesso às bases de dados foi realizado por meio do Portal Periódico Capes, utilizando o acesso CAFE.

As buscas nas bases de dados foram realizadas em três datas diferentes para fins de testagem, comparação dos quantitativos de estudos encontrados e refinamento da estratégia de busca. Foram conduzidas duas buscas preliminares em novembro (dias 3 e 22), e a busca final, em 06 de dezembro de 2023. Nas bases de dados, aplicou-se o filtro de campo de busca (título, resumo e assunto), e foram limitados os idiomas para português, inglês e espanhol. Não foram aplicados outros critérios e/ou filtros em função de restringirem alcances de materiais e por se tratar de uma revisão integrativa. A estratégia de busca adotada foi: (criança OR infância) AND (quilombola OR quilombo OR mocambo). Detalhamento na *tabela 1*.

Tabela 1. Detalhamento das estratégias de busca por base de dados e quantitativo de estudos encontrados

Estratégia de busca	Base de Dados	Resultado
(criança OR infância) AND (quilombola OR quilombo OR mocambo)	Lilacs	56
(child OR childhood) AND (quilombola OR quilombo OR mocambo)	Lilacs	59
(niño OR niñez) AND (quilombola OR quilombo OR mocambo)	Lilacs	52
(criança OR infância) AND (quilombola OR quilombo OR mocambo)	SciELO	17
(child OR childhood) AND (quilombola OR quilombo OR mocambo)	SciELO	24
(niño OR niñez) AND (quilombola OR quilombo OR mocambo)	SciELO	0
(child OR childhood) AND (quilombola OR quilombo OR mocambo)	Embase	45
(child OR childhood) AND (quilombola OR quilombo OR mocambo)	Web of Science	10
(child OR childhood) AND (quilombola OR quilombo OR mocambo)	Scopus	67
(criança OR infância) AND (quilombola OR quilombo OR mocambo)	Base Nacional de Teses e Dissertações	152

Fonte: elaboração própria.

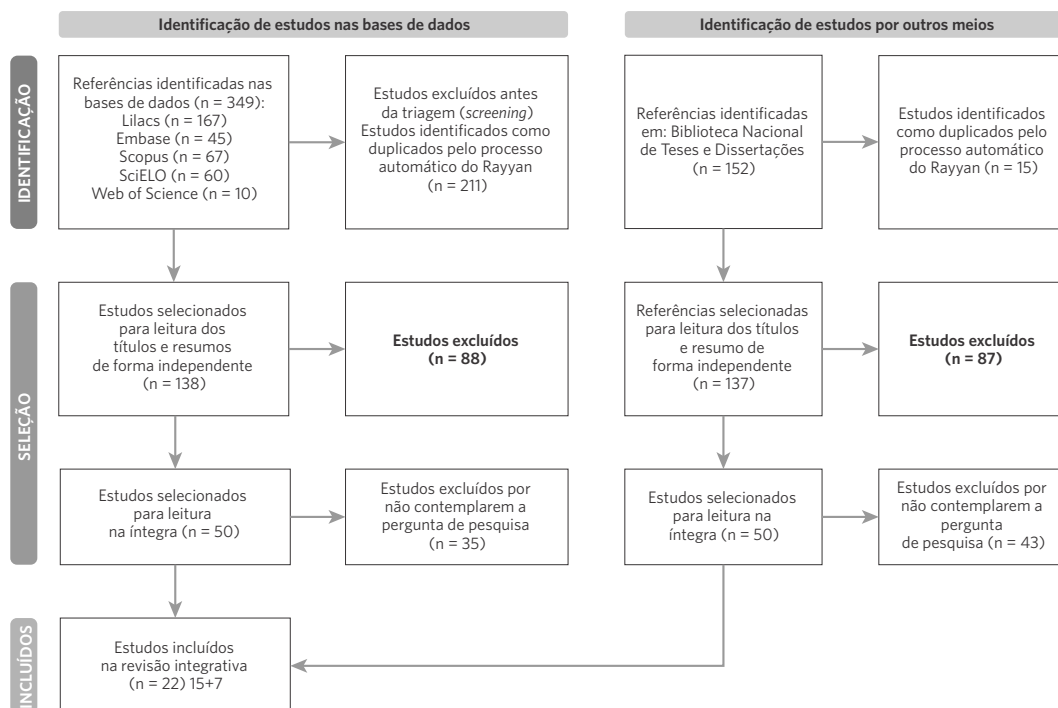
Foram encontrados 501 estudos no conjunto das bases de dados. Todos eles foram importados para o Rayyan®, na versão web gratuita do *software*. As duplicatas (n = 226) foram identificadas e removidas, restando um total de 275 estudos para a triagem.

A triagem inicial dos 275 estudos foi realizada a partir da leitura de título e resumo, conduzida de forma cega por quatro revisores independentes, com divergências resolvidas por um quinto revisor em reunião de consenso. Nesta etapa, 175 estudos que não

atendiam aos critérios de inclusão foram excluídos, permanecendo 100 estudos, remetidos para leitura na íntegra, conduzida de modo independente pelos revisores e discutida em reunião de equipe, consolidando a segunda etapa de triagem.

Dos 100 estudos, 78 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. Assim, 22 estudos integraram a amostra final desta revisão. O processo de triagem e seleção dos estudos consta na *figura 1* (Diagrama PRISMA), adaptado para a revisão integrativa¹¹.

Figura 1. Diagrama PRISMA



Fonte: elaboração própria com base em Page et al.¹¹.

Os dados dos artigos selecionados foram extraídos utilizando um instrumento padronizado, elaborado pelos autores, contendo as seguintes informações: credenciais do autor, ano de publicação, região geográfica e comunidade quilombola onde o estudo foi desenvolvido, problema/questão e/ou objetivos, participantes, referencial teórico e metodológico, principais resultados (transcrição integral dos trechos relacionados ao objeto desta revisão) e implicações (texto elaborado pelo pesquisador relacionado aos desdobramentos do estudo para a pergunta de pesquisa estabelecida para a revisão). Essas informações permitiram a caracterização detalhada dos estudos, e são

apresentadas nos quadros 2 e 3.

Os textos relativos aos resultados dos estudos e suas implicações formaram um *corpus* que sofreu leituras e releituras para identificar, primeiramente, temas ali contidos. Com os temas e a questão de pesquisa em consideração, o *corpus* foi relido, e, por meio de processos analíticos voltados à captação semântica e conceitual ali contida, códigos foram estabelecidos e, posteriormente, agrupados em categorias representativas dos modos de vida, práticas e valores parentais presentes nas interações com as crianças quilombolas menores de seis anos. O resultado está apresentado em formato de síntese temática integrativa.

Resultados

Quadro 2. Informações dos estudos selecionados para a revisão integrativa, publicados entre 2007 e 2019

Autor/Ano	Local	Objetivo	Participantes	Metodologia
Rabinovich; Bastos, 2007 ¹²	Comunidade Carmo, São Paulo, Brasil.	Detectar a ação dos projetos sociais, governamentais e os não governamentais, a partir das famílias e de sua ação nas trajetórias de vida de seus membros.	3 famílias com crianças de idades diversas.	Estudo de caso etnográfico.
Leite et al., 2013 ¹³	Comunidades quilombolas de Alagoas, Brasil.	Avaliar o consumo alimentar e o estado nutricional das crianças das comunidades quilombolas de Alagoas.	670 crianças entre 12 e 60 meses.	Estudo transversal.
Morais, 2013 ¹⁴	Comunidade do Monte Recôncavo de São Francisco do Conde, Bahia, Brasil.	Analisar o cuidado à saúde prestado pelas mães no domicílio a criança de 0 a 1 ano na comunidade quilombola do Monte Recôncavo em São Francisco do Conde-BA, na perspectiva da Teoria Transcultural do cuidado de Leininger.	11 mães de crianças com idade entre 0 e 1 ano de idade.	Pesquisa qualitativa, com base na Antropologia.
Marques et al., 2014 ¹⁵	Comunidade de Buriti do Meio, Minas Gerais, Brasil.	Avaliar os atributos da atenção primária, com enfoque sobre a saúde infantil, segundo a percepção de uma comunidade quilombola no Norte de Minas Gerais.	76 famílias com crianças de zero a cinco anos de idade.	Pesquisa de abordagem quantitativa.
Martins, 2014 ¹⁶	Comunidade de Vila Monte Alegre, Bahia, Brasil.	Apreender o cuidado prestado ao recém-nascido em comunidade quilombola e as influências intergeracionais nesse cuidado.	7 mães, 1 bisavó parteira, 3 avós, e 4 cuidadoras e familiares de crianças de até 2 anos.	Pesquisa de abordagem qualitativa.
Paula, 2014 ¹⁷	Comunidade Morro do Fortunato e Aldeia, Santa Catarina, Brasil.	Compreender e analisar o lugar que as crianças ocupam, como são suas práticas e experiências, e o que elas expressam sobre as relações educativas que se estabelecem no espaço institucionalizado da educação e no espaço da comunidade quilombola onde moram.	7 crianças de 4 a 6 anos de idade.	Pesquisa de cunho etnográfico.
Ferreira; Torres, 2015 ¹⁸	Comunidade Bom Despacho, Alagoas, Brasil.	Caracterizar a situação de nutrição e saúde de mulheres e crianças de uma comunidade antes e após sua certificação como remanescente de quilombo.	215 mulheres e 261 crianças	Estudo analítico observacional.
Melo, 2016 ¹⁹	Comunidade Muquém, Alagoas, Brasil.	Objetivou-se analisar os saberes e as práticas de cuidado da família na atenção à saúde da criança quilombola menor de 2 anos, à luz da Teoria Transcultural de Leininger.	13 mães, 02 avós e 01 tia cuidadoras de crianças menores de 2 anos.	Pesquisa de abordagem qualitativa.
Siqueira; Jesus; Camargo, 2016 ²⁰	Comunidade de Praia Grande, Bahia, Brasil.	Conhecer o itinerário terapêutico de crianças quilombolas em situação de urgência/emergência.	10 crianças de 0 a 11 anos.	Pesquisa de abordagem qualitativa.
Oliveira et al., 2018 ²¹	Comunidades quilombolas (Praia Grande, Bananeira, Martelo, Ponta Grossa e Porto dos Cavalos), Bahia, Brasil.	Conhecer os significados da consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na perspectiva de mães quilombolas.	26 mães de crianças menores de um ano de idade.	Pesquisa de abordagem qualitativa.
Oliveira et al., 2019 ²²	Comunidades quilombolas (Praia Grande, Bananeira, Martelo, Ponta Grossa e Porto dos Cavalos), Bahia, Brasil.	Compreender os fatores que interferem no comparecimento de crianças quilombolas às consultas de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento.	14 mães de crianças menores de um ano de idade.	Pesquisa de abordagem qualitativa.

Fonte: elaboração própria.

Quadro 3. Informações dos estudos selecionados para a revisão integrativa, publicados entre 2020 e 2023

Autor/Ano	Local	Objetivo	Participantes	Metodologia
Araújo, 2020 ²³	Comunidades quilombolas, Alagoas, Brasil.	Investigar indicadores/prevalência do aleitamento materno exclusivo e se o transtorno mental comum promove sua interrupção precoce.	252 binômios mães/filhos.	Estudo transversal.
Perez, 2020 ²⁴	Comunidade de Cafuringa, Rio de Janeiro, Brasil.	Compreender as relações que crianças e jovens de Cafuringa estabelecem com o território, seus usos e apropriações, e os modos de subjetivação diante dos conflitos ambientais vivenciados na comunidade.	30 crianças e jovens, com idades entre 2 e 24 anos.	Pesquisa-intervenção.
Martins et al., 2020 ²⁵	Comunidades quilombolas, Bahia, Brasil.	Identificar os fatores que interferem nas práticas de aleitamento materno exclusivo em comunidades quilombolas.	24 mães de crianças com filhos na faixa etária de 0 a 02 anos.	Pesquisa de abordagem qualitativa.
Siqueira, 2020 ²⁶	Comunidade Praia Grande, Bahia, Brasil.	Realizar uma pesquisa-ação sobre prevenção e manejo do mico da DDA em crianças de comunidade quilombola.	64 responsáveis de crianças de até 5 anos de idade, de ambos os sexos.	Pesquisa-ação.
Lima, 2021 ²⁷	Comunidades, localizadas em municípios de Goiás, Brasil.	Avaliar as coberturas vacinais, segundo o calendário nacional de vacinação da criança para o primeiro ano de vida, suas distribuições no espaço e tendências no tempo, para crianças assentadas, quilombolas e ribeirinhas do estado de Goiás, nascidas entre 2010 e 2017.	616 crianças nascidas entre 2010 e 2017.	Estudo epidemiológico, de coorte retrospectiva, seguido de estudo ecológico analítico de série temporal.
Silva et al., 2021 ²⁸	Comunidade do norte do estado de Goiás, Brasil.	Identificar aspectos socioculturais e intergeracionais nas percepções e práticas sobre alimentação infantil entre mulheres quilombolas.	16 mães de crianças menores de 5 anos.	Pesquisa de abordagem qualitativa.
Castro, 2021 ²⁹	Comunidade Colônia do Paiol, Minas Gerais, Brasil.	Identificar e compreender como as práticas do cuidar e do educar, baseadas na ancestralidade e transmitidas através da oralidade, refletem nas vivências das crianças e bebês na comunidade.	Pais, avós e/ou cuidadores dos bebês e crianças.	Pesquisa qualitativa de cunho etnográfico.
Gocks, 2021 ³⁰	Comunidade do Algodão, Rio Grande do Sul, Brasil.	Conhecer os espaços (lugares) onde as crianças quilombolas costumam brincar; e, no espaço escolar e no ambiente familiar, quais são as brincadeiras preferidas.	Pais de crianças de 4 a 6 anos.	Pesquisa de abordagem qualitativa.
Vasconcelos, 2022 ³¹	Comunidade Córregos dos Iús, Ceará, Brasil.	Avaliar o consumo alimentar e estado nutricional de crianças menores de dois anos da Comunidade de Remanescentes Quilombolas de Córregos dos Iús, Acaraú, Ceará, Brasil.	Crianças a partir de cinco meses de idade.	Pesquisa de abordagem qualitativa.
Lima et al., 2023 ³²	Comunidades quilombolas, Goiás, Brasil.	Estimar a cobertura vacinal de crianças residentes em comunidades quilombolas e assentamentos rurais da região central do Brasil durante o primeiro ano de vida e analisar os fatores associados à vacinação incompleta.	133 crianças.	Estudo transversal analítico.
Souza et al., 2023 ³³	Comunidade de Santa Rita de Barreira, Pará, Brasil.	Analisar, na percepção dos cuidadores, as práticas de cuidado em saúde prestadas às crianças quilombolas.	18 cuidadoras de crianças de 0 a 5 anos.	Pesquisa de abordagem qualitativa.

Fonte: elaboração própria.

A amostra final desta revisão integrativa consistiu em 22 estudos, com publicação entre os anos de 2007 e 2023, concentrando-se, principalmente, nos anos de 2020 e 2021 (n = 4 em cada ano). Quanto à localização das comunidades analisadas nos estudos, três eram da região Centro-Oeste (comunidades do Goiás),

doze da região Nordeste (comunidades de: Alagoas – Bom Despacho, Muquém; Bahia – Monte Recôncavo, Vila Monte Alegre, Praia Grande, Bananeira, Martelo, Ponta Grossa, Porto dos Cavalos; Ceará – Córregos dos Iús), uma da região Norte (comunidade Santa Rita de Barreira, no Pará), quatro da região Sudeste

(São Paulo – Quilombo do Carmo; Minas Gerais – Buriti do Meio, Colônia do Paiol; Rio de Janeiro – Cafuringa) e três da região Sul (Santa Catarina – Morro do Fortunato e Quilombo Aldeia; e Rio Grande do Sul – Comunidade do Algodão).

Com relação aos referenciais teóricos e metodológicos, a maioria dos estudos adotou uma abordagem qualitativa ($n = 17$), incluindo três etnografias e dois estudos com desenhos participativos.

A integração dos achados dos estudos permitiu a identificação de três categorias temáticas representativas das práticas, crenças e valores presentes na relação de cuidado parental e comunitária direcionadas às crianças menores de seis anos: ‘interações e identidade quilombola’; ‘cuidados à saúde e aos agravos’; e ‘práticas alimentares e problemas associados’.

Interações e identidade quilombola

As mulheres do quilombo compartilham de sentimento de corresponsabilidade pela criança e seu cuidado^{12,14,19}, sendo as principais cuidadoras as mães e avós^{12,15,19}. O cuidado exercido envolve a transmissão de hábitos e conhecimentos próprios da comunidade quilombola, para promover o pertencimento cultural nas crianças^{12,17,29}. O sentimento de pertença repercute e está evidenciado na tendência dessas crianças de disseminar suas tradições na interação com crianças não quilombolas¹⁷.

Na direção do exposto, o brincar é valorizado e incentivado por favorecer apreciação dos valores comunitários, mas, também, pelos benefícios ao desenvolvimento e à autonomia das crianças^{24,30}. Estudo realizado em comunidade quilombola do Rio de Janeiro destacou que os laços com o território são construídos desde a infância, especialmente por meio das brincadeiras coletivas ao ar livre²⁴. Essas atividades valorizam o ambiente natural e incluem a confecção de brinquedos pelas próprias crianças²⁴. Além disso, o estudo revelou ser comum, nessas interações, a disseminação

de histórias com personagens tradicionais da cultura popular brasileira²⁴.

No cuidado das crianças quilombolas, há ampla incorporação de saberes populares, como uso de ervas e óleos, cantigas, crenças e rezas^{14,16}. Exemplos incluem a utilização de chás e cantigas para um sono tranquilo¹⁶, adoção de rezas, benzimentos e rituais nos cuidados do recém-nascido^{16,29}. Especificamente direcionado ao coto umbilical, há o uso de óleos misturados com pimenta, por suas propriedades cicatrizantes¹⁶, e o ritual de enterrar o coto no quilombo para garantir o retorno e a conexão com o território²⁹.

Cuidados à saúde e aos agravos

A proteção contra infecções e doenças é foco de atenção, sendo promovida por meio de chás^{16,19,20,33} e do reforço para o uso de calçados e agasalhos¹⁷. Frente ao adoecimento, é comum recorrerem à religiosidade, aos remédios caseiros, xaropes, banhos (especialmente de folhas), chás e massagens^{20,26}. Por exemplo, o uso de soro caseiro e fitoterápicos é descrito em casos de diarreia e desidratação infantil²⁶.

Buscam os serviços de saúde para acompanhamento do desenvolvimento infantil^{21,22}, mas, principalmente, diante de adoecimentos graves^{19,21,22}, como desidratações decorrentes de diarreia e vômitos²¹. No entanto, as relações com os serviços são descritas negativamente, com longas esperas e demora para o agendamento e atendimento²², somadas a insuficiências no tempo dedicado à consulta pelos profissionais de saúde, a postura destes nos atendimentos²², e a falta de clareza nas orientações terapêuticas e/ou medicamentosas fornecidas²¹.

Práticas alimentares e problemas associados

O ato de amamentar é um valor e costume intergeracional entre mulheres quilombolas, sendo associado ao sentimento de satisfação e contribuição para a saúde e o crescimento

da criança²⁹. Contudo, a prática está intersectada pela crença na insuficiência do leite materno^{16,19,25}, que leva à introdução precoce (por volta dos 4 meses de vida) de farinhas e outros alimentos, o que interfere na duração do aleitamento exclusivo^{14,25,29}. Destarte, desdobrado da mesma crença, pode ocorrer de outra nutriz quilombola aleitar a criança ao seio^{16,25}.

Gerações anteriores aos pais reforçam a importância de a criança “comer o que dá sangue”²⁹⁽ⁿ⁾, indicando a amamentação, sob a relativização de sua suficiência. Assim, caldos de arroz e feijão, sopas, verduras, frutas e alimentos consumidos pelas demais pessoas da casa são introduzidos^{19,29}, mantendo a utilização de papinhas feitas com leite acrescidas de Arrozina®, Cremogema® ou Mucilon®¹⁹.

Outra crença identificada é a de que não há produção suficiente de leite no primeiro dia após o parto, significado que conduz ao início da amamentação no dia seguinte ao nascimento da criança e oferta de chás em substituição ao colostro imediatamente após o parto²⁸. Adicionalmente, há a crença de que amamentar no escuro contribui para a qualidade do leite, pois a luz torna-o fraco²⁵.

A introdução de complementos está amplamente apontada nos estudos^{16,18,19,25,28,29,31}, mas a oferta do leite materno persiste além dos seis meses de vida da criança¹⁹. Um estudo em uma comunidade quilombola no norte do estado de Goiás revelou que o desmame precoce (antes dos 2 anos de vida da criança) é influenciado pelo nascimento dos dentes e por uma nova gravidez da mãe, que pode acontecer após 40 dias do parto²⁸. As avós mencionam preocupações estéticas com as mamas como motivo para o desmame precoce²⁸.

Os primeiros alimentos oferecidos às crianças refletem os hábitos alimentares da família, como abóbora, feijão (principalmente o caldo), batata, sopa, mandioca e cuscuz²⁹. Certos alimentos, como carnes gordurosas e o feijão são considerados ‘pesados’ e não recomendados para crianças menores²⁹.

Estudo em Alagoas revelou que as crianças fazem, em média, quatro refeições diárias,

com pouca variedade de grupos de alimentos, predominando cereais (39,3%), carnes (13,7%), leite e derivados (12,7%). O consumo de frutas (5,4%), legumes (0,8%) e verduras (0,5%) é baixo, resultando em ingestão insuficiente de zinco, vitaminas A e C, folato e ferro¹³. A incidência de anemia na comunidade estudada foi de 48%¹³.

Outro estudo em Alagoas, antes e após a certificação da comunidade como remanescente de quilombo, mostrou manutenção da prevalência de sobrepeso nas crianças (9,4%), incremento na suplementação de vitamina A e amamentação exclusiva até os seis meses, e redução da prevalência de anemia de 51,9%¹⁸.

Desvios relacionados ao excesso de peso foram identificados em uma comunidade quilombola do Ceará, onde 44,4% das crianças menores de dois anos apresentaram peso elevado para idade, com 11,1% de sobrepeso³¹. A ingestão de vegetais verde-escuros estava ausente, e o consumo de alimentos ultraprocessados foi alto (83%) entre crianças de seis a 23 meses, destacando-se macarrão instantâneo, bebidas adoçadas e biscoitos recheados³¹.

A alimentação infantil é fortemente influenciada por gerações anteriores, especialmente pelas avós, que se preocupam em transmitir oralmente conhecimentos, práticas e experiências, um aspecto valorizado e apreciado pelas mães²⁹.

Para aumentar a produção de leite, indicase às nutrizas consumo de alimentos à base de milho e mandioca²⁵. Outros cuidados recomendados à mulher quilombola no pós-parto são: uso de chá de arruda com açúcar queimado e cachaça para limpar o organismo após o parto²⁵, não lavar o cabelo durante 40 dias e utilizar o próprio leite para cicatrizar fissuras nos mamilos²⁹.

Discussão

A presente revisão destaca práticas de cuidado estruturadas em valores e crenças tradicionais, com intenções de exposição e incorporação

pela criança desses elementos, na direção de contribuir para a formação e solidificação da identidade quilombola³⁴.

Destarte, é de conhecimento que quilombos detêm modo de interação que privilegia o compartilhamento, mas, no que tange ao cuidado da criança, os resultados assinalaram que o compartilhamento está concentrado nas mulheres, apesar de o cuidado ser compreendido como responsabilidade coletiva. As mulheres cuidam de todas as crianças, não se limitando às crianças filhas biológicas³⁵. Esse contexto tem potencialidade de favorecer sobrecarga das mulheres no exercício do papel 'materno', núcleo a ser atentado pelos profissionais no suporte à parentalidade e ao cuidado de crianças nesse contexto.

Ademais, o quilombo é espaço dual para mulheres, de afirmação e empoderamento, mas, também, de opressão e sexismo³⁶, com intersecções das questões de gênero³⁷. Elas garantem o cuidado da casa, da saúde dos habitantes, atuam na geração de renda e na transmissão dos saberes originários^{34,38}, sob a naturalização do sexismo e da subalternidade, mas também sob a sororidade e dororidade das mulheres pares³⁹. Apesar de meninos e meninas serem ensinados a realizar tarefas domésticas e do território, lógicas sexistas e machistas reverberam na comunidade, influenciando os processos educativos e a atuação das mulheres³⁵.

O sentimento de pertencimento ao quilombo e às suas causas possui representações culturais, históricas e sociais que articulam território e existência, perpetuando a luta e a resistência. Essa construção se manifesta nas ações de cuidado infantil, destacando a promoção e permissão de exploração livre e autônoma do quilombo e do que nele existe. Para tanto, são valorizadas as interações com o território e todos os seus componentes, com destaque ao brincar livre e à exposição das crianças às intervenções orais dos habitantes para compartilhar tradições e histórias, favorecendo a relação criança-território, criança-cultura e criança-pertencimento. As

mães incentivam a participação das crianças nas atividades comunitárias, esperando que essas práticas sejam transmitidas às futuras gerações⁴⁰.

A construção da identidade quilombola é estruturante do cuidado à criança, como mostraram os resultados desta revisão. Ela ocorre a partir e em íntima relação com o território, buscando a luta e a garantia do direito de manter a relação simbólica e de etnicidade estabelecida desde os antepassados⁹. O reconhecimento legal do território quilombola implica compromissos com as particularidades dessas comunidades, como consta nos resultados de um dos estudos desta revisão¹⁸.

Os saberes tradicionais, transmitidos oralmente, especialmente pelas mulheres mais velhas, reforçam a resistência e a afirmação dos quilombolas^{5,6} e estão presentes nas práticas de cuidado infantil⁴⁰, como evidenciado nos resultados deste estudo. Saberes e tradições são, desde cedo, circulados na comunidade, assegurando sua funcionalidade e sobrevivência⁶. Esse processo simbólico se inicia na primeira infância, assim como já revela manifestações como evidenciado pelo comportamento das crianças quilombolas em relação às não quilombolas³⁰.

As práticas tradicionais no cuidado infantil incluem benzimentos, chás, uso de fitoterápicos, direcionando tanto a promoção do desenvolvimento quanto as intervenções em casos de adoecimento^{5,40}. Esse conhecimento popular, ao ser amplamente adotado no cuidado das crianças, como revelaram os achados desta revisão, preserva-se intergeracionalmente³⁸.

Ao direcionar a atenção para a relação dos quilombolas com os serviços de saúde, os achados deste estudo assinalaram fragilidades. Ademais, há dificuldade de acesso, sobretudo por questões geográficas, impactando o direito à saúde^{38,41}, mas os dados da revisão denunciaram insatisfação com o atendimento, longos períodos de espera e consultas breves²². Desdobradas desses achados, as fragilidades na garantia do direito à saúde se potencializam. É de conhecimento a existência de

recomendações para que equipes de saúde se desloquem regularmente aos quilombos para ações de vigilância do desenvolvimento infantil e suporte aos cuidados da criança, porém, estudo recente revelou que o atendimento médico ocorreu apenas uma vez por mês, em locais improvisados³⁸.

Diante do exposto, são prementes avanços na atenção em saúde, suas políticas e documentos orientadores quanto às singularidades dos quilombos e sua população. A atenção primária à saúde não ajusta seus processos de trabalho às particularidades dos territórios quilombolas, resultando em acolhimento insuficiente e desarticulado das determinações sociais^{33,41}. A precariedade das condições de vida, como baixa renda e escolaridade, falta de serviços, equipamentos sociais e espaços de lazer e problemas de infraestrutura e mobilidade, tem repercussões diretas na primeira infância e no potencial de desenvolvimento infantil em longo prazo. Recomendam-se estudos que explorem a percepção dos quilombolas sobre o impacto dessas questões na saúde infantil e em suas práticas de cuidado.

Quanto às práticas alimentares, os resultados da revisão revelaram estar o manejo da amamentação influenciado por crenças quilombolas, como a tendência de considerar o leite humano insuficiente, necessitando de complementação. Essas práticas e desfechos se desalinham com as recomendações nacionais de aleitamento exclusivo até os seis meses de vida^{4,16,42} e carecem de suporte conduzido sob uma abordagem culturalmente congruente. Posicionamentos profissionais direcionados por essa perspectiva favorecem a tematização de crenças, a exemplo da interpretação do choro noturno da criança como fome devido à insuficiência do leite humano, e a percepção do colostro como 'ralo', com oferta de chás e engrossantes⁴⁴. Ademais, sob a intenção de nutrir bem a criança, quilombolas apostam na manutenção do aleitamento humano até os dois anos de idade^{42,43}, o que é ponto que pode ser trabalhado pelo profissional para promover a amamentação exclusiva.

Transformar crenças exige um diálogo longitudinal, que é dificultado pela relação prescritiva dos profissionais de saúde. Práticas assistenciais culturalmente sensíveis envolvem o reconhecimento da diversidade cultural e um diálogo entre os conhecimentos profissional e popular para uma abordagem de cuidado mais holística⁴⁴.

Estudos em comunidades quilombolas no Maranhão/Brasil identificaram alta prevalência de desnutrição infantil, associada a fatores ambientais e de renda⁴⁵, e os resultados do presente estudo adicionam os determinantes culturais. A baixa estatura materna foi associada ao déficit estatural infantil, sugerindo um ciclo de desnutrição crônica através das gerações⁴⁵.

A desnutrição infantil é prevalente nas regiões Norte e Nordeste brasileiras, onde se concentram muitos territórios quilombolas. É essencial desenvolver estudos que abordem questões nutricionais entre crianças quilombolas, não apenas quantitativos, mas, também, qualitativos e participativos, gerando evidências para enfrentar essa problemática. As práticas alimentares na primeira infância têm repercussões diretas na saúde e agravos nutricionais.

Diante do exposto, reforça-se que práticas de cuidado cultural e socialmente sensíveis devem valorizar o contexto e o cuidado colaborativo na tessitura do cuidado em saúde, reconhecendo as desigualdades sociais e promovendo um cuidado integral e equitativo⁴⁶. Ao governo brasileiro cabe a tarefa de intervir sobre políticas paralisadas, como as de promoção da equidade para negros e outros grupos vulnerabilizados⁴⁶.

Uma limitação deste estudo foi a dificuldade com os descritores específicos para valores, práticas e crenças nas relações de cuidado. As tentativas de usar descritores como 'cuidado da criança' ou 'relações pai-filho' resultaram em estudos com foco distinto do pretendido, e o termo 'práticas parentais' não é reconhecido como descritor nas bases de dados nacionais e internacionais. Esse fator limitante nas buscas

pode ter restringido a abrangência dos resultados obtidos. Ainda em termos de limitações, os desenhos dos estudos alcançados foram prioritariamente qualitativos, o que favorece algumas evidências sobre as práticas e crenças relacionadas ao cuidado de crianças, mas não permitem afirmativas sobre desfechos e variáveis derivadas desse cuidado, a exemplo de crescimento e alcances de desenvolvimento.

Adicionalmente, a revisão, exceto em um estudo, não alcançou evidências na perspectiva de pessoas do sexo masculino, o que sugere a necessidade de desenvolver pesquisas que explorem essa perspectiva, bem como a visão da comunidade como um coletivo. Ainda, apesar de se ter identificado o local do quilombo, quando trazido ao estudo primário, o descrito não permitiu traçar colocações acerca da pluralidade de modos de ser quilombola e das práticas de cuidado a crianças.

Considerações finais

A maior parte dos estudos integrantes desta revisão é de anos recentes e de abordagem qualitativa, com destaque às etnografias. É premente ampliar visibilidade e considerar as particularidades das infâncias quilombolas e das práticas de cuidado que as promovem, com urgência de renovação dos modos de cuidar, enfrentar o racismo estrutural e a violação de direitos nesse contexto. O Estado brasileiro uniformiza infâncias e nega diversidades, apagando especificidades culturais e sociais.

Os estudos evidenciam que a promoção da identidade quilombola é importante direcionador das práticas de cuidado da criança. Além

disso, destacou crenças, práticas e saberes tradicionais, delineando cuidados relacionados com alimentação, promoção da saúde e manejo de agravos. A relação com os serviços de saúde foi apontada como frágil, com descolhimentos. Portanto, o suporte profissional nesse contexto requer um posicionamento culturalmente sensível e respeitoso, com foco nos direitos, proteção e promoção das infâncias quilombolas, sem negar suas lutas e resistências.

O modelo de cuidado impositivo no suporte às práticas parentais carece de renovação na abordagem, sob políticas estruturadas a partir de uma perspectiva cultural.

Colaboradores

Wernet M (0000-0002-1194-3261)* e Silveira AO (0000-0003-4470-7529)* contribuíram para elaboração, concepção e desenho do trabalho; coleta, análise e interpretação dos dados do estudo; redação e revisão crítica do manuscrito. Carvalho JRB (0000-0002-8504-9457)*, Costa GP (0009-0002-2528-8605)*, Meneses RRS (0009-0001-4116-4939)* e Magalhães BC (0009-0003-7301-9474)* contribuíram para coleta, análise e interpretação dos dados do manuscrito. Freitas BHBM (0000-0002-6652-593X)* contribuiu para coleta, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão a ser publicada e declaram concordância em serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo questões relacionadas com precisão e integridade. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Presidência da República (BR). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 1990 jul 16 [acesso em 2024 jun 26]; Seção I:13563. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
2. Presidência da República (BR). Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2016 mar 9 [acesso em 2024 jun 26]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm
3. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (BR). Programa Criança Feliz [Internet]. Gov.br [Internet]; 2023 [acesso em 2024 jun 26]. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/crianca-feliz>
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação [Internet]. Brasília, DF: MS; 2018 [acesso em 2024 jun 5]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>
5. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (BR). Censo 2022: População quilombola é de 1,3 milhão, indica recorte inédito do censo. Serviços e Informações do Brasil [Internet]. 2023 jul 27 [acesso em 2024 jun 26]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2023/07/populacao-quilombola-e-de-1-3-milhao-indica-recorte-inedito-do-censo>
6. Alves HJ, Soares MRP, Costa RRS, et al. Saúde da Família, territórios quilombolas e a defesa da vida. Trab educ saúde. 2023;21:e02209219. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2209>
7. Durães NA, Ramos JS. Saberes em Narrativas de uma comunidade tradicional: oralidade e decolonialidade. EE&S. 2021;14(16):1-17. DOI: <https://doi.org/10.46551/ees.v14n16a08>
8. Paiva SG, Klautau-Guimarães MN, Oliveira SF. Dinâmicas socioeconômicas e demográficas de comunidades quilombolas do Brasil Central: uma abordagem descritiva. Clím. 2022;22(6):611-25. DOI: <https://doi.org/10.53660/CLM-595-663>
9. Salomão FV, Castro CV. A Identidade Quilombola: Territorialidade Étnica e Proteção Jurídica. CPPG-DirUFRGS. 2018;13(1)236-255. DOI: <https://doi.org/10.22456/2317-8558.73034>
10. Whitemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005;52(5):546-553. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
11. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:371. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
12. Rabinovich EP, Bastos ACS. Famílias e projetos sociais: analisando essa relação no caso de um quilombo em São Paulo. Psicol Estud. 2007;12(1):3-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722007000100002>
13. Leite FM, Ferreira HS, Bezerra MK, et al. Consumo alimentar e estado nutricional de pré-escolares das comunidades remanescentes dos quilombos do estado de Alagoas. Rev Paul Pediatr. 2013;31(4):444-451. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822013000400005>
14. Moraes AC. O Cuidado às Crianças Quilombolas no Domicílio à luz da Teoria Transcultural de Leininger [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2013. 200 p.

15. Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, et al. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(2):365-371. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.02992013>
16. Martins LA. Cuidado ao recém-nascido em comunidade quilombola e a influência intergeracional [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2014. 122 p.
17. Paula E. Vem brincar na rua!: entre o Quilombo e a Educação Infantil: capturando expressões, experiências e conflitos de crianças quilombolas no entre-méio desses contextos [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014. 355 p.
18. Ferreira HS, Torres ZMC. Comunidade quilombola na Região Nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2015;15(2):219-229. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000200008>
19. Melo LO. Atenção à saúde da criança quilombola menor de 2 anos: saberes e práticas de cuidado à luz da teoria transcultural [dissertação]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas; 2016. 105 p.
20. Siqueira SMC, Jesus VS, Camargo CL. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(1):179-89. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20472014>
21. Oliveira EF, Camargo CL, Gomes NP, et al. Follow-up consultations on growth and development: the meaning for quilombo mothers. *Esc Anna Nery*. 2018;22(1):e20170054. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0054>
22. Oliveira EF, Camargo CL, Gomes NP, et al. Factors related to quilombola attendance to child follow-up appointments. *Rev Bras Enferm*. 2019;72:9-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0605>
23. Araújo VGS. Aleitamento materno exclusivo e saúde mental materna de mulheres afrodescendentes: estudo de base populacional [dissertação]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas; 2020. 91 p.
24. Perez BC. Entre cercas, brincadeiras e feitiços: os conflitos e as apropriações do território por crianças e jovens quilombolas. *ChildPhilo*. 2020;16(36):1-27. DOI: <https://doi.org/10.12957/childphilo.2020.48351>
25. Martins LA, Oliveira RM, Camargo CL, et al. Practice of breastfeeding in quilombola communities in the light of transcultural theory. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(4):e20190191. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0191>
26. Siqueira SMC. Prevenção e manejo domiciliar da doença diarreica aguda infantil em comunidade quilombola [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2020. 303 p.
27. Lima JOR. Cobertura vacinal em crianças assentadas, quilombolas e ribeirinhas do estado de Goiás, nascidas entre 2010 e 2017 [tese]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2021. 146 p.
28. Silva PO, Gubert MB, Silva AKP, et al. Percepções e práticas intergeracionais de mulheres quilombolas sobre aleitamento materno e alimentação infantil, Goiás, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(10):e00148720. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00148720>
29. Castro ER. “Tem que comer o que dá sangue”: saberes tradicionais e práticas culturais no cuidar e educar de crianças quilombolas [dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2021. 158 p.
30. Gocks C. Vicissitudes do brincar e do aprender em uma escola rural do 4º distrito de Pelotas/RS – Brasil [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2021. 90 p.
31. Vasconcelos CVS, Vasconcelos LTS, Lima MRS, et al. Avaliação do consumo alimentar e estado nutricional de crianças menores de dois anos de uma comunidade quilombola. *Arq Cienc Saude UNIPAR*. 2023;27(1):200-218. DOI: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i1.2023.9080>

32. Oliveira Roque e Lima J, Pagotto V, Rocha BS, et al. Low vaccine coverage and factors associated with incomplete childhood immunization in racial/ethnic minorities and rural groups, Central Brazil. *Vaccines*. 2023;11(4):838. DOI: <https://doi.org/10.3390/vaccines11040838>
33. Souza LN, Nogueira LMV, Rodrigues ILA, et al. Práticas de cuidado em saúde com crianças quilombolas: percepção dos cuidadores. *Esc Anna Nery*. 2023;27:e20220166. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0166pt>
34. Dealdina SS. Mulheres quilombolas: territórios de existências negras femininas. São Paulo: Editora Jandaíra; 2021.
35. Silva PC. “Aqui é tudo uma família só”: maternidade e práticas culturais de um grupo de mulheres em uma comunidade quilombola no Alto Jequitinhonha [tese]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2020. 131 p.
36. Fernandes ETBS, Ferreira SL, Ferreira CSB, et al. Autonomy in the reproductive health of quilombolas women and associated factors. *Rev Bras Enferm*. 2020;73:e20190786. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0786>
37. Soares MRP. Territórios insurgentes: a tecitura. *Rev Katálysis*. 2021;24(3):522-531. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e79280>
38. Gomes RF, Oliveira PSD, Silva MLO, et al. Itinerários terapêuticos no cuidado em saúde em comunidades quilombolas. *Ciênc saúde coletiva*. 2024;29(3):e01602023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.0160202>
39. Pereira AS, Allegretti M, Magalhães L. “Nós, mulheres quilombolas, sabemos a dor uma da outra”: uma investigação sobre sororidade e ocupação. *Cad Bras Ter Ocup*. 2022;30:e3318. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO254033181>
40. Silva PC, Eiterer CL, Miranda SA. Maternidade e práticas culturais no quilombo. *Rev Vozes dos Vales* [Internet]. 2020 [acesso em 2024 jun 26];9(18):11-15. Disponível em: <http://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2020/10/Paula.pdf>
41. Durand MK, Heidemann ITSB. Quilombola women and Paulo Freire's research itinerary. *Texto Contexto – Enferm*. 2020;29:e20180270. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0270>
42. Ministério da Saúde (BR). Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS; 2015.
43. Lima LTB. Aleitamento materno e população quilombola: uma revisão integrativa [trabalho de conclusão de curso]. Caicó: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2023. 23 p.
44. Müller MR, Lima RC, Ortega F. Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil: por um cuidado culturalmente sensível. *Saude Soc*. 2023;32(3):e210731pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210731pt>
45. Silveira VNC, Padilha LL, Frota MTBA. Desnutrição e fatores associados em crianças quilombolas menores de 60 meses em dois municípios do estado do Maranhão, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(7):2583-2594. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.21482018>
46. Souza LB, Chaveiro EF. Territory, environment and way of life: conflicts between agribusiness and the Quilombola community of Morro de São João, Tocantins. *Soc Nat*. 2019;31(1):1-18. DOI: <https://doi.org/10.14393/SN-v31n1-2019-42482>

Recebido em 30/07/2024

Aprovado em 11/11/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Chamada CNPq/Decit-SCTIE-MS/COCAM-CGCI-VI-DAPESSAPS/MS N 46/2022 – Saúde da Criança. Processo n. 408190/2022-1

Editor responsável: Ronaldo Teodoro

Enfrentamento da sífilis em Pessoas Vivendo em Situação de Rua: relato de experiência

Coping with syphilis in homeless people: experience report

Vinícius Rodrigues Fernandes da Fonte¹, Carina D'Onofrio Prince Pinheiro², Daniele do Nascimento Machado de Sousa², Emanuel Lucas de Lima Ramos¹, Fabiana Ferreira Koopmans¹, Eliane Oliveira de Andrade Paquiela¹

DOI: 10.1590/2358-289820251449237P

RESUMO Este estudo teve como objetivo descrever a experiência de uma equipe de Consultório na Rua (eCnaR) em implantar ferramentas de cuidado para o enfrentamento da sífilis adquirida e gestacional na população vivendo em situação de rua. Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado em uma eCnaR do município do Rio de Janeiro, Brasil, entre os meses de maio de 2022 e novembro de 2023. A experiência foi discutida à luz da teoria de autoeficácia de médio alcance, de Bárbara Resnick. Dentre as 371 Pessoas Vivendo em Situação de Rua cadastradas na equipe, 86 foram diagnosticadas com sífilis adquirida ou gestacional. A taxa de tratamento completo foi de 51,16%. Outros 12,79% tiveram o tratamento interrompido por ser considerado cicatriz ou sífilis primária. Dentre as gestantes, 90,91% concluíram o tratamento. Mudanças na linguagem profissional e no ambiente, que incluem a cultura organizacional, normas e rotina, tendem a contribuir para a melhora da autoeficácia do tratamento da sífilis entre as Pessoas Vivendo em Situação de Rua.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Autoeficácia. Pessoas mal alojadas. Sífilis.

ABSTRACT This study aimed to describe the experience of a Consultório na Rua (eCnaR) team in implementing care strategies to combat acquired and gestational syphilis in the population living on the streets. This is a described study, an experience report type, carried out in an eCnaR in the city of Rio de Janeiro, Brazil, between the months of May 2022 and November 2023. The experience was discussed in the light of the medium reach self-efficacy theory, by Bárbara Resnick. Among the 371 people living on the streets registered with the team, 86 were diagnosed with acquired or gestational syphilis. The complete treatment rate was 51.16%, others 12.79% had treatment interrupted, as it was considered scarring or primary syphilis. Among pregnant women, 90.91% completed the treatment. Changes in professional language and the environment, which include organizational culture, norms and routine, tend to contribute to improving self-efficacy for treating syphilis among people living on the streets.

KEYWORDS Primary health care. Self efficacy. Ill-housed persons. Syphilis.

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. vrffonte@gmail.com

²Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) possuem mais de 30 patógenos, entre vírus, bactérias, fungos e protozoários, que podem ser transmitidos através do contato sexual vaginal, oral e anal. Alguns podem, inclusive, ser transmitidos de mãe para filho durante a gravidez, parto ou amamentação. Estima-se que mais de um milhão de IST sejam adquiridas todos os dias no mundo^{1,2}.

No que tange a sífilis, estima-se 7,1 milhões de infecções ao ano no mundo. Trata-se de uma IST sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. É causada pela bactéria *Treponema Pallidum* (*t. pallidum*) que, quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variada. Suas consequências incluem lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte. Na gestação, pode ocasionar abortamento espontâneo, natimortalidade, parto prematuro, malformação do feto, surdez, cegueira, alterações ósseas, deficiência intelectual ou morte ao nascer. Sua transmissão ocorre, principalmente, por contato sexual, mas pode ser transmitida verticalmente para o feto, durante a gestação de uma pessoa com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada¹.

Como a maioria das pessoas com sífilis é assintomática, reduz-se a chance de procura pelo serviço de saúde. Pode ser classificada em diferentes estágios, sendo os iniciais de sífilis primária e secundária os de maiores chances de transmissibilidade. A sífilis primária possui tempo de incubação de dez a 90 dias, com média de três semanas. A principal manifestação é uma úlcera rica em treponemas, geralmente única e indolor, com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo. Surge no local de entrada da bactéria, i.e., pênis, vulva, vagina, colo do útero, ânus, boca ou outro local tegumentar. É acompanhada de linfadenopatia regional. O desaparecimento da sintomatologia independe do tratamento, podendo não ser notado ou valorizado pelo paciente³.

Na sífilis secundária, que ocorre em média entre seis semanas e seis meses após a cicatrização da lesão primária, ou cancro duro, as manifestações são muito variáveis. Em geral, apresenta-se uma erupção macular eritematosa pouco visível, principalmente no tronco e raiz dos membros. As lesões progridem e se tornam mais evidentes, papulosas e eritematosas acastanhadas, que podem atingir todo tegumento, sendo frequente nos genitais e habitualmente na palma da mão e planta dos pés. A sífilis secundária pode ocasionar ainda placas acinzentadas em mucosas, lesões úmidas e vegetantes, alopecia em clareira e madarose. Sintomas inespecíficos tais como febre baixa, mal-estar, cefaleia e adinamia também podem aparecer. A sintomatologia desaparece em algumas semanas, independente de tratamento, provocando falsa impressão de cura³.

Sífilis latente é o período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma. O diagnóstico faz-se exclusivamente pela reatividade dos testes treponêmicos e não treponêmicos, e a maioria dos diagnósticos ocorre nessa fase. A sífilis latente é dividida em latente recente – até um ano de infecção – e latente tardia – de mais de um ano de infecção³.

A sífilis terciária pode surgir entre um e 40 anos depois do início da infecção. Nesse estágio, provoca destruição tecidual, sendo comum o acometimento do sistema nervoso, cardiovascular e ósseo. Esse estágio pode levar a morte³.

Os testes diagnósticos de sífilis são divididos nas categorias exames diretos e testes imunológicos. Na prática clínica, os testes imunobiológicos são os mais utilizados. Caracterizam-se pela realização de pesquisa de anticorpos em amostras de sangue, soro ou plasma. São subdivididos em treponêmicos e não treponêmicos³.

Os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos produzidos contra o antígeno *t. pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, podendo ser utilizados como primeiro teste. Em geral, permanecem reagentes

por toda a vida da pessoa, mesmo após o tratamento, e, por isso, não são indicados para o monitoramento após o tratamento. Existem vários tipos de testes treponêmicos, sendo o mais comum o Teste Rápido (TR) de imunocromatografia de fluxo lateral ou de plataforma de duplo percurso. São distribuídos para os municípios pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil, sendo de fácil execução, pois utilizam amostras de sangue por punção digital ou venosa, tendo resultados em no máximo 30 minutos, sem necessidade de rede de laboratório³.

Os testes não treponêmicos, detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para os antígenos do *t. pallidum*. Permitem uma análise qualitativa e quantitativa. Geralmente, são utilizados para controle e monitoramento da resposta ao tratamento e controle da cura, mas também podem ser utilizados para diagnóstico, especialmente nos casos de reinfecção ou suspeita. No entanto, necessitam de rede de laboratório³.

A queda adequada dos títulos de diluição são um indicativo de sucesso do tratamento. Um dos testes não treponêmicos mais comumente utilizados no Brasil é o Venereal Disease Research Laboratory (VDRL). Resultados falso-reagentes, ainda que raros, podem ocorrer, de modo que é importante realizar testes treponêmicos e não treponêmicos³.

Se a infecção for detectada nas fases tardias da doença, são esperados títulos baixos ($\leq 1:4$) que podem persistir por meses ou anos. Por isso, pessoas com títulos baixos e sem registro de tratamento ou sem data de infecção conhecida precisam ser tratadas como sífilis latente tardia. No entanto, pessoas adequadamente tratadas podem apresentar cicatriz ou memória sorológica, mesmo nos testes não treponêmicos de baixa titulação, afastada a possibilidade de reinfecção³.

O tratamento da sífilis tem como medicamento de escolha a benzilpenicilina benzatina, sendo, inclusive, a única droga com eficácia documentada para tratamento durante a gestação. Outras drogas, para não

gestantes, como doxiciclina e a ceftriaxona, devem ser utilizadas como segunda opção. Para os casos de sífilis primária, secundária, latente recente, de menos de um ano de evolução, o tratamento é com a benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões de UI, por via intramuscular (IM), em dose única. Para os casos de sífilis latente tardia, de mais de um ano de evolução, latente com duração desconhecida e terciária, o tratamento é com benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões de UI, por via IM, uma vez por semana, durante três semanas, totalizando 7,2 milhões de UI. Em não gestantes, o intervalo entre as doses pode ser de até 14 dias. Em gestantes, o intervalo deve ser de sete dias, impreteavelmente. É imprescindível adotar meios para o tratamento das parcerias sexuais, de forma a interromper a cadeia de transmissão e evitar reinfecção³.

Para considerar a pessoa como adequadamente tratada, utiliza-se o teste não treponêmico com resultado não reagente ou com uma queda na titulação em duas diluições em até seis meses para sífilis recente. Para sífilis tardia, queda em duas diluições em até doze meses³.

Apesar de a sífilis ser retratada desde a antiguidade, no Brasil, é uma reemergência sanitária. As notificações de sífilis em gestante e de sífilis adquirida foram consideradas como agravos de notificação em 2005 e 2010, respectivamente. No período de 2012 a 2022, foram notificados 1.237.027 casos de sífilis adquirida e 537.401 de sífilis em gestante⁴.

Desde 2012, se observa um aumento dos casos de sífilis adquirida no Brasil, com exceção do ano de 2020, período em que ocorreu a emergência global de saúde provocada pela covid-19 e afetou a capacidade dos sistemas de saúde em acolher e atender demais agravos. A maioria dos casos ocorre no sexo masculino (60,7%) e na faixa etária de 20 a 29 anos (36%). Não obstante, os casos de sífilis em gestante também têm mantido crescimento constante. Em 2023, a taxa foi de 32,4 casos por 1.000 nascidos vivos⁴.

Em 2022 foram notificados no país 213.129 casos de sífilis adquirida, sendo a taxa de detecção de 99,2 casos por 100.000 habitantes. O estado do Rio de Janeiro, possui dados superiores à média nacional, apresentando taxa de 127,5 casos por 100.000 habitantes; e, em gestantes, de 69,7 por 1000 nascidos vivos, a maior do Brasil. No que tange a cor da pele, acomete, principalmente, pessoas pretas e pardas⁴.

As Pessoas Vivendo em Situação de Rua (PVSR) são consideradas uma população prioritária para o enfrentamento das IST no Brasil, por ser considerado um segmento populacional vulnerabilizado, tanto no que tange a questões comportamentais como nos fatores estruturantes da sociedade e no contexto histórico. Apesar de ser invisibilizada no boletim epidemiológico sobre sífilis divulgado pelo MS, estudos estimam prevalência que variam de 17,5% a 25%⁵⁻⁷.

Dados do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada estimaram 281.400 PVSR no Brasil no ano de 2022. Entre os anos de 2019 e 2022, houve um aumento de 38%, provavelmente em razão das consequências sociais e econômicas da pandemia da covid-19. Nos últimos dez anos, o crescimento da PVSR foi de 211%, enquanto o da população brasileira foi de 11%⁸. As PVSR são definidas como um grupo populacional heterogêneo, que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular. Utilizam os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória⁹.

Este estudo tem como objetivo descrever a experiência de uma equipe de Consultório na Rua (eCnaR) em implantar ferramentas de cuidado para o enfrentamento da sífilis adquirida e gestacional na população vivendo em situação de rua.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre a atuação de uma eCnaR no município do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Esse serviço está vinculado à secretaria municipal de saúde, sendo administrado por uma Organização Social de Saúde (OSS), por meio de um contrato de gestão com o governo municipal.

As eCnaR foram instituídas pela portaria 122 do MS em 2011 como um equipamento que visa a combater as desigualdades e garantir a equidade no Sistema Único de Saúde. Têm a função de lidar com os diferentes problemas e necessidades de saúde da PVSR por meio de uma equipe multiprofissional. As eCnaR integram o componente da atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e desenvolvem ações seguindo os fundamentos e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica¹⁰.

A equipe desempenha suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS), a outros pontos da Raps, a unidades de urgência e emergência e a demais serviços, de acordo com a necessidade do usuário. Inclui também a busca ativa e o cuidado a usuários de álcool, crack e outras drogas. A composição das equipes prevê três modalidades, que diferem pelo número de profissionais. Dependendo da modalidade das equipes, há um repasse diferenciado de financiamento aos municípios pelo MS. Cada equipe deve atender de 80 a 1000 PVSR, e, para atuarem de forma itinerante, recebem recursos para o financiamento do transporte¹⁰.

Apesar de já existirem outras eCnaR no município do Rio de Janeiro, a equipe cenário deste estudo foi instituída em maio de 2022, quando nenhuma das demais atuava no seu território de abrangência. Trata-se de uma equipe modalidade três, composta por médicas, enfermeiro, assistente social, psicóloga, técnica de enfermagem, três agentes sociais e um motorista. Ela foi vinculada a um Centro Municipal de Saúde, de modo a prover

as condições necessárias para a realização do trabalho in loco e itinerante. Esse local fornece insumos tais como curativos, imunização, testes rápidos de imunocromatografia, material para coleta de exames laboratoriais, dentre outros.

Sendo um serviço novo para o atual território, foi necessária a criação de fluxos que pudessem garantir a eficiência e resolutividade dos problemas de saúde das PVSR, consideradas suas vulnerabilidades. Nesse sentido, apresentam-se as ferramentas utilizadas para o enfrentamento da sífilis, discutidas à luz da teoria de autoeficácia de médio alcance de Bárbara Resnick.

Bárbara Resnick¹¹ desenvolveu seu modelo teórico com base nos estudos do psicólogo canadense Albert Bandura, que fundamentou teoricamente o conceito de autoeficácia. Ela utiliza-se do conceito para embasar a prática clínica do enfermeiro na compreensão do comportamento de saúde do indivíduo em diferentes ambientes e na orientação do desenvolvimento de intervenções que pudessem modificá-lo¹¹.

Essa teoria compreende o funcionamento humano como uma interação dinâmica de influências pessoais, comportamentais e ambientais, as quais podem variar em nível de intensidade e ao longo do tempo. A teoria também aborda que as expectativas de autoeficácia e os objetivos de resultados não são influenciados apenas por padrões, mas também por incentivos verbais, sensações fisiológicas e pela exposição a modelos funcionais ou auto-modelagem¹¹.

Resultados

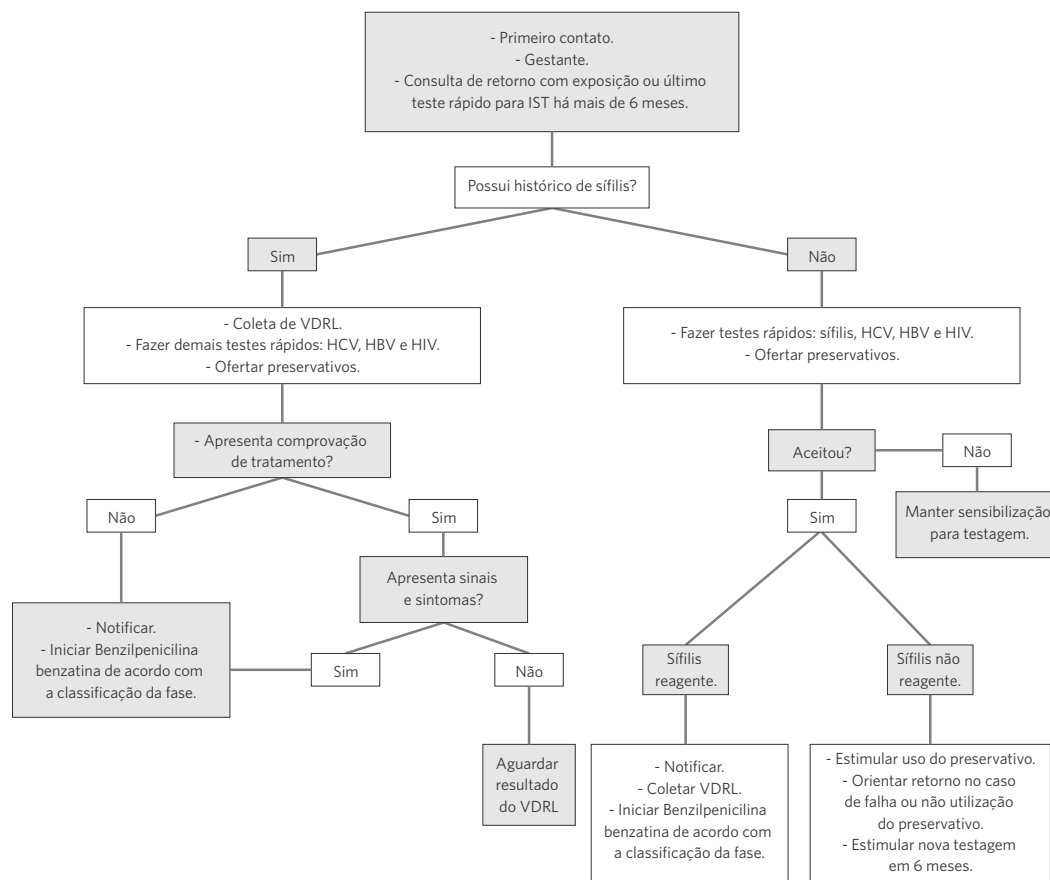
Até novembro de 2023, haviam sido cadastradas na equipe 371 PVSR, das quais 86 (23,18%) tiveram diagnóstico de sífilis. Apesar de a

realização de TR para IST ter sido estimulada, ainda assim, nem todas as pessoas aceitaram fazer. Alguns alegam medo de agulha, outros não se consideram em risco, mas há também situações em que o cadastro é realizado em território e por profissional não habilitado à realização do teste ou em locais onde não é possível garantir a privacidade e o sigilo necessário para a realização. De toda a forma, há o empenho da equipe para estimular e localizar as pessoas para a testagem, sendo uma cultura organizacional.

Apesar de desafiador, 44 (51,16%) pessoas concluíram o tratamento de sífilis. Por estarem vivendo em situação de rua, nem sempre é fácil localizá-las no território, especialmente quando o tratamento não é iniciado na unidade de saúde, mas na rua ou no seu local de vida. O tratamento é doloroso, em virtude da densidade e viscosidade da benzilpenicilina benzatina, e muitos tendem a interromper o tratamento, por não se sentirem doentes. Dentre os 44 tratamentos completos, sete receberam dose única, seja por apresentarem sintomas de sífilis primária ou secundária, ou por serem latente recente, i.e., por terem apresentado um TR não reagente há menos de um ano com nossa equipe. Por isso, a realização regular de TR é tão importante, pois contribui para a redução da cadeia de transmissão e evita a detecção da infecção como latente tardia e, por consequência, necessitar de um tratamento mais longo.

Em onze (12,79%) casos, foi realizada a interrupção do tratamento por se tratar de uma cicatriz ou uma infecção recente, tendo em vista que o VDRL apresentou resultado não reagente. Conforme *figura 1*, caso a pessoa desconheça ter tido a infecção ou relata ter feito o tratamento de sífilis, mas sem comprovação, é realizada a coleta do VDRL, e aplicada a primeira dose de 2,4 milhões de UI de benzilpenicilina benzatina. Por isso a importância da coleta do VDRL no início do tratamento.

Figura 1. Fluxograma estratégico para vigilância da sífilis em serviço



Fonte: elaboração própria.

Houve um caso que se recusou de todas as formas a aceitar o tratamento com a benzilpenicilina benzatina devido ao medo de agulha, apesar de ter sido prescrito o tratamento de segunda opção (doxiciclina). Não se considerou como concluído, pois não houve informação que tenha tomado a medicação de forma correta.

Tivemos dois casos que foram diagnosticados, mas não puderam ser tratados, pois se tratava de atendimento em território e, no momento, não tínhamos disponível a medicação. Tal situação foi resolvida por meio de um acordo com a farmácia da unidade; a equipe teria frascos sob sua tutela e a reposição desses frascos se daria por meio da entrega da receita com a notificação. Apesar de os referidos pacientes não terem sido mais

localizados em nosso território, pelo menos, receberam a informação sobre a infecção e a necessidade de tratá-la.

Dentre as onze gestantes com sífilis gestacional, apenas uma (9,09%) não foi adequadamente tratada. De toda forma, os resultados são desafiadores, pois todas as gestantes tiveram o diagnóstico no segundo ou terceiro trimestre.

Dentre as ferramentas adotadas em nosso serviço para o enfrentamento da sífilis adquirida e gestacional, listamos as seguintes:

- Acordo com o laboratório da unidade. O horário para coleta de exames de sangue é de 7h00 às 9h00, pois o serviço é terceirizado e as amostras são recolhidas para serem analisadas em outro local. No entanto, o

serviço possui centrífuga e geladeira para armazenamento de amostras. Acordou-se, que a coleta do material poderia ocorrer em qualquer horário durante o funcionamento da unidade, 7h00 às 20h, desde que o material seja centrifugado e enviado para o laboratório em até 72h, geralmente no dia seguinte.

- Acordo com a farmácia. Ter sempre a reserva de frascos de benzilpenicilina benzatina e lidocaína 2% sem vasoconstrictor, tanto no consultório da equipe, na unidade de saúde, e nas atividades de território. As medicações seriam repostas com a entrega da receita e da notificação de utilização em pacientes. Assim, oportunizaríamos ao máximo o início do tratamento, evitando, novamente, o deslocamento pela unidade e o risco de desistência ou evasão.

- Utilização de lidocaína 2% sem vasoconstrictor 0,5 ml por frasco de benzilpenicilina benzatina. Tal ferramenta reduz a dor na realização do procedimento e aumenta as chances de continuidade do tratamento.

- Ter sempre TR para IST e material para coleta de exame laboratorial, seja no consultório, na unidade de saúde, ou nas ações em território. Ter o material em consultório otimiza a importância que damos para esse agravo e evita que o paciente fique se deslocando pela unidade e aguardando atendimentos por outros profissionais, onde o risco de desistência ou evasão aumenta.

- Nas atividades no território, preferencialmente se deslocar com o veículo da equipe, pois possibilita espaço mais privativo para realização de TR e administração da medicação. Dessa forma, permite garantir o máximo de sigilo e privacidade para PVSR.

- Criação de agenda on-line pelo Google®, compartilhada com todos os profissionais da equipe. Nessa agenda, as doses seguintes são programadas para a realização de busca ativa.

- Manter periodicidade na realização de TR para IST, especialmente sífilis. Dessa forma, é possível a captação dos casos nas fases iniciais, redução da cadeia de transmissão e tratamento em dose única. Também promove a cultura entre as pessoas de cuidar da saúde sexual.

- Localizar as parcerias sexuais. Conversar com a pessoa sobre a importância do tratamento do(a) parceiro(a) para evitar a reinfeção; se for possível, realizar a conversa com o casal. Dessa forma, é possível mitigar dúvidas e evitar violências, seja por ciúmes ou desconfianças. Se TR para sífilis do parceiro for não reagente, realizar dose profilática, especialmente, quando gestantes.

- Sempre respeitar a decisão da pessoa sobre se tratar ou não ou quando será o melhor momento. É imperativo garantir o fortalecimento do vínculo para que essa pessoa escute e absorva as orientações de educação em saúde para que, quem sabe, aceite realizar o tratamento no futuro.

Discussão

Resnick desenvolveu sua teoria a partir de estudos realizados com pessoas idosas, embora sua aplicação possa ser realizada a outras faixas etárias e segmentos populacionais, especialmente entre aqueles que não têm muita crença na sua recuperação. A PVSR, apesar de fazer parte de um segmento populacional majoritariamente jovem, possui baixa autoestima e baixa percepção de risco, vivendo do imediatismo, do aqui e agora. Tais características estão associadas às violações de direitos que sofrem no cotidiano por meio da marginalização, discriminação e preconceitos. Os determinantes sociais implicam alto risco de desenvolvimento de tuberculose, violências, traumas, doenças cardiovasculares e infecciosas. Estima-se que a PVSR apresente expectativa de vida média de 42 a 52 anos,

número inegavelmente inferior aos 76,6 anos para a população geral brasileira^{11,12}.

O modelo teórico de Resnick possibilita o estímulo para o alcance das metas de cuidado, especialmente para um problema de saúde, que, na maioria das vezes, se mostra inofensivo e sem sintomatologia, como no caso da sífilis latente. Além disso, o tratamento, considerado doloroso, muitas vezes, é motivo para sua não adesão, como evidenciado em outros estudos^{13,14}.

Resnick, assim como Bandura, propõe que o julgamento sobre a autoeficácia é resultado de quatro fontes de informação: realização enativa; experiência vicária; persuasão verbal; e *feedback* fisiológico. A avaliação cognitiva desses fatores pelo indivíduo provoca uma percepção de confiança na sua capacidade de adotar um determinado comportamento¹⁵.

A realização enativa é considerada como a fonte mais importante de informação da eficácia e está relacionada com a consolidação favorável de uma conduta em experiências anteriores. Por isso, depende de fatores como a habilidade, dificuldade percebida, quantidade de esforço atribuído a tal tarefa, a ajuda externa recebida, as circunstâncias e as experiências de sucesso, fracasso e erros anteriores¹⁵. Nesse sentido, nos deparamos com alguns desafios no que tange ao tratamento da sífilis: as pessoas que já iniciaram, mas não concluíram ou se reinfectaram e as pessoas que nunca iniciaram. As pessoas com experiências prévias do tratamento, especialmente as que possuem experiências ruins, podem ter mais dificuldade em aceitar o tratamento. Por isso, adotamos a utilização do respeito pela decisão, educação em saúde, uso de anestésico e a tentativa da coleta de sangue, pois, dessa forma, podemos trazer algo mais 'concreto' de que a infecção está em atividade para essa pessoa. Para os que nunca iniciaram o tratamento, o desafio é fazer com que essa experiência seja menos traumática, por meio do uso do anestésico. Também adotamos a oportunização imediata, sem o deslocamento constante da pessoa pela unidade, de modo que ela não tenha a ideia de

que, para se cuidar, precisa enfrentar outras filas e demora no atendimento.

Cabe salientar que a utilização de anestésico tem sido amplamente divulgada na literatura científica como uma medida para reduzir a dor durante o tratamento e garantir a continuidade do mesmo. Estudo reforça que o calibre da agulha não interfere sobre a dor, mas que a utilização ou não do anestésico tem forte relação com a dor atribuída ao procedimento¹⁴. A própria Biblioteca Virtual em Saúde apresenta parecer baseado em evidência científica, informando que o uso de 0,5 ml de lidocaína 2% sem vasoconstrictor reduz a dor durante a aplicação e nas primeiras 24 horas após o procedimento¹⁶.

A segunda fonte, chamada de experiência vicária, está relacionada à visualização de pessoas semelhantes realizando um determinado comportamento¹⁵. Assim, seguimos nossa orientação de oferta constante de TR para IST para que se forme uma cultura local da importância desse exame, de modo que as pessoas comecem a procurar pelo exame sem que seja uma demanda do profissional. Também precisamos garantir o sigilo, a privacidade e a minimização da dor na realização do procedimento, de modo que as pessoas tenham confiança em iniciar o tratamento.

A persuasão verbal consiste no estímulo verbalizado acerca da capacidade que um indivíduo apresenta para executar um comportamento¹⁵. Por meio do fortalecimento do vínculo, conseguimos estimular as PVSR na realização dos cuidados em saúde sexual, incentivando a realização da testagem para IST, as práticas sexuais seguras e a adesão ao tratamento para IST. Quando o tratamento é necessário, na maioria das vezes, se realiza busca ativa, de modo a demonstrar para essa pessoa que ela é especial e que esse cuidado é importante, de tal forma que vamos ao encontro dela. Caso seja possível, e sempre respeitando o sigilo e o desejo da pessoa, incluímos outros atores com maior vinculação para auxiliar na adesão ao tratamento.

O vínculo é um componente indispensável da atenção primária, sendo necessário para possibilitar a longitudinalidade do cuidar. Ele possibilita a relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e o paciente, permitindo, com o passar do tempo, que os laços criados se estreitem e que se conheçam cada vez mais, facilitando a continuidade do tratamento e, conseqüentemente, evitando consultas e internações desnecessárias. O usuário deposita confiança na relação com o profissional, esperando que atue para amenizar o seu sofrimento e que o auxilie na resolução dos seus problemas. Entretanto, essa relação não deve gerar uma dependência, pois é necessário conferir autonomia e incentivar o indivíduo ao autocuidado^{17,18}.

Por fim, o *feedback* fisiológico representa uma importante fonte de informação para a autoeficácia, haja vista que as pessoas normalmente julgam as suas habilidades com base no seu estado fisiológico antes, durante e depois de realizar uma determinada ação¹⁵. Trata-se da função mais difícil de ser alcançada, pois, na maioria das vezes, a pessoa não apresenta sintomatologia, e a realização da testagem é a construção de uma demanda, mas não é, necessariamente, a demanda espontânea que traz a pessoa até o serviço. Nesse sentido, as estratégias são constantes ofertas de testagem, seja o teste treponêmico, para os que nunca tiveram sífilis, ou o não-treponêmico, para quem possui história anterior da doença. Para as pessoas que estão em tratamento, o uso de anestésico para alívio da dor, visa a promover um *feedback* positivo para a continuidade das próximas doses.

Ter um fluxo estabelecido auxilia a cultura organizacional do serviço para o enfrentamento da sífilis, pois os profissionais de saúde têm a capacidade de trabalhar diretamente com o indivíduo, incentivando e fornecendo motivação. Incentivar a motivação pode ser tanto pelo incentivo falado como pela adequação de fluxos dentro da instituição, pela busca ativa de pessoas ou pelo respeito por sua decisão. A relação entre as fontes de alcance para a autoeficácia é considerada como uma

interação mútua, que apresenta um potencial de influenciar, positiva ou negativamente, as crenças de cada indivíduo¹¹.

Este estudo apresenta algumas limitações por ser um relato de experiência discutido à luz de um referencial teórico nunca utilizado para estudar a autoeficácia para o tratamento da sífilis em PVSR. No entanto, a descrição da experiência demonstra que essa teoria apresenta potencial para ser aplicada na população vivendo em situação de rua, e que outros estudos se fazem pertinentes. Compreender os fatores cognitivos desenvolvidos pelos indivíduos na relação com o mundo ao seu redor possibilita a percepção de confiança na capacidade de executar um determinado comportamento, o que reforça suas expectativas de autoeficácia caso essa ação obtenha um desempenho positivo.

Considerações finais

Este estudo descreveu a experiência de uma eCnaR para o enfrentamento da sífilis em PVSR. Demonstrou que as modificações no fluxo institucional e na linguagem dos profissionais que compõem a equipe têm impacto positivo no cuidado dessa população. Este trabalho coaduna com o modelo teórico de Bárbara Resnick, que concebe o funcionamento humano como uma interação dinâmica e constante.

O aumento dos casos de sífilis representa um problema de saúde pública e um desafio significativo para os serviços de saúde. No entanto, pequenas mudanças institucionais, como as aplicadas nesta investigação, mostram que é possível reverter essa tendência e garantir que todas as pessoas tenham acesso ao diagnóstico e tratamento adequado da doença.

Colaboradores

Fonte VRF (0000-0002-9709-4669)* e Pinheiro CDP (0000-0001-5503-0555)*

contribuíram para a concepção e desenho do trabalho, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Sousa DNM (0009-0008-9250-4244)* e Ramos ELL (0009-0009-3341-9370)* contribuíram para o desenho do trabalho, interpretação dos dados, redação do

artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Koopmans FF (0000-0003-2238-5469)* e Paquiela EOA (0000-0002-0916-9203)* contribuíram para o desenho do trabalho, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Organização das Nações Unidas [Internet]. Washington, DC: ONU; Ó2024. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. [acesso em 2024 jan 5]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>
2. Fonte VRF, Spindola T, Lemos A, et al. Knowledge and perception of risks related to sexually transmissible infections among young university students. *Cogitare Enferm*. 2018;23(3):e55903. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.55903>
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico – Sífilis 2023. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023.
5. Resende AVS, Teixeira KS, Rocha SHDN. Prevalência de Sífilis, HIV e Hepatites B e C em pacientes atendidos por uma equipe do consultório na rua do Distrito Federal. *Braz J Hea Ver* [Internet]. 2021 [acesso em 2024 jan 5];4(6):25634-45. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/39790>
6. Felipetto LG, Teider-Junior PI, Silva FFV, et al. Serosurvey of anti-treponema pallidum (syphilis), anti-hepatitis C virus and anti-HIV antibodies in homeless persons of São Paulo city, southeastern Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2021;25(4): 101602. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101602>
7. Pinheiro RS, Carvalho PMRS, Matos MA, et al. Human immunodeficiency virus infection and syphilis among homeless people in a large city of Central-Western Brazil: prevalence, risk factors, human immunodeficiency virus-1 genetic diversity, and drug resistance mutations. *Braz J Infect Dis*. 2021;25(1):101036. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.11.001>
8. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [Internet]. Brasília, DF: IPEA; [sem data]. População em situação de rua supera 281,4 mil pessoas no Brasil. [acesso em 2024 jan 4]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/13457-populacao-em-situacao-de-rua-supe-ra-281-4-mil-pessoas-no-brasil>
9. Casa Civil (BR). Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2009 dez 24; Seção 1:16.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 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. Seção 1.
 11. Pimenta CJL. Adaptação transcultural e evidências de validade da versão brasileira do cancer behavior inventory – brief version [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2022.
 12. Gomes RS, Passoni LCL, Sirigatti RP, et al. Saúde dos indivíduos em situação de rua: entre queixas, sintomas e determinantes das doenças crônicas. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2022;17(44):3233. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3233](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3233)
 13. Navega DA, Bortolozzi AC. Relatos de pessoas curadas da sífilis sobre as experiências na adesão ao tratamento. *Rev Cont Saúde*. 2022;22(46):e13481. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2022.46.13481>
 14. Estrada V, Santiago E, Cabezas I, et al. Tolerability of IM penicillin G benzathine diluted or not with local anesthetics, or different gauge needles for syphilis treatment: a randomized clinical trial. *BMC Infect Dis* [online]. 2019;19(883):1-5. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4490-5>
 15. Resnick B. Theory of self-efficacy. In: Smith MJ, Liehr PR. *Middle range theory for nursing*. 3. ed. New York: Springer; 2014. p. 197-224.
 16. Biblioteca Virtual em Saúde Atenção Primária em Saúde [Internet]. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS; [sem data]. Núcleo de Telessaúde Sergipe. A Penicilina benzatina pode ser administrada associada à Lidocaína para facilitar a adesão de tratamento medicamentoso? [acesso em 2024 jan 4]. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/a-penicilina-benzatina-pode-ser-administrada-associada-a-lidocaina-para-facilitar-a-adesao-de-tratamento-medicamentoso/#::-text=O%20uso%20de%20%2C5,e%20nas%20primeiras%2024%20horas.&text=J%C3%A1%20existe%20Nota%20t%C3%A9cnica%20da,com%20s%C3%ADfilis%20e%20seus%20parceiros>
 17. Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta paul enferm*. 2010;23(1):131-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100021>
 18. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. *Saúde debate*. 2015;39(esp):246-56. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005270>

Recebido em 12/01/2024

Aprovado em 05/08/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

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 apóiem 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 Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver.

Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos 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 sobrescritas 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 financiado 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

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Diadorim

Directory of Open Access Journals (Doaj)

Capes Periódicos

Google Acadêmico

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

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

Miguelin - Diretório das revistas científicas eletrônicas brasileiras

Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias

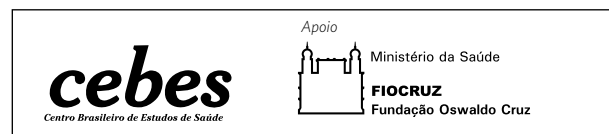
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)

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

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

Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

A revista Saúde em Debate é associada à
Associação Brasileira de Editores Científicos



CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2025-2026)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2025-2026)

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
André Luiz da Silva Lima e Mello
Alcides Silva de Miranda
Claudia Maria de Rezende Travassos
Itamar Lages

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Iris da Conceição
José Leonidio Madureira de Sousa Santos (presidente)
Maria Lúcia Freitas Santos
Suplentes | Substitutes
Ana Taisa da Silva Falcão
Camila Ramos Reis
Maura Vanessa Silva Sobreira

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Amanda Cavalcante Frota
Carla Daniele Straub
Carlos Octávio Ocké Reis
Dalia Elena Romero Montilla
Danilo Aquino Amorim
Dimitri Taurino Guedes
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Jamilli Silva Santos
José Carvalho de Noronha
Lizaldo Andrade Maia
Luiza Regina Pessoa
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Maria Edna Bezerra da Silva
Ronaldo Teodoro dos Santos
Ronaldo De Souza Costa

SECRETÁRIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Giovanna Bueno Cinacchi

GESTORA FINANCEIRA | FINANCIAL MANAGER

Cristina Santos

EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | COMMUNICATION TEAM

Clara Fagundes
Francisco Barbosa
Fernanda Regina da Cunha

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manginhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | (21) 97198-8249

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, 2025.

v. 49. n. 144; 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