



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 49, NÚMERO 145
RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 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 (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7877904356698023> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3152-1362> – e-mail: marialuciarizzotto@gmail.com

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa – Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7288065169001393> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> – e-mail: dotorana@gmail.com
Elda Coelho de Azevedo Bussinguer – Faculdade de Direito de Vitória (FDV), Vitória (Espírito Santo/ES), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8933361259561564> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> – e-mail: elda.cab@gmail.com
Eli Iola Gurgel Andrade – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6869396953297183> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> – e-mail: iola@medicina.ufmg.br
Fátima Sueli Neto Ribeiro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6080881395968179> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8201-4806> – e-mail: fatsuerj@gmail.com
Gicelle Galvan Machineski – Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7267047092491530> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> – e-mail: gmachineski@gmail.com
Ingrid D'avilla Freire Pereira – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5474471781659941> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871> – e-mail: ingriddavilla@gmail.com
Jamilli Silva Santos – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5997468854789199> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> – e-mail: jamilli.santos@ufba.br
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0424725782547579> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> – e-mail: lenaualobato@uol.com.br
Mario Parada – Universidad de Valparaíso (UV), Valparaíso, Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> – e-mail: mapale.2008@gmail.com
Maura Vanessa Silva Sobreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Caicó (Rio Grande do Norte/RN), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4231913524179274> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> – e-mail: maurasobreira@ufrn.br
Raquel Abrantes Pego – Pesquisadora autônoma, Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5598091671127726> – Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> – e-mail: rabra.peg@gmail.com
Ronaldo Teodoro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8382058274832824> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> – e-mail: ronaldosann@gmail.com

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Ademar Arthur Chioro dos Reis – Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9454572596499303> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7184-2342> – e-mail: arthur.chioro@unifesp.br
Alicia Stolkner – Universidad de Buenos Aires (UBA), Buenos Aires, Argentina. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9372-7556> – e-mail: astolkner@gmail.com
Ana Maria Costa – Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7288065169001393> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> – e-mail: dotorana@gmail.com
Angel Martinez Hernaez – Universitat Rovira i Virgili (URV), Tarragona, España. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9303284609986584> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5122-7075> – e-mail: angel.martinez@urv.cat
Breno Augusto Souto Maior Fontes – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife (Pernambuco/PE), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4908250087435573> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7285-9012> – e-mail: brenofontes@gmail.com
Carlos Botazzo – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9399101827181317> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8646-1769> – e-mail: cbotazzo@hotmail.com
Cornelis Johannes van Stralen – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2991786514781013> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0921-098X> – e-mail: stralen@medicina.ufmg.br
Debora Diniz – Universidade de Brasília (UnB), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3865117791041119> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6987-2569> – e-mail: d.diniz@anis.org.br
Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas), Ciudad de México, México. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1483-0390> – e-mail: emenendez1@yahoo.com.mx
Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Recife (Pernambuco/PE), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5360319263720896> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8995-6089> – e-mail: freese@cpqam.fiocruz.br
Elda Coelho de Azevedo Bussinguer – Faculdade de Direito de Vitória (FDV), Vitória (Espírito Santo/ES), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8933361259561564> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> – e-mail: elda.cab@gmail.com
Eli Iola Gurgel Andrade – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6869396953297183> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> – e-mail: iola@medicina.ufmg.br
Elias Kondilis – Queen Mary University of London (QMUL), London, England. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9592-2830> – e-mail: kondilis@qmul.ac.uk
Fátima Sueli Neto Ribeiro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6080881395968179> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8201-4806> – e-mail: fatsuerj@gmail.com
Gicelle Galvan Machineski – Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7267047092491530> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> – e-mail: gmachineski@gmail.com
Heleno Rodrigues Corrêa Filho – Universidade de Brasília (UnB), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6679654672181428> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8056-8824> – e-mail: helenocorrea@uol.com.br
Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús (UNLa), Lanús, Argentina. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4632132822346897> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5021-6377> – e-mail: hugospinelli09@gmail.com
Ingrid D'avilla Freire Pereira – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5474471781659941> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871> – e-mail: ingriddavilla@gmail.com
Jairnilson Silva Paim – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3961248159240172> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0783-262X> – e-mail: jairnil@ufba.br
Jamilli Silva Santos – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5997468854789199> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> – e-mail: jamilli.santos@ufba.br
Jean Pierre Unger – Institut de MédecineTropicale (IMT), Anvers, Belgique. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5152-6545> – e-mail: contact@jeanpierreunger.com
José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4847808748249580> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1961-557X> – e-mail: bragajcs@uol.com.br
José da Rocha Carneiro – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1818832385881541> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3745-4802> – e-mail: jrcarval@fiocruz.br
Kenneth Rochel de Camargo Jr. – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3585073727110885> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3606-5853> – e-mail: kenneth@uerj.br
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0424725782547579> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> – e-mail: lenaualobato@uol.com.br
Ligia Giovannella – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4385037327951834> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6522-545X> – e-mail: ligiagiovannella@gmail.com
Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas (UFPe), Pelotas (RS), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5795415938371676> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5746-5170> – e-mail: luizfacchini@gmail.com
Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza (Ceará/CE), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4138758876612437> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3335-0619> – e-mail: odorico@saude.gov.br
Maria Lucia Frizon Rizzotto – Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7877904356698023> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3152-1362> – e-mail: marialuciarizzotto@gmail.com
Maria Salette Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará (Uece), Fortaleza (Ceará/CE), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2295426092712681> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6461-3015> – e-mail: maria.salette.jorge@gmail.com
Mario Esteban Hernández Álvarez – Universidad Nacional de Colombia (Unal), Bogotá, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3996-7337> – e-mail: mariohernandez62@gmail.com
Mario Parada – Universidad de Valparaíso (UV), Valparaíso, Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> – e-mail: mapale.2008@gmail.com
Mario Roberto Rovere – Universidad Nacional de Rosario (UNR), Rosario, Argentina. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6413-2120> – e-mail: roveremario@gmail.com
Maura Vanessa Silva Sobreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Caicó (Rio Grande do Norte/RN), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4231913524179274> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> – e-mail: maurasobreira@ufrn.br
Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5548618710308950> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6778-2834> – e-mail: pauloamarante@gmail.com
Paulo Marchiori Buss – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5771733693652268> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9944-9195> – e-mail: paulo.buss@fiocruz.br
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém (Pará/PA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9266787581530443> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1969-380X> – e-mail: pttarso@gmail.com
Raquel Abrantes Pego – Pesquisadora autônoma, Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5598091671127726> – Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> – e-mail: rabra.peg@gmail.com
Ronaldo Teodoro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8382058274832824> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> – e-mail: ronaldosann@gmail.com
Rubens de Camargo Ferreira Adorno – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7427719296567082> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8772-3222> – e-mail: radorno@usp.br
Sonia Maria Fleury Teixeira – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9598943377170446> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7678-7642> – e-mail: profsoniafleury@gmail.com
Sulamis Dain – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5347631502837998> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4118-3443> – e-mail: sulamis@uol.com.br
Walter Ferreira de Oliveira – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis (Santa Catarina/SC), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7164075918880484> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1808-0681> – e-mail: wfolive@terra.com.br

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

VOLUME 49, NÚMERO 145

RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 2025

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 2358-2898

EDITORIAL | EDITORIAL

A saúde no trabalho é um direito humano

Occupational health is a human right

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, Rosangela Gaze, Dimitri Taurino Guedes, Diego de Oliveira Souza, Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Fátima Sueli Neto Ribeiro, Itamar Lages, Isabella de Sousa Maio, Adelany Costa da Silva França, Alex Danilo Franco

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

Ser um município do interior às vezes é bom, às vezes, é ruim: gestão e cuidado pré-natal em municípios de pequeno e médio porte

Being an interior municipality is sometimes good, sometimes bad: Management and prenatal care in small and medium sized municipalities

Luiza Cosendey Souza, Ivya Maksud

Validação de um instrumento para avaliar Barreiras e Facilitadores para a Prática Interprofissional Colaborativa

Validation of an instrument to assess Barriers and Facilitators of Collaborative Interprofessional Practice

Mathias Roberto Loch, Lucélia Justino Borges, Silvano da Silva Coutinho, Brígida Gimenez Carvalho, Cassiano Ricardo Rech

Dimensões da continuidade dos cuidados na experiência de Pessoas Vivendo com HIV

Dimensions of continuity of care in the experience of People Living with HIV

Drieli Oliveira Silva, Rafaela Fidelis Lima Silvério, Patty Fidelis de Almeida

Avaliação da resolutividade clínico-assistencial de equipes multiprofissionais em um município do nordeste brasileiro

Evaluation of the clinical-care resolution capacity of multiprofessional teams in a municipality in the Northeast Region of Brazil

Caroline Guimarães Damascena, Dinalva Lacerda Cabral, Paulette Cavalcanti de Albuquerque, Romário Correia dos Santos, Fabiana de Oliveira Silva Sousa

Cuidar-se e ser cuidada: gestantes na pandemia de covid-19

Caring and being cared for: Pregnant women in the COVID-19 pandemic

Thaís Sayuri Yamamoto, Claudia Bonan, Vania de Matos Fonseca, Andreza Pereira Rodrigues, Ana Paula dos Reis

Assistência Farmacêutica em municípios paraenses: um estudo avaliativo considerando o contexto amazônico

Pharmaceutical Services in municipalities in Pará: An assessment study considering the Amazonian context

Ilvia Silva Gomes, Mareni Rocha Farias, Silvana Nair Leite, Marina Raijche Mattozo Rover

Vozes do desconhecimento: uma Análise de Discurso Crítica dos movimentos antivacinas brasileiros no Facebook

Voices of unknowledge: A Critical Discourse Analysis of Brazilian anti-vaccine movements on Facebook

Tiago Rosa Nogueira, Tatiana Rosa Nogueira Dias, Maria Ester Simões Rodrigues, Éverton Luís Pereira, Edith Maria Barbosa Ramos, Maria Célia Delduque

Matriciamento em saúde mental: a perspectiva dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial

Matrix support in mental health: The perspective of professionals from Psychosocial Care Centers

Daniela Cristine Morais da Silva, Luciana Santos Dubeux

Expressões da precarização do trabalho: o caso da enfermagem em um hospital público de Pernambuco

Expressions of job insecurity: The case of nursing in a public hospital in Pernambuco

Tamires Maria Pereira, Raquel Santos Oliveira, Heloisa Maria Mendonça de Moraes, Elenice Machado da Cunha

Nutrição e questão ambiental: com a palavra, as lideranças do campo da nutrição no Brasil

Nutrition and environmental issue: The nutrition field's leaders in Brazil take the floor

Marcelo Eliseu Sipioni, Maria Angélica Carvalho Andrade

O processo transexualizador a partir das narrativas de pessoas trans, gestores e profissionais da saúde

The transsexualization process from the narrative of trans people, managers and health professionals

Victor Fonseca Vieira, Ximena Pamela Cláudia Díaz Bermúdez, Alejandro Goldberg

Impacto de pesquisas de dengue financiadas pelo Ministério da Saúde no Brasil

Impact of dengue research funded by the Ministry of Health in Brazil

Gabriela Bardellini Tavares Melo, Marcos Takashi Obara, Antonia Angulo-Tuesta

Unidade de Pronto Atendimento e Atenção Primária à Saúde: uma integração possível

Emergency Care Unit and Primary Health Care: A possible integration

Romero Chartuni Bandeira, Ronaldo Rocha Bastos, Estela Marcia Saraiva Campos, Gisele O'Dwyer

Queimadas no cultivo da cana-de-açúcar e doenças respiratórias associadas em um município de Pernambuco

Fires in sugarcane cultivation and associated respiratory diseases in a municipality in Pernambuco

Felipe Euclides Lauriano Araujo, Adriana Guerra Campos, Renata Cordeiro Domingues, Romário Correia dos Santos, Virgínia Carmem Rocha Bezerra, Aline do Monte Gurgel

Grand Challenges Brazil: One decade of health research funding

Grand Challenges Brasil: uma década de financiamento de pesquisas em saúde

Patricia de Campos Couto, Sarah Sampaio Py-Daniel, Gabriela Bardellini Tavares Melo, Marcos Takashi Obara, Antonia Angulo-Tuesta

Validation of the Piers-Harris Children Self-Concept Scale - PHCSCSV1-6 in Brazilian Portuguese for adolescents

Validação do Piers-Harris Children Self-Concept Scale - PHCSCSV1-6 para português do Brasil em adolescentes

Rafaella Araújo Amancio de Lima Medeiros, Ramon Targino Firmino, Myrelle Leal Campos Sousa, Matheus França Perazzo, Edja Maria Melo de Brito Costa, Saul Martins Paiva, Ana Flávia Granville-Garcia

Mudanças na percepção dos profissionais da atenção primária quanto ao cuidado em saúde mental a partir da implementação do apoio matricial

Changes in primary care workers' perception of mental healthcare following the implementation of matrix support

Carlos Alberto dos Santos Treichel, Larissa Aveiro do Carmo, Rosana Teresa Onocko Campos

Programas de Transferência Condicionada de Renda no Brasil, Argentina e Escócia: uma análise comparada de suas concepções

Conditional Cash Transfer Programmes in Brazil, Argentina and Scotland: A comparative analysis of their conceptions

Jeni Vaitsman, Giovanna Bueno Cinacchi, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, Mônica de Castro Maia Senna, Stephanie de Azevedo Barreto, María Ximena Simpson

Resiliência coletiva: um olhar sobre o trabalho na Atenção Primária à Saúde

Collective resilience: A glance over the work on Primary Health Care

Raquel de Castro Alves Nepomuceno, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, Kelen Gomes Ribeiro, Luiz Odorico Monteiro de Andrade

A análise qualitativa das contribuições recebidas nas consultas públicas da Conitec: reflexões teórico-metodológicas

The qualitative analysis of contributions received in CONITEC's public consultations: Theoretical and methodological reflections

Andrija Oliveira Almeida, Clarice Moreira Portugal, Adriana Prates Sacramento, Andrea Brígida de Souza, Melina Sampaio de Ramos Barros

A medicalização do sofrimento e o sobrediagnóstico da depressão

The medicalization of suffering and the overdiagnosis of depression

Aline Degrave, Paulo Roberto Fagundes da Silva

Perspectivas filosóficas e sociológicas sobre o conceito de cuidado e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Philosophical and sociological perspectives on the concept of care and the Integrative and Complementary Practices in Health

Maria Eduarda Guerra da Silva Cabral, Adriana Falangola Benjamin Bezerra, Maria Beatriz Lisbôa Guimarães, Islândia Maria Carvalho de Sousa

REVISÃO | REVIEW

O pensamento desenvolvimentista na raiz do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis): uma revisão integrativa

The developmentalist thought at the root of the Economic-Industrial Health Complex (CEIS): An integrative review

Antonio Angelo Menezes Barreto, Samara Jamile Mendes, Áquilas Nogueira Mendes

Educomunicação e saúde coletiva no Brasil: uma revisão de escopo

Educommunication and public health in Brazil: A scoping review

Aline Guio Cavaca, Isabella Moura de Oliveira, Tatiany Volker Boldrini, Flávia Tavares Silva Elias, Luciana Sepúlveda Köptcke, Claudemir Edson Viana

Aplicação da Inteligência Artificial na Atenção Primária à Saúde: revisão de escopo e avaliação crítica

Application of Artificial Intelligence in Primary Health Care: Scoping review and critical analysis

Douglas Rodrigues Torres, Eduardo Dias Wermelinger, Aldo Pacheco Ferreira

RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY

Microplanejamento na vacinação de alta qualidade: potencialidades e barreiras experienciadas por multiplicadores

Microplanning in high-quality vaccination: Potential and barriers experienced by multipliers

Ana Catarina de Melo Araújo, Fernanda Penido Matozinhos, Luciana Maiara Diogo Nascimento, Carla Conceição Ferraz, Lorena de Castro Pacheco Barros Diniz, Elysângela Dittz Duarte, Eder Gatti Fernandes

ERRATA | ERRATA

Ser um município do interior às vezes é bom, às vezes, é ruim: gestão e cuidado pré-natal em municípios de pequeno e médio porte

Being an interior municipality is sometimes good, sometimes bad: Management and prenatal care in small and medium sized municipalities

Luiza Cosendey Souza, Ivia Maksud

A saúde no trabalho é um direito humano

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos^{1,2}, Rosângela Gaze^{1,3}, Dimitri Taurino Guedes^{1,4}, Diego de Oliveira Souza^{1,5}, Heleno Rodrigues Corrêa Filho^{1,6}, Fátima Sueli Neto Ribeiro^{1,7}, Itamar Lages^{1,8}, Isabella de Sousa Maio^{1,9}, Adelany Costa da Silva França^{1,10}, Alex Danilo Franco¹

DOI: 10.1590/2358-28982025145ED-P

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Núcleo Saúde-Trabalho-Direito (NSTD) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
lcfadel@gmail.com

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

³Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (Facisa) – Santa Cruz (RN), Brasil.

⁵Universidade Federal de Alagoas (Ufal) – Arapiraca (AL), Brasil.

⁶Universidade do Distrito Federal Professor Jorge Amaury Maia Nunes (UnDF), Escola Superior de Ciências da Saúde (ECS) – Brasília (DF), Brasil.

⁷Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁸Universidade de Pernambuco (UPE), Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG), Campus Santo Amaro – Recife (PE), Brasil.

⁹Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) – Brasília (DF), Brasil.

¹⁰Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

A SAÚDE NO TRABALHO AINDA NÃO É CONSIDERADA COMO UM DIREITO HUMANO, assim como tantos outros direitos que foram negligenciados ao longo do tempo, mas que vêm obtendo algumas conquistas e buscando novas formas de afirmação, sob o manto da expressão direito humano.

Em um tempo internacionalizado pela mídia global, o Brasil espelha uma realidade de governos e sociedades dividida entre os que pensam, lutam e agem pelos direitos humanos e os que os negam e tentam impedi-los. Em se tratando de racismo, misoginia, homofobia e, mais agudamente nesse momento, xenofobia, o conflito de narrativas antagônicas é frequente e muito presente na mídia em geral. O fato traz visibilidade social e ‘esquenta’ o tema, possibilitando aguçar estratégias de luta por maiores conquistas. Não é o que ocorre com o direito humano à saúde no trabalho.

Em agosto de 2025, será realizada a 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (5ª CNSTT). Seu tema central é considerar a saúde no trabalho um Direito Humano. A expectativa é que ela seja um divisor de águas entre o que se fez até aqui e o que poderá ser feito depois.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a população brasileira e trabalhadora, agarrada com o movimento sanitário do qual o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) era partícipe, tinha clareza de que o que havia antes precisava mudar. E mudou!

Com o Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que muito falte, passou a sobrar muito do que não havia. É um pouco disto que a 5ª CNSTT pretende: que passe a haver mais do que há. Outrossim, que haver algo do que não há: o direito à saúde no mundo do trabalho como direito humano.

Por que negar o reconhecimento do direito humano àquele que perde sua saúde e sua vida ao trabalhar? Se há utopia nessa providência, que ela nos sirva para continuar lutando por um mundo com saúde no trabalho, compreendida como direito humano.

Este tem sido o papel do Cebes em seu percurso: providenciar utopias. Desde o seu início, em 1976, a relação saúde-trabalho era um dos ingredientes do Cebes em sua peregrinação utópico-revolucionária pela Reforma Sanitária.

Dois dos clássicos da literatura do campo da saúde do trabalhador têm a marca do Cebes: ‘A saúde nas fábricas’, de Giovanni Berlinguer, lançado pelo Cebes-Hucitec, em 1983¹; e ‘Ambiente de trabalho – a luta dos trabalhadores pela saúde’, de Ivar Oddone (e outros), em 1986². Inclusive, a apresentação do segundo livro foi assinada por David Capistrano, um de nossos fundadores.



Na incubadora cebiliana de utopias, essas publicações, além de muitas outras, contribuíram para forjar um pensamento contra-hegemônico à medicina do trabalho e à saúde ocupacional, tipicamente privatistas e empresariais, e influenciaram na consagração da expressão saúde do trabalhador na Constituição Federal de 1988³, como atribuição do SUS e, portanto, como responsabilidade pública do setor saúde.

De lá para cá, os muitos avanços ficaram aquém das conquistas necessárias e de novas formas de afirmação, ao contrário do que tem sido alcançado por diversos movimentos de luta pelos direitos humanos.

O Brasil tem uma dívida profunda com o mundo do trabalho em matéria de saúde. Não se pode sequer cogitar de falar em alguma tragédia sanitária em nosso país sem falar do sofrimento, da doença e da morte no trabalho.

O Observatório de Segurança e Saúde no Brasil, mantido pelo Ministério Público do Trabalho, em conjunto com a Organização Internacional do Trabalho, mostra que, de 2012 a 2022, a cada quatro horas, morreu um trabalhador e que, a cada minuto, um trabalhador brasileiro com carteira assinada se acidentou ou adoeceu devido ao trabalho. Ainda não existem estatísticas oficiais sobre o trabalho informal, mas são conhecidos os efeitos negativos à saúde mental advindos da precarização do trabalho, especialmente vinculada à violência no trânsito, cada vez mais relevante no contexto das novas relações de trabalho, a exemplo do que ocorre com os entregadores de aplicativo, assim como na ida e vinda de inúmeros trabalhadores para os seus locais de trabalho.

No entanto, o que é direito humano e como nossa sociedade em sua diversidade o compreende? A definição desse termo simples, mas complexo ao mesmo tempo, põe em debate o que é relevante para a humanidade na luta pela dignidade em determinado momento. Considerando nosso atual estágio civilizatório e nossas aspirações, o direito estabelecido nos cânones atuais não é suficiente para estabelecer que é indigno que pessoas adoecem e

morram no trabalho e que muito pouco ou quase nada se faça em decorrência desses crimes.

É com esse espírito que o Cebes propõe uma Conferência Livre de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano, preparatória para a 5ª CNSTT, um resgate oportuno e um reencontro com suas aspirações transformadoras.

Além do Direito Humano como tema central, a 5ª CNSTT debaterá três temas (eixos orientadores): 1) Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT); 2) Novas relações de trabalho e a saúde do trabalhador e da trabalhadora; e 3) Participação popular na saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras para o Controle Social.

A Conferência Livre do Cebes traz como ponto de ênfase para o debate a compreensão de que os três eixos orientadores deverão ser atravessados pelo tema principal – saúde no trabalho como direito humano. Ou seja, a política nacional que contemple as novas relações de trabalho, ombreadas pela participação popular, deverá buscar uma transformação fundada na saúde do trabalhador e da trabalhadora como direito humano.

Seguindo essa linha, baseada em alguns textos que vêm debatendo o tema, a Conferência Livre do Cebes propõe quatro questões para o debate, exibidos a seguir.

1 – O Direito Humano deve reger a saúde no trabalho?

A doença e a morte no trabalho, quando preveníveis e não prevenidas pela saúde pública, constituem-se em injustiça, baseada no direito que as rege, ferindo gravemente o princípio da equidade. Além disso, o direito que rege a saúde no trabalho posto nos dias atuais (trabalhista, previdenciário, sanitário, ambiental, civil, penal, econômico e outros) é um direito que não faz justiça – objetivo maior num Estado Democrático de Direito: direito que faça justiça.

Dessa forma, o Núcleo Saúde-Trabalho-Direito (NSTD) do Cebes reivindica que a ocorrência de mais de 2 mil mortes e do meio milhão de adoecimentos anuais de pessoas trabalhadoras seja elevada ao patamar de crime contra a humanidade conforme o Decreto nº 4.388, de 25 de setembro de 2002⁴, e que, a partir de então, sejam tomadas medidas concretas que protejam trabalhadores e trabalhadoras mortos e mutilados pelo trabalho.

2 – Conceber a saúde no trabalho como um direito humano, em essência, possibilita uma representação simbólica contra-hegemônica da questão?

A relação saúde-trabalho, em essência, é uma expressão da relação capital-trabalho, construída objetivamente sobre as bases da exploração econômica de quem compra sobre quem vende a força do trabalho. As consequências históricas que se mantêm na negociação capital-trabalho perpetuam a exploração econômica sob a forma de dominação jurídico-política: tripartismo; culpabilização dos trabalhadores por seu adoecimento e morte; arbitragens e sentenças judiciais tendenciosas; advocacia predatória; gestão do trabalho opressora/opressiva; desresponsabilização empresarial; entre outras.

Ora, se o adoecimento e a morte dos trabalhadores e das trabalhadoras expressa relações assimétricas, faz-se necessário expandir as estratégias de defesa e de luta contra o capital. Evocando o princípio da equidade na luta contra as injustiças e os crimes contra a humanidade, o NSTD do Cebes propõe que o Estado brasileiro expanda esse princípio fundamental para além do SUS e assumam seu papel na defesa das trabalhadoras e trabalhadores.

3 – Os movimentos sindicais, associativos, populares, familiares, cooperativos relacionados diretamente com o trabalho devem se associar aos movimentos sociais identitários na luta pela saúde no trabalho como direito humano? Se sim, de que forma?

O tema da interseccionalidade entre os movimentos identitários carece de inclusão da saúde no trabalho, em si, como um direito humano. Ocorrências de violação de direitos humanos no ambiente de trabalho, quando reconhecidas, são, praticamente, consideradas como questões identitárias e assim são reivindicadas (racismo, misoginia, homofobia, capacitismo, etarismo etc.). Na ausência de identitarismo, as transgressões são absorvidas pela organização do trabalho sob outra ordem sócio-institucional-jurídica e, por isso, são desconsideradas e perpetuadas.

Assim, o NSTD do Cebes propõe, no que tange à saúde das pessoas trabalhadoras, que os espaços de controle e participação social previstos na Lei nº 8.142/90 (Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT)⁵ garantam a participação dos movimentos identitários, de maneira que o diálogo entre essas questões seja ampliado.

4 – Se a saúde no trabalho deve ser considerada um direito humano, o que deve ser feito?

Enfrentar a barbárie no mundo do trabalho é associar-se aos que resistem, nas conjunturas

nacional e internacional, contra a destruição dos direitos humanos nas distintas esferas de preconceito, discriminação, estigma, ofensa, injúria, atentado contra a vida, exploração, opressão etc. O mundo do trabalho é hoje fábrica de sofrimento, exclusão, incapacidade e destruição, inclusive do ambiente, de relações familiares e sociais.

Esses são alguns dos desafios que se impõem nos dias atuais. Para enfrentá-los, é indispensável atualizar e fortalecer a PNSTT, no sentido de que ela consiga cumprir a tarefa para a qual foi criada. Isto é, que ela seja uma indutora da transversalização do campo da saúde do trabalhador por todo o SUS, da atenção básica à alta complexidade, e que atenda às dimensões biopsicossociais dos efeitos do trabalho, e não apenas de doenças e acidentes. Dessa forma, aumentam-se as possibilidades de o SUS ser um espaço que contribua para a concretização do direito humano à saúde no trabalho.

Para além da PNSTT, porque em si mesma é insuficiente para o propósito aqui defendido, a lógica da saúde do trabalhador como direito humano deve ser pautada em outras instâncias, envolvendo todos os setores do Estado e da sociedade civil. Em âmbito governamental, isso significa integrar pastas, para além do Ministério da Saúde, mas sem retirar o seu papel estruturante.

A garantia desse direito perpassa a participação popular sob a forma de protagonismo da classe trabalhadora. Se é a classe trabalhadora que sofre diretamente os efeitos da exploração-opressão e que, portanto, tem o seu direito humano violado, o protagonismo desse debate/luta não pode ser delegado a qualquer outro sujeito.

Em face do sofrimento daqueles que nos antecederam ou que hoje são vítimas dessas injustiças, unidos àquelas pessoas trabalhadoras que estão por vir, o NSTD do Cebes conclama toda a sociedade a debater e lutar para que a saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras seja alçada ao patamar dos direitos humanos.

Colaboradores

Vasconcellos LCF (0000-0002-7679-9870)*, Gaze R (0000-0002-7909-9247)*, Guedes DT (0000-0002-1818-7665)*, Souza DO (0000-0002-1103-5474)*, Corrêa Filho HR (0000-0001-8056-8824)*, Ribeiro FSN (0000-0002-8201-4806)*, Lages I (0000-0001-6698-0150)*, Maio IS (0000-0002-7191-0357)*, França ACS (0009-0005-2662-9215)* e Franco AD (0009-0008-8239-0685)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Berlinguer G. A saúde nas fábricas. Tradução brasileira da 5ª edição italiana (publicada em 1977). São Paulo: Cebes-Hucitel; 1983.
2. Oddone I, Re A, Marri G, et al., organizadores. ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec; 1986.
3. Senado Federal (BR). Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5; Edição 191-A; Seção I:1-32.
4. Presidência da República (BR). Decreto-Lei nº 4.388, de 25 de setembro de 2002. Promulga o Estatuto de

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Roma do Tribunal Penal Internacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2002 set 16; Edição 187; Seção I:3-18.

5. 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] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1990 dez 31; Edição 249; Seção I:25694-25695.

Occupational health is a human right

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos^{1,2}, Rosângela Gaze^{1,3}, Dimitri Taurino Guedes^{1,4}, Diego de Oliveira Souza^{1,5}, Heleno Rodrigues Corrêa Filho^{1,6}, Fátima Sueli Neto Ribeiro^{1,7}, Itamar Lages^{1,8}, Isabella de Sousa Maio^{1,9}, Adelany Costa da Silva França^{1,10}, Alex Danilo Franco¹

DOI: 10.1590/2358-28982025145ED-1

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Núcleo Saúde-Trabalho-Direito (NSTD) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
lcfadel@gmail.com

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

³Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (Facisa) – Santa Cruz (RN), Brasil.

⁵Universidade Federal de Alagoas (Ufal) – Arapiraca (AL), Brasil.

⁶Universidade do Distrito Federal Professor Jorge Amaury Maia Nunes (UnDF), Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasil.

⁷Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁸Universidade de Pernambuco (UPE), Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG), Campus Santo Amaro – Recife (PE), Brasil.

⁹Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) – Brasília (DF), Brasil.

¹⁰Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

OCCUPATIONAL HEALTH IS STILL NOT CONSIDERED A HUMAN RIGHT, just like so many other rights that have been neglected over time but have been achieving some advancements and seeking new forms of affirmation under the guise of the term human right.

In a time internationalized by global media, Brazil reflects a reality of governments and societies divided between those who think, fight, and act for human rights and those who deny and try to prevent them. Regarding racism, misogyny, homophobia, and, more acutely at this moment, xenophobia, the conflict of antagonistic narratives is frequent and very present in the media in general. This fact brings social visibility and ‘heated’ the topic, allowing for sharper strategies in the struggle for more significant achievements. This is not the case with the human right to health at work.

In August 2025, the 5th National Conference on Worker’s Health (5th CNSTT) will be held. Its central theme is to consider health at work as a Human Right. It is expected to be a turning point between what has been done so far and what can be done afterward.

At the 8th National Health Conference in 1986, the Brazilian population and workers engaged with the health movement in which the Brazilian Center for Health Studies (Cebes) participated, and it was clear that what existed before needed to change. And it did!

Although much remains to be done with the Unified Health System (SUS), there is now more of what was previously lacking. This is what the 5th CNSTT aims for: to ensure there is more than what currently exists. Furthermore, to ensure there is something that does not currently exist: the right to health in the world of work as a fundamental human right.

Why deny the recognition of human rights to those who lose their health and their lives while working? If there is a utopia in this provision, may it serve to continue striving for a world where health at work is understood as a human right.

This has been Cebes’ role in its journey: to provide utopias. Since its inception in 1976, the health-work relationship has been one of the key ingredients in Cebes’ utopian-revolutionary pilgrimage toward health reform.

Two of the classics in the literature of occupational health bear the mark of Cebes: ‘A saúde nas fábricas’ by Giovanni Berlinguer, published by Cebes-Hucitec in 1983¹; and ‘Ambiente de trabalho – a luta dos trabalhadores pela saúde’ by Ivar Oddone (and others) in 1986². Furthermore, the foreword of the second book was signed by David Capistrano, one of our founders.



In the Brazilian incubator of utopias, these publications, along with many others, contributed to shaping counter-hegemonic thinking against occupational medicine and occupational health, typically privatized and corporate, and influenced the inclusion of the expression ‘worker’s health’ in the Federal Constitution of 1988³, as an assignment of the SUS and, therefore, as a public responsibility of the health sector.

From then on, the many advances have fallen short of the necessary achievements and new forms of affirmation, contrary to what has been accomplished by various movements fighting for human rights.

Brazil has a deep debt to the world of work regarding health. One cannot even think of discussing any public health tragedy in our country without mentioning the suffering, illness, and death at work.

The Occupational Safety and Health Observatory in Brazil, maintained by the Public Ministry of Labor, in conjunction with the International Labor Organization, shows that, from 2012 to 2022, every four hours, a worker died and that, every minute, a Brazilian worker with a formal contract was injured or sick due to work. There are still no official statistics on informal work. Still, the adverse effects on mental health arising from the precariousness of work are known, mainly linked to traffic violence, which is increasingly relevant in the context of new labor relations, such as what happens with app delivery workers, as well as in the coming and going of countless workers to their workplaces.

However, what are human rights, and how does our diverse society understand them? The definition of this simple yet complex term raises questions about what is relevant to humanity in its struggle for dignity at a given moment. Considering our current stage of civilization and our aspirations, the rights established in the current canon are not sufficient to assert that it is disgraceful for people to become ill and die at work and that very little or almost nothing is done in response to these crimes.

With this spirit, Cebes proposes a Free Conference on Workers’ Health as a Human Right, preparatory for the 5th CNSTT, an opportune recovery, and a reunion with their transformative aspirations.

In addition to Human Rights as the central theme, the 5th CNSTT will discuss three guiding themes: 1) National Policy on Health of Workers; 2) New work relationships and health of workers; and 3) Popular participation in workers’ health for Social Control.

The Free Conference of Cebes emphasizes the understanding that the three guiding axes must be intertwined with the main theme – occupational health as a human right. In other words, the national policy that encompasses new labor relations, supported by popular participation, should seek a transformation based on workers’ health as a human right.

Following this line, based on some texts discussing the topic, the Free Conference of Cebes proposes four questions for debate, presented below.

1 – Should human rights govern health in the workplace?

Disease and death in the workplace, when preventable and not prevented by public health, constitute injustice, based on the law that governs them, severely violating the principle of equity. Furthermore, the law that regulates occupational health today (labor, social security, sanitation, environmental, civil, criminal, economic, and others) is a law that does not achieve justice – the ultimate goal in the Democratic State of Law: a law that delivers justice.

Thus, the Health-Work-Law Center (NSTD) of Cebes claims that the occurrence of more than 2 thousand deaths and half a million annual illnesses of workers be raised to the level of a crime against humanity according to Decree No. 4,388, of September 25, 2002⁴, and that, from then on, concrete measures be taken to protect workers killed and mutilated by work.

2 – Does conceiving health at work as a human right, in essence, allow for a counter-hegemonic symbolic representation of the issue?

The relationship between health and work expresses the capital-labor relationship, objectively built on the foundations of the economic exploitation of those who buy the labor force over those who sell it. The historical consequences that persist in the capital-labor negotiation perpetuate economic exploitation in the form of legal and political domination: tripartism, blaming workers for their illness and death, biased arbitrations and judicial decisions, predatory lawyering, oppressive management of labor, corporate irresponsibility, among others.

Now, if the illness and death of workers express asymmetrical relations, it is necessary to expand the strategies of defense and struggle against capital. Evoking the principle of equity in the fight against injustices and crimes against humanity, the NSTD of Cebes proposes that the Brazilian State expand this fundamental principle beyond the SUS and assume its role in the defense of workers.

3 – Should labor, associative, popular, family, and cooperative movements relate directly to work associated with identity social movements in the fight for health at work as a human right? If so, in what way?

The theme of intersectionality among identity movements lacks the inclusion of health in the workplace as a human right. Occurrences of human rights violations in the workplace, when acknowledged, are primarily seen as identity

issues and are thus claimed (racism, misogyny, homophobia, ableism, ageism, etc.). In the absence of identity politics, transgressions are absorbed by the organization of work under a different socio-institutional-legal order, and therefore, they are overlooked and perpetuated.

Thus, the NSTD of Cebes proposes, regarding the health of working individuals, that the spaces for social control and participation outlined in Law No. 8.142/90 (Intersectoral Commission on Workers' Health – CISTT)⁵ ensure the involvement of identity movements, so that the dialogue among these issues can be broadened.

4 – If health in the workplace is to be considered a human right, what should be done?

Facing barbarism in the world of work means joining those who resist, in both national and international contexts, against the destruction of human rights across various realms of prejudice, discrimination, stigma, offense, slander, attacks on life, exploitation, oppression, etc. Today, the world of work is a factory of suffering, exclusion, disability, and destruction, including of the environment, as well as familial and social relationships.

These are some of the challenges that arise in today's world. To face them, it is essential to update and strengthen the National Policy for Occupational Health and Safety (PNSTT) to fulfill its created task. That is, it should promote the integration of occupational health across the entire SUS, from primary care to high-complexity services, and address the biopsychosocial dimensions of the effects of work, not just diseases and accidents. In this way, the possibilities for SUS to be a space that contributes to realizing the human right to health at work are increased.

Beyond the PNSTT, because it is insufficient for the purpose advocated here, the logic of

worker health as a human right must be guided by other instances involving all State and civil society sectors. In the governmental sphere, this means integrating departments, beyond the Ministry of Health, but without diminishing its structuring role.

The guarantee of this right spans popular participation in the form of the working class taking the lead. Since it is the working class that directly suffers the effects of exploitation and oppression and, therefore, has their human rights violated, the leadership of this debate/struggle cannot be delegated to any other party.

In the face of the suffering of those who came before us or who today are victims of these injustices, united with those hardworking individuals yet to come, the NSTD of Cebes

calls upon all of society to debate and fight so that the health of workers can be elevated to the level of human rights.

Collaborators

Vasconcellos LCF (0000-0002-7679-9870)*, Gaze R (0000-0002-7909-9247)*, Guedes DT (0000-0002-1818-7665)*, Souza DO (0000-0002-1103-5474)*, Corrêa Filho HR (0000-0001-8056-8824)*, Ribeiro FSN (0000-0002-8201-4806)*, Lages I (0000-0001-6698-0150)*, Maio IS (0000-0002-7191-0357)*, França ACS (0009-0005-2662-9215)* and Franco AD (0009-0008-8239-0685)* contributed equally to the drafting of the manuscript. ■

References

1. Berlinguer G. A saúde nas fábricas. Tradução brasileira da 5ª edição italiana (publicada em 1977). São Paulo: Cebes-Hucitel; 1983.
2. Oddone I, Re A, Marri G, et al., organizadores. ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec; 1986.
3. Senado Federal (BR). Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5; Edição 191-A; Seção I:1-32.
4. Presidência da República (BR). Decreto-Lei nº 4.388, de 25 de setembro de 2002. Promulga o Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2002 set 16; Edição 187; Seção I:3-18.
5. 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] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1990 dez 31; Edição 249; Seção I:25694-25695.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Ser um município do interior às vezes é bom, às vezes, é ruim: gestão e cuidado pré-natal em municípios de pequeno e médio porte

Being an interior municipality is sometimes good, sometimes bad: Management and prenatal care in small and medium sized municipalities

Luiza Cosendey Souza^{1,2}, Ivia Maksud^{1,3}

DOI: 10.1590/2358-289820251459587P

ESTE DOCUMENTO POSSUI UMA ERRATA: [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/2358-289820251459587P-ERR](https://doi.org/10.1590/2358-289820251459587P-ERR)

RESUMO Este artigo tem como objetivo analisar os atravessamentos na gestão e no cuidado pré-natal na Região Noroeste do Estado do Rio de Janeiro (RNERJ). Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, do tipo estudo de caso, realizada entre julho de 2022 e fevereiro de 2023, envolvendo quatro municípios escolhidos por conveniência. Participaram 13 profissionais de saúde, sendo seis gestores, quatro enfermeiras e três médicos. Os dados quantitativos foram coletados por meio de indicadores do Datasus e do Sisab. Os dados qualitativos foram produzidos através de entrevistas semiestruturadas e registros em diário de campo. A análise foi orientada por duas categorias analíticas: indicadores de qualidade do cuidado pré-natal e atravessamentos da prática e gestão do cuidado. Os resultados indicam que, apesar dos esforços dos profissionais, a assistência pré-natal na região enfrenta desafios significativos, como a falta de estrutura e a interferência política, além de dificuldades na implementação de políticas e programas de saúde. A proximidade geográfica e os vínculos comunitários foram identificados como pontos positivos, mas a implementação de ações educativas e a captação precoce das gestantes ainda são limitadas. Concluímos que a organização dos serviços deve considerar as especificidades locais para reduzir desigualdades e promover uma assistência mais equitativa e eficaz.

PALAVRAS-CHAVE Cuidado pré-natal. Administração de serviços de saúde. Cidades.

ABSTRACT This article aims to analyze the intersections in prenatal care and management in the Northwest Region of the State of Rio de Janeiro (RNERJ). This is a qualitative and quantitative case study conducted between July 2022 and February 2023, involving four municipalities chosen by convenience. Thirteen health professionals participated, six managers, four nurses, and three doctors. Quantitative data were collected using DATASUS and SISAB indicators. Qualitative data were produced through semi-structured interviews and field diary records. The analysis was guided by two analytical categories: prenatal care quality indicators and intersections in care practice and management. The results indicate that, despite the efforts of professionals, prenatal care in the region faces significant challenges, such as lack of structure and political interference, in addition to difficulties in implementing health policies and programs. Geographic proximity and community ties were identified as positive points, but the implementation of educational actions and early recruitment of pregnant women are still limited. We conclude that the organization of services must consider local specificities to reduce inequalities and promote more equitable and effective care.

KEYWORDS Prenatal care. Health services administration. Cities.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher (PPGSCM) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
cosendeyluiza@gmail.com

²Faculdade Santo Antônio de Pádua (Fasap) - Santo Antônio de Pádua (RJ), Brasil.

³Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), Cientista do Nosso Estado – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Estabelecida a partir da Constituição Federal de 1988¹ e regulamentada pelas Leis nº 8.080/90² (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90³, a descentralização da gestão e das políticas da saúde no Brasil é um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), que objetiva contribuir para a prestação de serviços, fiscalização e controle por parte da sociedade. Entretanto, o processo de descentralização trouxe diversos desafios, principalmente para os municípios de pequeno porte⁴.

Para uma gestão eficiente, os gestores devem incorporar conhecimentos e práticas essenciais alinhadas aos princípios do SUS e da gestão pública. Suas tarefas envolvem a formulação e o planejamento de políticas, o financiamento, a regulação, a coordenação, o controle e a avaliação do sistema de saúde, das redes de saúde e dos provedores de serviços, além da prestação direta de cuidados de saúde⁴.

O Brasil apresenta alta cobertura no acesso à assistência pré-natal, chegando a 98,7%, sendo superior a 90% independente das características maternas⁵. Porém, ainda existem desafios a serem superados. O cuidado pré-natal deveria compreender uma série de intervenções e cuidados prestados às gestantes durante a gravidez, com o objetivo de promover uma gestação saudável, identificar e gerenciar possíveis complicações e preparar a mulher para o parto e pós-parto.

Resultados da pesquisa 'Nascer no Brasil I', realizada no período de 2011 a 2012, sobre a assistência pré-natal na rede pública revelaram deficiências na continuidade e qualidade da atenção pré-natal fornecida pelo SUS, com disparidades regionais evidentes.

Adicionalmente, o sistema enfrenta desafios na garantia de acesso ao pré-natal e parto de qualidade e com base nas melhores evidências, comprometendo a integralidade do cuidado⁶⁻⁸. No quesito das desigualdades regionais na assistência pré-natal, a Nascer no Brasil destacou que as macrorregiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram maior prevalência

de início precoce do pré-natal, enquanto no Norte a proporção de mulheres sem nenhuma assistência foi 60% menor que a média nacional. O Sul e o Sudeste registraram as maiores prevalências em relação ao início precoce do acompanhamento (até as 12 semanas de gestação) e ao número mínimo de seis consultas durante todo o período gestacional⁶.

Considerando a Atenção Primária à Saúde (APS) como a porta de entrada para os serviços de saúde, o acompanhamento pré-natal desempenha um papel crucial na redução das disparidades regionais. Características socio-demográficas das mulheres evidenciam as desigualdades sociais no acesso a um pré-natal de qualidade. Mulheres indígenas, pretas, com menor escolaridade, maior número de gestações e residentes nas regiões Norte e Nordeste enfrentam mais dificuldades para acessar a assistência pré-natal⁵. Além disso, mulheres pretas e pardas apresentam menores chances de iniciar o pré-natal antes das 12 semanas de gestação, em comparação às mulheres brancas. Esse grupo também é submetido a um pré-natal com menos consultas e exames, possui menor vinculação à maternidade para o parto e recebe menos orientações, o que resulta em maior busca por diferentes locais para dar à luz⁸.

Há uma lacuna de estudos sobre assistência pré-natal em municípios de pequeno porte^{5,6,8}. Tais municípios são definidos de acordo com o tamanho da população (até 25 mil habitantes) e à área geográfica de uma localidade, e podem estar localizados tanto em áreas urbanas quanto rurais, dependendo do contexto do país.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁹, municípios rurais são aqueles cuja maior parte da população reside em áreas rurais, enquanto municípios remotos são aqueles que enfrentam dificuldades de acesso a centros urbanos e serviços essenciais. É comum o uso de 'qualidade interiorana' para descrever lugares e relações sociais, indo além das categorias acadêmicas de rural e urbano. Assim, os municípios de pequeno porte tendem a ser denominados

como municípios do interior por estarem localizados geograficamente distantes dos centros urbanos. São assim chamados também em função das relações sociais que são construídas a partir de uma classificação arbitrária, etnocêntrica e hierárquica¹⁰.

Partindo da literatura que discute gestão de serviços de saúde, cuidado, assistência pré-natal e estudos sobre municípios pequeno e médio porte, questionamos: Como se organiza o cuidado pré-natal em municípios pequeno e médio porte? A partir da problemática apresentada, este estudo tem como objetivo analisar os atravessamentos na gestão e no cuidado pré-natal na Região Noroeste do Estado do Rio de Janeiro (RNERJ).

Abordagem metodológica

O presente artigo adotou uma abordagem quali-quantitativa, utilizando o estudo de caso como estratégia metodológica, conforme proposto por Yin¹¹. Essa metodologia foi aplicada à análise do cuidado pré-natal em alguns municípios da RNERJ. A escolha do estudo de caso baseia-se em sua adequação para investigar situações em que o pesquisador tem pouco controle sobre os fenômenos e para examinar contextos da vida real, contribuindo para a compreensão de fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos¹¹.

A região Noroeste é uma das menores regiões urbanizadas do estado, formada por 14 municípios que reúnem 2% da população do Estado do Rio de Janeiro (ERJ). Além disso, é a região com a menor densidade demográfica (60 hab/km²)¹². Os municípios que compõem a região Noroeste são: Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre-Sai.

A triangulação de fontes e métodos¹³, por meio de entrevistas semiestruturadas, registros em diário de campo e análise de indicadores, ampliou a compreensão dos dados. As entrevistas

captaram percepções e experiências dos participantes, enquanto os registros do diário de campo aprofundaram a análise das observações. A inclusão de indicadores permitiu identificar padrões e tendências, fortalecendo a consistência e a confiabilidade dos resultados.

Duas etapas de trabalho aconteceram para a realização deste estudo de caso. A primeira consistiu na pesquisa de indicadores no Datasus (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde) e no Sisab (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica), o que possibilitou retratar, de forma panorâmica, o cuidado pré-natal na região no período de 2019 a 2022. O recorte temporal de 2019 a 2022 foi estabelecido de acordo com o trabalho de campo da pesquisa de doutorado e coincidiu, também, com o Programa Previne Brasil, implementado em 2020. Este programa tinha como objetivo melhorar os indicadores de atenção básica.

Para compreender o panorama da região, acessamos duas bases de dados essenciais para a investigação: o Sisab, que gerencia informações sobre a atenção básica em saúde no Brasil, e o Datasus, responsável pela coleta, processamento e disseminação de dados de saúde em nível nacional. A partir dessas fontes, investigamos os seguintes indicadores: número de consultas de pré-natal por gestante na RNERJ; gestantes com o primeiro atendimento até a 12^a semana de gestação; número de gestantes com exames avaliados até a 20^a semana; nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal; número total de nascidos vivos; óbitos maternos; e a proporção de parto normal, incluindo a porcentagem de nascidos vivos por parto normal, por município.

Dado o grande número de municípios, foram selecionados quatro entre os 14 existentes, com base em critérios de conveniência. A escolha dos municípios para este estudo levou em consideração o número de habitantes e a classificação do IBGE, sendo um de médio porte, e os demais de pequeno porte.

As entrevistas em profundidade foram realizadas com dois grupos de participantes:

gestoras (Coordenadoras de Saúde da Mulher e Coordenadoras de Atenção Básica) e profissionais de saúde (médico, médicas e enfermeiras que atuam na assistência pré-natal). Para preservar a identidade dos participantes, utilizamos nomes fictícios para eles e as cidades, a fim de evitar a identificação dos interlocutores a partir da descrição dos municípios.

Para a produção dos dados, foram elaborados dois instrumentos: um roteiro de entrevista para os profissionais de saúde, contemplando dados gerais de identificação, informações profissionais, cuidado pré-natal, parto, políticas e programas de saúde da mulher; e um roteiro direcionado aos gestores, com os mesmos tópicos direcionados aos profissionais, acrescido de questões relativas às atividades da gestão.

A interação preliminar ocorreu com os secretários de saúde municipais, os quais identificaram os gestores que se adequavam aos critérios de inclusão. Esses gestores, por sua vez, sugeriram os profissionais que poderiam ser entrevistados.

Foram realizadas 13 entrevistas no total, sendo nove com enfermeiras, três com profissionais médicos e uma com auxiliar de enfermagem. Foram excluídos os profissionais que estavam afastados ou de férias no período da entrevista, ou que não tiveram disponibilidade para participar.

O trabalho de campo presencial ocorreu no período de julho de 2022 a fevereiro de 2023, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa IFF/Fiocruz (CAAE nº 59599022.1.0000.5269, em junho de 2022) com base nos termos dispostos na Resolução nº 510/2016. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas¹⁴.

As entrevistas foram complementadas por registros no diário de campo, que auxiliaram na reflexão dos dados. À diferença de pesquisas do campo avaliativo, mais comumente conhecidas pelos gestores e profissionais que se dedicam à assistência pré-natal, as entrevistas semiestruturadas permitiram aos gestores e profissionais a oportunidade de fornecer respostas detalhadas, o que contribuiu para a compreensão aprofundada das experiências, percepções e opiniões dos participantes.

A análise temática nos permitiu identificar, categorizar e interpretar padrões e significados subjacentes no material produzido¹⁵. Buscamos identificar as convergências e divergências nos relatos dos profissionais e gestores sobre a gestão e o cuidado pré-natal nos municípios, cotejando com a literatura de base sobre cuidado pré-natal e municípios de pequeno e médio porte. Os resultados foram compilados e sintetizam as principais questões relacionadas a esses desafios, conforme apontado pelos participantes da pesquisa. Estas incluem: Processo de trabalho da gestão; Problemas estruturais e falta de materiais; Educação permanente; Excesso de atribuições dos profissionais; Promoção da saúde; Dificuldade da adesão das mulheres à assistência pré-natal com a equipe de saúde da família; e Assistência ao parto.

Resultados e discussão

Indicadores de qualidade do cuidado pré-natal em municípios de pequeno e médio porte: um olhar para a RNERJ

A região Noroeste possui um total de 17 hospitais, sendo seis deles públicos distribuídos em 11 dos 14 municípios. Os municípios que não possuem hospitais públicos estabeleceram convênios com outros hospitais da região. De acordo com o Datasus, atualmente a região possui cobertura da atenção primária de 88,3%, e todos os municípios da região aderiram ao Programa de Saúde da Família¹⁶.

A maioria dos municípios da região Noroeste possui acesso a hospitais municipais, que atendem à população geral, localizados na sede ou nos municípios vizinhos. Grande parte dos municípios não possui transporte público eficaz para atender às demandas da população rural, fazendo com que as pessoas que não possuem transporte próprio fiquem praticamente isoladas¹⁷.

A *tabela 1* demonstra que o número de consultas de pré-natal por gestante e a realização do primeiro atendimento até a 12ª semana de

gestação teve aumento expressivo no período de 2019 a 2022.

Tabela 1. Número de consultas de pré-natal por gestante e atendimentos realizados até a 12ª semana na RNERJ, com base nos dados do Sisab (2019-2022)

Indicador	Nº de consultas de pré-natal por gestante da RNERJ				Gestante com o primeiro atendimento até a 12ª semana de gestação	Nº de gestantes com exames avaliados até a 20ª semana
	1 a 5 atendimentos	4 a 5 atendimentos	6 ou mais atendimentos	Total		
2019	519	327	182	1.028	440	142
2020	611	202	165	978	578	198
2021	1.247	296	330	1.873	1.031	142
2022	1.258	335	778	2.371	1.792	295

Fonte: elaboração própria com base nos dados do Sisab¹⁸.

Após a avaliação dos indicadores da região Noroeste, identificamos que vários municípios possivelmente falharam em registrar as informações essenciais no Sisab, resultando em discrepâncias notáveis entre o número de gestantes e os registros de nascidos vivos e de partos, o que levanta preocupações sobre a precisão e confiabilidade dos dados referentes à assistência prestada às gestantes. A disparidade identificada entre os dados do Datasus e do Sisab pode ser ainda mais significativa, uma vez que pode haver perdas fetais e natimortos que não foram registrados

no Sinasc (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos).

Outro indicador que merece atenção é a proporção de nascidos vivos de parto normal: percentual de nascidos vivos por parto normal, segundo o município (*tabela 2*). Ele aponta que menos de 10% das mulheres tiveram parto normal no período investigado (2019 a 2022). No Brasil, o principal fator de risco para um parto cesárea é a realização do pré-natal e parto com o mesmo médico, situação essa que ocorre com frequência nos municípios investigados.

Tabela 2. Indicadores de nascimentos, óbitos maternos e proporção de partos normais nos municípios da RNERJ, com base nos dados do Datasus (2019-2022)

Ano	Nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	Nascidos vivos	Óbitos maternos	Proporção de parto normal (% de nascidos vivos por parto normal segundo o município)
2019	3.171	4.227	—	9,9
2020	2.825	3.939	2	9,1
2021	2.742	3.894	4	8,7
2022	2.777	3.890	—	8,0

Fonte: elaboração própria com base nos dados do Datasus¹⁶.

De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde (SES), a região com menor desenvolvimento socioeconômico, menor Índice de Desenvolvimento Humano Relativo (IDHR), menor taxa de escolaridade e menor cobertura de planos de saúde (Noroeste) apresentou a menor taxa de partos normais. Por outro lado, a região com maior cobertura de planos de saúde, maior IDHR, maior riqueza e maior taxa de escolaridade (Metropolitana I) registrou a maior taxa de partos normais¹⁷.

Ao analisarmos a *tabela 1*, que apresenta o número de consultas pré-natal por gestantes, percebemos que mais de 80% das gestantes acompanhadas não tiveram acesso ao número mínimo de consultas conforme orientação do Ministério da Saúde¹⁹. O indicador Gestante com o primeiro atendimento até a 12ª semana de gestação (*tabela 1*) aponta para a dificuldade do início precoce do acompanhamento pré-natal, já que menos de 50% das gestantes da região iniciaram o acompanhamento no primeiro trimestre de gestação. O ano de 2022 apresentou um aumento no número de gestantes com a primeira consulta pré-natal antes da 12ª semana de gestação.

Os resultados obtidos a partir da análise dos indicadores evidenciam iniquidades na assistência pré-natal na RNERJ, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelos programas e políticas de acompanhamento pré-natal vigentes no Brasil¹⁹. O pré-natal é uma ação programática da atenção primária comprovadamente relacionada aos resultados obstétricos, entretanto, pesquisas revelam resultados preocupantes em relação à sua qualidade^{5,6} e indicam que quase 90% das consultas de pré-natal no Brasil são realizadas na atenção básica.

De acordo com a pesquisa de Tomasi et al.²⁰, que avaliou os indicadores de qualidade da atenção pré-natal no Brasil no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), apesar da alta cobertura e o número elevado de consultas durante a gestação, apenas 15% das mulheres receberam uma atenção pré-natal adequada.

Todos os municípios investigados nessa pesquisa aderiram ao 3º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ em 2017. Uma pesquisa recente conduzida por Luz et al.²¹ revelou deficiências significativas na assistência pré-natal em nível nacional, identificando barreiras estruturais, falta de medicamentos e exames essenciais, além de problemas na oferta de cuidados individuais, clínicos e de promoção da saúde. Embora a cobertura da assistência pré-natal e sua institucionalização na APS sejam amplas, persistem desafios que requerem iniciativas governamentais para assegurar atenção integral e de qualidade no ciclo gravídico-puerperal e melhorar os indicadores de saúde materno-infantil²¹.

No Brasil, as taxas de cesariana são alarmantes, posicionando o país no segundo lugar mundial. Aproximadamente 55% dos partos são realizados por cesariana, muito acima da recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que sugere uma taxa ideal entre 10% e 15% dos partos²². No setor privado, essa proporção é ainda mais elevada, atingindo 86% a 88% dos partos, enquanto no setor público, que inclui os serviços do SUS e os terceirizados, a taxa é de 46%²². Essa disparidade reflete desafios estruturais e culturais que influenciam as práticas obstétricas no país.

O elevado número de cesarianas está associado a diversos desfechos, como a mortalidade materna e altas taxas de prematuridade, que chegam a cerca de 10%. Esse valor é quase o dobro do observado em países europeus. Além disso, há uma proporção significativa de prematuros tardios, representando 74% dos nascimentos entre 34 e 36 semanas de gestação. Essa prematuridade tardia pode ser atribuída, em muitos casos, a cesarianas agendadas com avaliação inadequada da idade gestacional, resultando em uma prematuridade iatrogênica²³.

A RNERJ E A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Os quadros sinópticos (*quadros 1 e 2*) contêm aspectos sociodemográficos e informações de atuação e formação profissional dos participantes da pesquisa.

Quadro 1. Perfil sociodemográfico e profissional das gestoras

Informações	Márcia	Victória	Joana	Amanda	Lorena	Paula
Aspectos sociodemográficos						
Gênero	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	65	44	50	42	27	32
Município de residência	Florência	Vale Branco	Serra Verde	Vale Branco	Florência	Florência
Raça/cor	Branca	Branca	Branca	Branca	Parda	Branca
Formação e atuação profissional						
Local de atuação	Florência	Vale Branco	Serra Verde	Vale Branco	Florência	Vila Bela
Formação profissional	Enfermeira especialista em saúde da mulher e obstetrícia	Enfermeira especialista em saúde da mulher e obstetrícia	Auxiliar de enfermagem	Enfermeira especialista em saúde da família	Enfermeira	Enfermeira especialista em gerontologia
Cargo	Coordenadora de saúde da mulher	Coordenadora de saúde da mulher	Coordenadora de saúde da mulher	Coordenadora do Centro de Atenção Materno-Infantil	Supervisora de pré-natal	Coordenadora da atenção básica
Forma de contratação	Concursada	Concursada	Concursada	Concursada	Contratada	Contratada
Exercício no cargo	22 anos	Concursada como enfermeira (11 anos) e cargo atual (2 anos)	16 anos como auxiliar de enfermagem na coordenação	Concursada (22 anos) e cargo atual (2 anos)	1 ano e 6 meses	1 ano e 5 meses
Experiência prévia na área de saúde da mulher	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não

Fonte: elaboração própria.

Quadro 2. Perfil sociodemográfico e profissional dos profissionais de saúde

Informações	Patrícia	Sabrina	Sílvia	Andrea	Fernanda	Laura	Carlos
Aspectos sociodemográficos							
Gênero	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino
Idade	30	38	39	37	38	28	33
Município de residência	Florência	Vale Branco	Serra Verde	Vila Bela	Florência	Portolândia	Florência
Raça/cor	Parda	Parda	Parda	Parda	Parda	Branca	Pardo
Religião	Evangélica	Evangélica	Evangélica	Evangélica	Católica	Católica	Nenhuma
Formação e atuação profissional							
Local de atuação	Florência	Vale Branco	Serra Verde	Vila Bela	Florência	Vale Branco	Serra Verde
Formação profissional	Enfermeira especialista em saúde da mulher e obstetrícia	Enfermeira especialista em saúde da mulher e obstetrícia	Enfermeira doutora em ciências do cuidado em saúde	Enfermeira especialista em saúde da família, auditoria e sistemas de saúde	Médica obstetra	Medicina	Fisioterapia e medicina
Cargo	Enfermeira da ESF em Florência	Enfermeira da ESF de Vale Branco	Enfermeira da ESF de Vila Bela	Enfermeira da ESF de Serra Verde	Médica obstetra da UBS de Florência	Médica da UBS de Vale Branco	Médico da ESF de Vila Bela
Forma de contratação	Contrato	Concursada	Concursada	Concursada	Contratada	Contratada	Contrato
Exercício no cargo	2 anos e 6 meses	6 anos	8 anos	8 anos	1 mês	1 ano	2 anos

Quadro 2. Perfil sociodemográfico e profissional dos profissionais de saúde

Informações	Patrícia	Sabrina	Sílvia	Andrea	Fernanda	Laura	Carlos
Experiência prévia na área de saúde da mulher	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não

Fonte: elaboração própria.

Dentre os quatro municípios visitados (Florência, Serra Verde, Vale Branco e Vila Bela) apenas o município de Serra Verde já possuía a assistência pré-natal descentralizada há algum tempo (desde 2016). Os municípios de Florência e Vale Branco passaram pelo processo de descentralização recentemente, entre os anos de 2021 e 2022 e o município de Vila Bela possui o cuidado pré-natal 100% centralizado.

A descentralização das ações e serviços de saúde consiste na redistribuição de responsabilidades entre os diferentes níveis de atenção à saúde, priorizando a Atenção Básica como porta de entrada e coordenadora do cuidado. O Ministério da Saúde orienta que as gestações de risco habitual sejam acompanhadas nas UBS pelas equipes, com consultas intercaladas entre médicos e enfermeiros, além de consulta odontológica, realização de atividade educativa individual e coletiva e encaminhamento a profissionais especializados quando necessário²². Já as gestações de alto risco devem ser acompanhadas por médicos obstetras nos

centros de referência, mas que ainda mantenha o vínculo com a UBS do seu território^{19,24}.

O modelo descentralizado de cuidados pré-natais no SUS garante serviços acessíveis em unidades de saúde locais para gestantes, especialmente em áreas remotas. Isso inclui consultas médicas, exames, orientações sobre gravidez e parto e programas de educação em saúde materna e infantil^{24,25}. A abordagem visa melhorar a qualidade e a abrangência do pré-natal, promovendo a saúde materna e infantil e reduzindo complicações durante a gravidez e o parto, em consonância com o princípio de universalidade do SUS⁶.

Construir-se como gestor e/ou profissional de saúde em um município do interior requer adquirir diversas habilidades compreendidas como essenciais para lidar com os desafios encontrados na prática de gestão e do cuidado pré-natal. O *quadro 3* condensa as principais questões relativas a esses desafios, segundo os participantes da pesquisa, e diz respeito a categorias que foram recorrentes nas entrevistas.

Quadro 3. As práticas de gestão e cuidado pré-natal segundo participantes da pesquisa na RNERJ (2023)

Práticas	Depoimentos
Processo de trabalho da gestão	“... mas eu acho que, assim, de último desafio, eu acho que o primeiro foi essa questão da descentralização e a gente tá conseguindo, né?, isso já é um ganho muito grande eu acho pro município, né, essa questão de descentralizar e, e aí, é eu acho que, que já houve alguns ganhos mas ainda tem muito desafio” (Victória - Coordenadora de Saúde da Mulher de Vale Branco).
	“Eu não tenho, praticamente, autonomia...” (Sabrina - Enfermeira Vale Branco).

Quadro 3. As práticas de gestão e cuidado pré-natal segundo participantes da pesquisa na RNERJ (2023)

Práticas	Depoimentos
Processo de trabalho da gestão	“Olha, eu quero fazer... igual essa questão do programa, que a gente tá trabalhando, é, até o pré-natal mesmo, para as gestantes que não podem vir, é, no horário normal, coleta de preventivo, consulta de enfermagem, queria muito que a gente fizesse um extra turno ou no sábado, vamos ver, eu vou estar pagando pra vocês uma hora extra, mas eu não posso, eu tenho que passar isso pra Secretária, pra Secretária aprovar, passar pro Prefeito, se eles falarem que não, acabou” (Paula - Coordenadora de Atenção Básica de Vila Bela). “... A interferência política... Por exemplo, nas unidades básicas do Rio, eles não fazem o pré-natal generalista? Aqui não. Aqui quem manda é o poder médico. Então tem um impacto, sabe, uma interferência estrondosa” (Márcia - Coordenadora de Saúde da Mulher de Florência). “Eu acho, assim, que a nossa dificuldade, entendeu? Que a gente tem que depender da ambulância do pronto-socorro. Na semana passada, a gente estava com uma gestante de 24 semanas. Quando ela chegou no hospital, ela teve uma crise convulsiva. E se eu fico com ela aqui? Então eu sempre peço à Secretária de Saúde um carro, a gente tinha que ter um carro só nosso, transporte só nosso, entendeu? A maior dificuldade é o carro” (Joana - Coordenadora de Saúde da Mulher de Serra Verde).
Problemas estruturais e falta de materiais	“Mas espaço físico, também não ajuda. Que a pessoa chega, às vezes, pra falar um problema na recepção. É aquele espaço ali aberto pra todo mundo ouvir. A gente procura direcionar pra um profissional, né? Chama a técnica de enfermagem, a agente de saúde” (Sílvia - Enfermeira Serra Verde). “Faltando bastantes exames que a gente tem o hábito de pedir durante o pré-natal no consultório particular nosso... Exames que eu configuro como essenciais, por exemplo, teste oral de tolerância à glicose” (Fernanda - Médica Obstetra Florência). “... mas não, falta muito, falta bastante coisa... pro básico sim, eu consigo atender, eu consigo fazer um exame ginecológico” (Sabrina - Enfermeira Vale Branco). “... é complicado, até, assim, a estrutura, teria que ser mais dias. Teria que ter várias outras melhorias pra que tudo funcionasse. Entendeu?” (Carlos - Médico Serra Verde).
Educação permanente	“Participava bastante, mas online, participava, agora depois dessa questão da pandemia não sei, não sei se não estão surgindo cursos e capacitações, mas não tão sendo passados, não sei se estão surgindo, entendeu? e não estão sendo passados ou se realmente que não estão acontecendo” (Sabrina - Enfermeira Vale Branco). “Mas assim, pelo que eu tinha de experiência no outro município, eu vejo que aqui fica muito falho, mas eu acho que é uma, é algo assim geográfico. É porque é muito distante, aqui que não tem tantos profissionais, igual lá. Lá é o município da região metropolitana” (Sílvia - Enfermeira Serra Verde).
Excesso de atribuições	“Acho que poderia dar mais, a realidade do município, é que fica muito procedimento assim como aferição de pressão arterial, as pessoas procuram muito, tendem muito a procurar isso o dia inteiro, o tempo todo e com isso como não tem funcionários suficiente a gente fica muito fechado a isso, por exemplo o teste do covid, a gente tem que tá fazendo lógico, tem que diagnosticar covid, né? e tudo, porém ele na questão dos nossos indicadores eles não impactam, eles não ‘entra’, é o que mais a gente tá fazendo no momento, tá me entendendo? Então, assim, seria, por exemplo, não sei se colocasse uma pessoa só pra isso, pra gente poder dar ênfase mesmo a estratégia de saúde a família com a, a assistência à gestante, né? mas a gente fica muito atribulado nessa questão de aferição, o enfermeiro mesmo aferição de pressão arterial, temperatura, avaliação antropométrica, vacina de criança, em procedimento, infelizmente, assim, eu acho que é normal para municípios pequenos né” (Sabrina - Enfermeira Vale Branco). “Aqui, eu sou enfermeira, gerente e assistente. Então, tudo passa por mim” (Sílvia - Enfermeira Serra Verde). “A gente tenta dar sempre o melhor, né, porque hoje eu falo que o enfermeiro, o médico da saúde em estratégia da família, não é fácil a nossa vivência no dia a dia, a gente tenta abraçar o mundo, mas muitas coisas a gente não consegue” (Patrícia - Enfermeira Florência).
Promoção da saúde	“E assim, pelas exigências, né? Entre aspas, infelizmente, educação e saúde não é algo que é cobrado, nem pelo-pelo, [Previne] agora, que manda verba. É muito pouco o estímulo científico que eles dão pra educação e saúde. Então, é algo que fica sempre ficando em escanteio” (Sílvia - Enfermeira Serra Verde). “Vou ser bem honesta, a gente não faz muitas ações. As pessoas aqui, elas têm um pouco de resistência pra escutar, pra ouvir palestras. Eu espero que isso seja quebrado, né?” (Andrea - Enfermeira Vila Bela). “Não fizemos ainda com gestantes porque está muito recente, quando a gente começou a atender agora” (Laura - Médica Vale Branco).

Quadro 3. As práticas de gestão e cuidado pré-natal segundo participantes da pesquisa na RNERJ (2023)

Práticas	Depoimentos
Dificuldade de adesão das mulheres à assistência pré-natal com a equipe de saúde da família	<i>"Eu acho que eles têm a cultura de que tem que ser o médico ginecologista, eu acho que tem essa cultura, eles ainda não tem a confiança de ser atendido pelo médico da família e muito menos pelo enfermeiro da família, não tem essa confiança ainda, mas estamos aí pra quebrar isso, né [risos], a gente tá quebrando isso aos pouquinhos, com paciência e mostrar pra eles o trabalho faz com que tenham confiança, é isso é, é são passinhos, né" (Sabrina - Enfermeira Vale Branco).</i> <i>"Sim, até porque muitas das gestantes – não sei nos outros municípios – correlacionam muito a gestação ao obstetra, nunca ao médico da saúde da família, entendeu? Às vezes elas chegam aqui com uma dor de cabeça. A gente fala: 'Você vai ser atendida pela doutora tal da unidade'. Elas até são atendidas, entendeu? Mas, tipo assim, 'ah, mas tem como você adiantar a minha consulta com o obstetra?' Entendeu? Então, tipo assim, você já vê que elas mesmas, por si só, preferem um especialista que tenha aquela questão obstétrica. Elas mesmas, por si só, querem um especialista. Então eu vejo um ponto positivo hoje a gente ter descentralização do médico especialista. Tanto que, nas outras unidades, fora daqui, são os médicos da estratégia em saúde da família" (Patrícia - Enfermeira Florência).</i>
Assistência ao parto	<i>"O parto é o seguinte elas fazem o pré-natal todo com a médica, né, com a obstetra do município. Agora tem até duas, né? Que é básica... Mas a principal, assim, é a doutora Laura e, também, tem a doutora Mariana, mas a maioria prefere a doutora Laura. E, aí, quando tá pra ter a última consulta pré-natal, elas vão no médico do convênio pagar a consulta e, aí, é o doutor Roberto ou o doutor Matheus e a doutora Mariana, e aí, lá eles preenchem a papelada toda, retornam com essa papelada e, aí, vão nessa central novamente pra pegar a autorização pro parto. Basicamente, é agendado, exceto quando algum, alguém entra em trabalho de parto, aí, não tem o que fazer, né?" (Andrea - Enfermeira Vila Bela).</i> <i>"A Paula me falou que algumas, inclusive, escolhem aonde quer. Algumas querem ir pra Florência..." (Andrea - Enfermeira Vila Bela).</i> <i>"Uma coisa que a gente, que eu observo, é uma coisa que me preocupa muito, que a gente tem tido muito caso de parto prematuro, muito caso também de natimorto e... eu penso que seja algum, algum problema no nosso pré-natal, algo que tá deixando a desejar" (Andrea - Enfermeira Vila Bela).</i> <i>"... e da conscientização das pacientes pra um parto normal... O índice de cesariana no interior é enorme. ...existe uma lei do Conselho Federal de Medicina... que a paciente, mesmo no SUS, ela tem o direito de escolher o tipo de parto" (Fernanda - Médica Obstetra Florência).</i>

Fonte: elaboração própria.

As categorias de análise foram construídas com base na revisão de literatura e a partir dos principais tópicos abordados pelos interlocutores durante as entrevistas. Elas permitiram compreender as dinâmicas da gestão e do cuidado pré-natal em alguns municípios da RNERJ, proporcionando uma base sólida para a análise crítica do estudo. Destacaram questões como problemas estruturais e falta de materiais, desafios na educação permanente, excesso de atribuições dos profissionais, adesão das mulheres ao pré-natal, interferência política na gestão e a preferência pelo acompanhamento obstétrico especializado.

O processo de trabalho da gestão e dos profissionais em municípios de pequeno e médio porte é atravessado significativamente pela

interferência política. Observa-se um discurso contrastante sobre a autonomia das gestoras. Embora afirmem ter liberdade na tomada de decisões, relatam a presença contínua de atores políticos ao tomar decisões no processo de trabalho da gestão.

A interferência política se revelou como a principal razão para a falta de autonomia nas decisões da gestão, uma vez que muitas das iniciativas planejadas estão sujeitas à aprovação da administração municipal, incluindo prefeitos e secretários municipais de saúde. As gestoras argumentam que a condição de ser um município de pequeno e médio porte potencializa essa situação, podendo levar à descontinuidade dos serviços sob a gestão municipal. Essas restrições indicam a ocorrência

de administrações em que a abordagem política do governo tenha mais destaque do que a abordagem técnica e ética na prestação de serviços²⁶.

Um estudo de caso realizado por Maria Eliana Labra²⁷, no município de Campos dos Goytacazes, região Norte do Estado do Rio de Janeiro, sobre os Conselhos de Saúde e questões problemáticas relacionadas ao controle social, problematiza as relações entre conselheiros de saúde e gestores municipais. Tais relações também são observadas em estudos sobre representantes eleitos pelo voto popular, como prefeitos e vereadores²⁷.

De forma aproximada, a presença do médico obstetra na equipe de atenção básica para o pré-natal de baixo risco em um dos municípios foi compreendida como interferência política na gestão e prática do cuidado pré-natal para a coordenadora de Saúde da Mulher do município, que planejava descentralizar o processo de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)²⁴ intercalando consultas entre médicos e enfermeiros da unidade de saúde. Naquele cenário, os médicos obstetras se uniram ao gestor municipal, exigindo que apenas especialistas realizassem o pré-natal de baixo risco, provocando a insatisfação evidente da gestora, que expressou sua opinião da seguinte forma durante a entrevista: *“a gente já descentralizou o serviço de pré-natal, não o pré-natal”* (Márcia, coordenadora de Saúde da Mulher de Florência).

De acordo com Warmling et al.²⁸, o atendimento das gestantes realizado pelos obstetras na atenção primária é visto como uma maneira de reforçar a ênfase no atendimento médico, na busca livre por serviços e no uso frequente de exames, o que também foi evidenciado em nosso estudo de caso. Em ambos os estudos, inclusive, o protocolo de realização do cuidado pré-natal de baixo risco, preconizado pelo SUS por médicos generalistas, não é totalmente seguido.

A fala da enfermeira do município de Vale Branco, Sabrina, ilustra essa questão culturalmente enraizada, destacando a resistência das

gestantes em confiar no atendimento realizado por médicos da família ou enfermeiros da estratégia de saúde da família.

Eu acho que eles têm a cultura de que tem que ser o médico ginecologista..., eles ainda não têm a confiança de ser atendido pelo médico da família e muito menos pelo enfermeiro da família (Sabrina - Enfermeira Vale Branco).

As dificuldades enfrentadas pelos municípios de Florência e Vale Branco evidenciam uma disputa de poder entre os profissionais médicos e outros profissionais, especialmente os enfermeiros. Em Florência, quando os médicos, que até então eram responsáveis pela assistência na região, se unem e procuram o prefeito para questionar a descentralização, estão indo contra todas as evidências científicas disponíveis sobre a assistência ao pré-natal de baixo risco na APS. Tal fato destaca a manutenção do poder na assistência pré-natal em detrimento de outros profissionais. O fácil acesso aos profissionais especialistas permitiria que as gestantes buscassem os profissionais de forma espontânea, sem envolver o médico generalista, gerando uma opção de atendimento que não está vinculada à atenção primária ideal²⁸.

Adicionalmente, é importante ressaltar a ausência de planejamento prévio das atividades no processo de trabalho da gestão. As ações são organizadas com base nas demandas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, os problemas são abordados conforme surgem e os gestores carecem de ferramentas avaliativas que poderiam contribuir para o planejamento mais eficiente das ações. Essa falta de autonomia é evidenciada na fala de uma gestora, que descreve como as decisões precisam passar por várias instâncias, limitando a capacidade de ação direta dos gestores: *“Eu não posso, eu tenho que passar isso pra Secretária, pra Secretária aprovar, passar pro Prefeito, se eles falarem que não, acabou”* (Paula - Coordenadora de Atenção Básica de Vila Bela).

Pinafo et al.²⁹ que também discutiram sobre os problemas e estratégias de gestão do SUS dos municípios de pequeno porte, mostraram que a descentralização da gestão do SUS, apesar de objetivar proporcionar mais autonomia nas decisões, da forma como foi realizada foi problemática. Os municípios adquiriram mais responsabilidades do que de fato estavam preparados, situação que evidenciou suas vulnerabilidades. Outro problema evidenciado pelos autores²⁷ foi a dificuldade dos municípios em oferecer aos munícipes os serviços de média e alta complexidade, fato que também verificamos em nosso campo. Como exemplo, observamos que as mulheres residentes em Vila Bela são obrigadas a viajar para um município vizinho para ter acesso a uma maternidade. A maneira que a descentralização se concretizou provocou a criação de vários sistemas isolados, o que gerou uma fragmentação e uma desorganização nos serviços de média e alta complexidade.

No que se refere aos obstáculos à prática do cuidado, eles são significativamente influenciados por problemas estruturais e escassez de materiais, resultando em sobrecarga de trabalho, especialmente para os profissionais de enfermagem que assumem funções de gestão de unidade e atendimento nas equipes. A sobrecarga de trabalho é uma realidade enfrentada pelos profissionais de enfermagem que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF)^{30,31}. Suas atribuições incluem visitas domiciliares, busca ativa de gestantes, identificação de faltas às consultas e atividades educativas relacionadas à saúde materna^{30,32}. Vimos em campo o que encontramos na literatura: altas cargas de trabalho psíquicas estão estreitamente ligadas à excessiva demanda, à gestão ineficiente e ao acúmulo de responsabilidades assistenciais e administrativas para os enfermeiros³¹. Há ainda dificuldades na implementação de ações de promoção da saúde, acesso limitado à educação permanente, ausência de recursos humanos para atividades de apoio na unidade de saúde, sobrecarga de trabalho decorrente de atividades administrativas, gerenciais e de

apoio ao funcionamento dos serviços de saúde, aliada à organização da demanda espontânea e à infraestrutura limitada, o que restringe a prática clínica dos enfermeiros na APS³³. A fala de Silvia, enfermeira de Serra Verde, sintetiza essa sobrecarga: “*Aqui, eu sou enfermeira, gerente e assistente. Então, tudo passa por mim*”. Essa declaração evidencia a sobreposição de funções e a falta de suporte adequado para os profissionais de enfermagem, comprometendo a qualidade e a eficiência do cuidado.

A PNAB de 2017 introduziu o cargo de gerente de unidade de saúde, credenciado pelo Ministério da Saúde, para coordenar e gerir as unidades. Suas funções incluem planejamento, organização do trabalho, coordenação de ações no território e integração da USF com outros serviços²⁴. A presença desse profissional poderia aliviar a carga de trabalho das enfermeiras, permitindo-lhes focar na coordenação da equipe e nos cuidados de saúde à comunidade, entretanto nenhum município investigado relatou a presença do gerente de UBS.

A realização de atividades de promoção da saúde se apresenta como um importante desafio na assistência pré-natal. Andrea, enfermeira de Vila Bela, destaca essa dificuldade ao afirmar:

Vou ser bem honesta, a gente não faz muitas ações. As pessoas aqui, elas têm um pouco de resistência pra escutar, pra ouvir palestras. Eu espero que isso seja quebrado, né?

Os relatos das participantes reforçam que essas iniciativas ocorrem de forma esporádica e são praticamente inexistentes na maioria das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Além disso, a ausência de um calendário estruturado impede a realização de ações educativas regulares e adaptadas às necessidades e à realidade local³⁴.

Outro dado relevante é a questão da adesão das mulheres à assistência pré-natal realizada pela equipe de saúde da família. Após a descentralização da assistência nos municípios de

Serra Verde e Vale Branco, houve uma certa resistência das mulheres em realizar o pré-natal nas UBS. Com o intuito de lidar com as inquietações ligadas à descentralização da assistência pré-natal, algumas equipes de saúde da família em Vale Branco optaram por adotar a estratégia de conduzir consultas conjuntas entre médicos e enfermeiros, ao invés de alternar conforme recomendação da PNAB.

A realização do pré-natal de baixo risco é uma atribuição do profissional de enfermagem e consta na Lei do Exercício Profissional nº 7.498 de 1986³⁵, entretanto os achados desta pesquisa evidenciaram que ainda é comum o estranhamento da população a respeito da realização da consulta pré-natal por enfermeiros.

O trabalho de Melo et al.³⁰ também descreve fatores que influenciam a realização do pré-natal de baixo risco pelos enfermeiros. Os resultados dialogam com os nossos e evidenciam questões como: falta de acolhimento das gestantes pelos profissionais, a carência de recursos relacionados à infraestrutura, recursos humanos e materiais, sobrecarga de atividades para os enfermeiros, falta de compreensão sobre o papel do enfermeiro e a consulta de enfermagem, bem como a necessidade de maior capacitação profissional^{30,32}.

A ausência de uma maternidade no município de Vila Bela e a liberdade das mulheres para escolher onde e com qual profissional desejam dar à luz tornam o local uma opção procurada para assistência ao parto, atraindo mulheres de outras localidades. Andrea, enfermeira de Vila Bela, destaca que *“basicamente é agendado, exceto quando alguém entra em trabalho de parto, aí, não tem o que fazer, né?”*. Essa situação reflete a preferência pela cesariana, influenciada tanto pela escolha das mulheres quanto pela escassez de maternidades, equipes preparadas e políticas públicas locais que promovam o parto vaginal. Fernanda, médica obstetra de Florência, complementa: *“... e da conscientização das pacientes pra um parto normal... O índice de cesariana no interior é enorme...”*. Esses relatos evidenciam a complexidade das escolhas e barreiras estruturais

que impactam a assistência ao parto nos municípios do interior.

Esses dados vão ao encontro do estudo realizado por Nakano et al.³⁶, que analisou a cultura em torno do parto e nascimento, destacando a crescente normalização da cesariana como método de parto, com base nos relatos de mulheres submetidas a cesarianas em maternidades particulares no Rio de Janeiro e em São Paulo. A cirurgia é vista como um procedimento seguro, higiênico e bem-organizado, alinhado com o estilo de vida contemporâneo e às limitações sociais e biológicas associadas aos métodos tradicionais de reprodução. Além disso, as mulheres defendem sua autonomia na tomada de decisões sobre o nascimento de seus filhos, contribuindo para a formação de novos valores e normas que acolhem a tecnologia e redefinem a ideia de ‘natural’ no contexto do parto³⁶.

A gestão municipal possui importante impacto na qualidade da organização dos serviços de saúde²⁶. Merece destaque a grande participação das enfermeiras nos cenários de gestão e de cuidado, observada em campo, apesar dos atravessamentos encontrados na prática profissional. Apesar de a maioria das mulheres não possuírem experiência anterior em gestão, as gestoras enfermeiras defendem sua capacidade de influenciar as ações e serviços de saúde locais. Mesmo que em alguns relatos a falta de autonomia apareça, elas relatam contar com a confiança dos superiores e possuir capacidade em liderar e manter um diálogo eficaz.

Considerações finais

A literatura apresenta carência de estudos que analisem as particularidades de gestão e os cuidados pré-natal em municípios de pequeno e médio porte. Os resultados deste estudo evidenciaram diversos desafios que impactam o trabalho de gestores e profissionais de saúde na assistência pré-natal. Apesar das adversidades, os esforços para enfrentar os obstáculos diários

e desenvolver estratégias para aprimorar o cuidado são notórios. Fatores como a proximidade geográfica dos serviços e a construção de vínculos entre profissionais e usuários, muitas vezes baseados em laços comunitários, foram identificados como pontos fortes.

Entretanto, dificuldades na implementação de políticas e programas essenciais para a organização da assistência pré-natal, como a captação precoce das gestantes, a realização de no mínimo seis consultas e a oferta de atividades de promoção da saúde, representam desafios persistentes. Esses fatores estão diretamente relacionados às particularidades locais, incluindo localização geográfica, interferências políticas, e dinâmicas sociais, gerenciais e assistenciais.

Para evitar o aprofundamento das desigualdades sociais, é fundamental adotar abordagens específicas na organização dos serviços. Propomos que os serviços de saúde sejam planejados considerando as características e necessidades das populações locais. Isso inclui ampliar o acesso das gestantes aos serviços de saúde, promover ações educativas voltadas à gestação e ao parto, e fortalecer o vínculo com as usuárias, respeitando a realidade e a cultura local.

Com base nos achados desta pesquisa, esperamos oferecer subsídios para gestores e profissionais de saúde, ajudando-os a identificar desafios e oportunidades para aprimorar a assistência pré-natal em contextos locais, reduzindo desigualdades e promovendo maior equidade no acesso à saúde materna.

Uma limitação deste estudo foi a ausência de perspectivas das mulheres grávidas e puérperas usuárias do SUS. Sem suas experiências, não foi possível captar nuances importantes sobre o acesso, a qualidade do atendimento e as necessidades específicas desse grupo. Diante disso, sugerimos a realização de pesquisas que explorem as vivências,

percepções e necessidades das mulheres em relação ao cuidado pré-natal em municípios do interior. Tais estudos podem complementar as análises aqui apresentadas e contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais inclusivas e eficazes, que beneficiem tanto gestantes quanto os profissionais envolvidos no cuidado pré-natal.

A criação de políticas públicas não garante, por si só, sua implementação eficaz. Assim, é crucial compreender as condições que envolvem o acompanhamento pré-natal em municípios de pequeno e médio porte, incluindo as limitações estruturais e a influência de fatores políticos na gestão dos serviços.

Agradecimentos

Agradecemos aos professores Andreza Rodrigues, Carla Guedes e Marcos Dias, pelas valiosas contribuições a uma primeira versão deste artigo. Expressamos também nossa profunda gratidão aos gestores e profissionais de saúde que, generosamente, compartilharam suas experiências, essenciais para a realização deste artigo.

Colaboradoras

Souza LC (0000-0003-4030-5805)* contribuiu para concepção do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, elaboração e revisão do manuscrito, aprovação da versão final para publicação e foi responsável pela exatidão e integridade de todos os aspectos da pesquisa. Maksud I (0000-0002-3465-151X)* contribuiu para concepção do estudo, interpretação dos dados, escrita do manuscrito e aprovação da versão final para publicação. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF; 1988 out 5 [acesso em 2024 out 7]; Seção 1:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
2. Presidência da República (BR). Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições, para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990 set 20; Edição 182; Seção 1:1-5.
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, Brasília, DF. 1990 dez 31; Seção 1:25694.
4. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: Oliveira RG, Grabois V, Mendes Júnior WV, organizadores. Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2009. p. 49-74.
5. Viellas EF, Domingues, RMSM, Dias MAB, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad Saúde Pública. 2014;30(supl1):S85-S100. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>
6. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, et al. Prenatal care in the Brazilian public health services. Rev Saúde Pública. 2020;54(8):1-12. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>
7. Leal MC, Bittencourt SDA, Torres RMC, et al. Determinants of infant mortality in the Jequitinhonha Valley and in the North and Northeast regions of Brazil. Rev Saúde Pública. 2017;51:1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006391>
8. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(3):140-7.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [acesso em 2023 out 28]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/rural_urbano/
10. Domingues BRC, Gontijo FS. Como assim, cidade do interior? Antropologia, urbanidade e interioridade no Brasil. Ilha R Antr. 2021;23(3):61-83. DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-8034.2021.e74075>
11. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
12. Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (BR). Painel regional: Noroeste fluminense [Internet]. Rio de Janeiro: Sebrae-RJ; 2016 [acesso em 2024 jan 14]. Disponível em: https://sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/UFs/RJ/Anexos/Relat%c3%b3rio_Painel_Regional_Observat%c3%b3rio_Noroeste_Fluminense_2018.pdf
13. Keen J. Estudos de caso. In: Pope C, Mays N, organizadores. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde [Internet]. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009 [acesso em 2024 jan 14]. p. 126-34. Disponível em: https://www.google.com.br/books/edition/Pesquisa_qualitativa_na_aten%C3%A7%C3%A3o_a_s_a%C3%BA/sI4VxLcXWVYC?hl=pt-BR&gbpv=1&printsec=frontcover
14. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 510, de 07 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 co-

- tidiana. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, DF. 2016 abr 7. Seção 1:44-6. [acesso em 2025 fev 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
15. Gomes R. Análise e interpretação de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes; 2007.
 16. TABNET [Internet]. Brasília, DF: DATASUS. 2008 [acesso em 2024 maio 28]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
 17. Secretaria de Saúde do Estado (RJ). Diagnóstico de saúde da região Noroeste [Internet]. Rio de Janeiro: SSE-RJ; 2020 [acesso em 2024 dez 12]. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNzQ%2C>
 18. SISAB: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica [Internet]. Versão 3.2.1.2. Brasília, DF: DATASUS. [data desconhecida] [acesso em 2024 abr 12]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>
 19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2024 abr 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
 20. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cad Saúde Pública. 2017;33(3):e00195815. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00195815>
 21. Luz LA, Aquino R, Medina MG. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal no Brasil. Saúde debate. 2018;42(esp2):111-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S208>
 22. Manfio SBA, Silva IDJF, Moraes JMM, et al. Análise das cesarianas realizadas entre 2018 e 2022 no Brasil à luz da classificação de Robson. Braz J Im-plantol Health Sci. 2024;6(6):12-27. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p12-27>
 23. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. Reprod Health. 2016;13(3):127. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0230-0>
 24. 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). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 set. 22; Seção 1.
 25. Ministério da Saúde (BR). Programa de humanização do parto, humanização no pré-natal e nascimento [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002 [acesso em 2024 jul 10]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
 26. Sanine PR, Dias A, Machado DF, et al. Influência da gestão municipal na organização da atenção à saúde da criança em serviços de atenção primária do interior de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2021;37(1):e00242219. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00242219>
 27. Labra ME. Conselhos de saúde do Estado do Rio de Janeiro: complexidades e paradoxos do controle social. In: Ugá MAD, Sá MC, Martins M, et al., organizadores. A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010 [acesso em 2024 abr 20]. p. 89-118. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c2hxb>
 28. Warmling CM, Fajardo AP, Meyer DE, et al. Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. Cad Saúde Pública. 2018;34(4):e00009917. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00009917>
 29. 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):1619-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34332019>

30. Melo VSG, Gomes ENF, Silva EA, et al. Os desafios dos enfermeiros para realização do pré-natal na estratégia de saúde da família. R Pró-Uni [Internet]. 2021 [acesso em 2025 fev 12];12(2):2-9. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/23293>
31. Mendes M, Trindade LL, Pires DEP, et al. Cargas de trabalho na Estratégia Saúde da Família: interfaces com o desgaste dos profissionais de enfermagem. Rev esc enferm USP. 2020;54:e03622. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019005003622>
32. Silva AA, Jardim MJA, Rios CTF, et al. Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades. Rev Enferm UFSM. 2019;9:e15. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769232336>
33. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. Rev Bras Enferm. 2018;71:704-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>
34. Silva NM, Queiroz TDR, Silva AB, et al. Educação em saúde com gestantes na estratégia saúde da família: desafios e possibilidades. Ciên Méd Biol. 2022;21(2):203-10. DOI: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v21i2.46713>
35. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei do exercício profissional da enfermagem (LEPE). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 1986 jun 25 [acesso em 2025 fev 12]; Seção 1:9.273-5. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html
36. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. Physis. 2015;25(3):885-904. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300011>

Recebido em 18/06/2024

Aprovado em 20/01/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e Programa de Incentivo à Pesquisa (PIP IV) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz

Corrigido em 15/04/2025

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

No manuscrito ‘Ser um município do interior às vezes é bom, às vezes, é ruim: gestão e cuidado pré-natal em municípios de pequeno e médio porte’.

Saúde debate V. 49, N. 145, e9587, abr-jun 2025,

A Saúde em Debate corrige o suporte financeiro.

Na página 17, onde se lia:

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) (processo nº 88882.437588/2019-01). Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Bolsa de produtividade em pesquisa do CNPq (processo nº 313822/2021-2)

Leia-se:

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e Programa de Incentivo à Pesquisa (PIP IV) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz

Validação de um instrumento para avaliar Barreiras e Facilitadores para a Prática Interprofissional Colaborativa

Validation of an instrument to assess Barriers and Facilitators of Collaborative Interprofessional Practice

Mathias Roberto Loch¹, Lucélia Justino Borges², Silvano da Silva Coutinho³, Brígida Gimenez Carvalho¹, Cassiano Ricardo Rech⁴

DOI: 10.1590/2358-289820251459602P

RESUMO O objetivo foi desenvolver e validar o instrumento intitulado Barreiras e Facilitadores para a Prática Interprofissional Colaborativa na Atenção Primária à Saúde (BFPIC-APS), sendo desenvolvido em três etapas. A primeira foi o desenvolvimento da versão inicial do instrumento com 12 itens e avaliação por 20 especialistas que indicaram as questões como adequadas quanto ao conteúdo (menor valor 85% e maior 95%). Após, foi verificada a reprodutibilidade, com 27 profissionais de saúde. Todos os itens atingiram uma concordância relativa maior do que 74%. Por fim, foi verificada a validade confirmatória e consistência interna, com 799 profissionais da Atenção Primária à Saúde. Os resultados apontaram uma estrutura tri-fatorial (Fator 1 – Composição das equipes e oportunidades para compartilhamento de conhecimentos; Fator 2 – Condições de trabalho; Fator 3 – Conhecimentos, Atitudes e Habilidades). O alfa de Cronbach mostrou valores que variaram entre 0,76 e 0,87. O modelo final apresentou qualidade de ajustamento excelente e bons valores de validade convergente e discriminante. O BFPIC-APS apresentou bons indicadores de validade, podendo ser recomendado para avaliar BFPIC-APS.

PALAVRAS-CHAVE Psicometria. Avaliação em saúde. Equipe de assistência ao paciente. Educação interprofissional. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT The objective of this study was to develop and validate an instrument entitled Barriers and Facilitators of Collaborative Interprofessional Practice in Primary Health Care (BFCIP-PHC), which was developed in three stages. The first stage involved the development of the initial version of the instrument, which contained 12 items and was evaluated by 20 experts, who indicated that the questions were adequate in terms of content (lower bound 85%, higher bound 95%). The reproducibility of this approach was subsequently verified by reference to 27 health professionals. All the items exhibited a relative agreement greater than 74%. Finally, the content validity and internal consistency were assessed by reference to 799 Primary Health Care professionals. The results revealed a tri-factorial structure (Factor 1 – Team composition and opportunities for knowledge sharing; Factor 2 – Working conditions; and Factor 3 – Knowledge, attitudes and skills). The Cronbach's alpha coefficients ranged between 0.76 and 0.87. The final model exhibited excellent goodness of fit and good values with respect to convergent and discriminant validity. The BFCIP-PHC was thus associated with good indicators of validity and may be recommended as a tool that can be used to evaluate the barriers and facilitators of collaborative interprofessional practice.

KEYWORDS Psychometrics. Health evaluation. Patient care team. Interprofessional education. Primary Health Care.

¹Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.
mathiasuel@hotmail.com

²Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.

³Universidade Estadual do Centro Oeste (Unicentro) – Irati (PR), Brasil.

⁴Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil.



Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a principal porta de entrada do sistema de saúde brasileiro e tem papel importante na promoção da saúde, na prevenção e tratamento de diversas doenças, na busca do cuidado integral e humanizado, levando em consideração não apenas os aspectos físicos e biológicos, mas também psicológicos, sociais, ambientais, políticos, econômicos e culturais, de acordo com as características de cada território¹. Dadas estas características, o trabalho em equipe entre os diversos profissionais de saúde envolvidos na APS é de fundamental importância²⁻⁷.

O trabalho em equipe na APS precisa possibilitar que os profissionais possam compartilhar conhecimentos, habilidades e experiências, além de poderem discutir casos e tomar decisões de forma mais assertiva e integrada⁵, contribuindo assim para uma melhor efetividade da APS e para a promoção do cuidado integral e de qualidade para a população². Vale mencionar que a justificativa para o trabalho em equipe na saúde não deve ser feita somente pela lógica da racionalização da assistência. Isto é, na busca por melhorar a relação custo-benefício do trabalho, ampliação do acesso e cobertura da população atendida, mas também tem relação com a necessidade de uma maior integração entre as diversas disciplinas e profissões, já que estas são fundamentais para a melhoria das práticas de saúde, especialmente quando se parte de uma visão mais ampliada de saúde⁸.

Autores, principalmente a partir dos anos 2000, têm estudado a questão do trabalho em equipe no contexto da atuação em saúde e, mais especificamente, na APS^{2-7,9-14}. Discussões apontam algumas imprecisões conceituais relativas a termos que, por vezes, acabam sendo usados como sinônimos, como é o caso, por exemplo, de 'trabalho em equipe', 'colaboração interprofissional' e 'trabalho em rede'¹⁵. Apesar destas imprecisões e de algumas diferenças entre os conceitos citados, as mesmas autoras consideram que a literatura relacionada a estes

conceitos tem como ponto comum a relevância dada a aspectos relacionais e da organização do trabalho entre os diferentes profissionais, para que possa haver o estabelecimento de equipes efetivas, integradas e colaborativas. Ainda, é preciso destacar a diferença entre o trabalho multiprofissional e interprofissional, uma vez que em ambos existem os diferentes profissionais atuando. Porém, na multiprofissionalidade o trabalho pode ser individualizado, sem integrar as profissões, enquanto a interprofissionalidade requer a prática colaborativa.

A Prática Interprofissional Colaborativa (PIC) acontece quando profissionais com diferentes formações associam-se e compartilham *expertise*, conhecimento e habilidades, visando um cuidado integral que tenha impacto na saúde dos indivíduos¹⁵. Apesar de ter acontecido, nos últimos anos, um crescimento no número de produções relacionadas à atuação interprofissional na literatura nacional, a operacionalização desta prática nos serviços ainda se configura como um grande desafio.

Estudos publicados nesta temática têm inclusive apontado importantes desafios para a implementação e consolidação da PIC na APS. Dentre eles, destacam-se a formação profissional na área da saúde, ainda hegemonicamente fragmentada e que pouco estimula o trabalho interprofissional; a escassez de recursos financeiros, humanos e tecnológicos^{3,5,7,16,17} e mesmo as expectativas que os usuários têm dos serviços de saúde, haja vista que estes, por vezes, esperam um cuidado essencialmente biomédico¹⁸. Especificamente em relação a estudos que investigaram as percepções de profissionais atuantes na APS, estes identificaram pouca articulação das equipes, dificuldade do trabalho compartilhado, falta de prática de colaboração e cooperação, excesso de trabalho e falta de apoio profissional^{19,20}.

Apesar dos estudos citados terem importantes contribuições no sentido de uma melhor compreensão sobre o trabalho em equipe, ou mais especificamente sobre a PIC, não foram encontrados instrumentos validados que

buscassem investigar barreiras e facilitadores para a PIC na APS.

Dado este contexto, o objetivo deste estudo foi desenvolver e validar um instrumento para avaliação das barreiras e facilitadores para a PIC, denominado Barreiras e Facilitadores para a Prática Interprofissional Colaborativa na Atenção Primária à Saúde (BFPIC-APS), na percepção de profissionais de saúde atuantes na APS. Espera-se que o instrumento possa ser uma ferramenta útil para melhor conhecimento da realidade, avaliação do trabalho interprofissional e para o planejamento de ações que busquem fomentar a PIC na saúde.

Material e métodos

Este trabalho faz parte do projeto de pesquisa multicêntrico intitulado 'Acesso ao tratamento multi e interprofissional e adesão ao tratamento em pessoas com DCNT em

municípios de pequeno porte do estado do Paraná' aprovado pela Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina – UEL (CAAEE: 39012820.8.0000.5231; número do parecer: 4.414.235) observando as Resoluções CNS nº 466/2012²¹ e nº 510/2016²².

A seguir, são apresentadas informações sobre as três etapas de construção e validação do instrumento.

Etapas 1 – Construção da versão inicial do instrumento e avaliação dos especialistas – validade de conteúdo

Com base na literatura existente sobre a temática^{5,14,19,20,23-29} foi desenvolvida a primeira versão do instrumento, com 12 perguntas, com a possibilidade de cinco respostas, sendo duas para barreiras, uma neutra e duas para fortalezas (*quadro 1*).

Quadro 1. Versão final do instrumento

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE BARREIRAS E FACILITADORES PARA A PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (BFPIC-APS)
O OBJETIVO DESTES INSTRUMENTOS É AUXILIAR OS TRABALHADORES A AVALIAREM AS BARREIRAS E FACILITADORES PARA A PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA, FACILITANDO A IDENTIFICAÇÃO DE POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DESTAS INTERVENÇÕES. O INSTRUMENTO PODE SER RESPONDIDO INDIVIDUALMENTE OU POR UM GRUPO DE TRABALHADORES QUE ATUAM EM EQUIPE, NESTE CASO, SUGERE-SE QUE DISCUTAM CADA ITEM E BUSQUEM CHEGAR A CONSENSOS OU REALIZEM ALGUMA MEDIDA A PARTIR DA MÉDIA DAS AVALIAÇÕES INDIVIDUAIS. PARA RESPONDER AO INSTRUMENTO DEVE-SE CONSIDERAR O SEGUINTE CONCEITO OPERACIONAL: PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA: OCORRE QUANDO PROFISSIONAIS DE DIFERENTES ÁREAS DA SAÚDE ATUAM COMPARTILHANDO CONHECIMENTOS E HABILIDADES VISANDO O CUIDADO INTEGRAL DOS USUÁRIOS. PARA AVALIAÇÃO SOBRE COMO TEM SIDO O TRABALHO EM EQUIPE NO SEU LOCAL DE TRABALHO, MARQUE COM UM "X" NO NÚMERO QUE MELHOR REPRESENTA O QUANTO VOCÊ(S) ESTÁ(O) DE ACORDO COM AS SENTENÇAS ABAIXO, CONSIDERANDO A SEGUINTE ESCALA:

1	2	3	4	5
NÃO FAVORECE a prática interprofissional colaborativa	POUCO FAVORECE a prática interprofissional colaborativa	NÃO FAVORECE, NEM DIFICULTA	FAVORECE a prática interprofissional colaborativa	FAVORECE MUITO a prática interprofissional colaborativa

Nº	ITEM	1	2	3	4	5
1	A composição das categorias profissionais com quem atuo.					
2	A(s) estrutura(s) física(s) do(s) local(is) em que atuo.					
3	Minha carga de trabalho do(s) local(is) em que atuo.					
4	A organização do processo de trabalho do(s) local(is) que atuo.					
5	A gestão/coordenação do(s) local(is) onde atuo.					
6	Meu conhecimento atual sobre o trabalho interprofissional.					
7	Minha disposição para o trabalho interprofissional.					
8	Minhas habilidades atuais (capacidades técnicas) para o trabalho interprofissional.					
9	Meu conhecimento a respeito das funções e potencialidades de cada profissão que compõe a(s) equipe(s) que atuo.					
10	A receptividade dos usuários para o cuidado de forma interprofissional.					
11	As oportunidades que tenho para compartilhar meus conhecimentos com outros profissionais.					
12	As oportunidades que tenho para aprender com outro(s) profissional(is) da equipe.					

Fonte: elaboração própria.

Posteriormente, o instrumento foi enviado para 32 especialistas, especificamente docentes de nível superior, com produção na área da saúde coletiva e experiência de

acompanhamento de estudantes de graduação e/ou pós-graduação no contexto da APS. O envio ocorreu por meio de *link* do Google Forms® por correio eletrônico. Alguns desses

especialistas foram escolhidos por conveniência e outros a partir de sua produção na temática do trabalho em equipe na APS, identificados a partir de buscas realizadas na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO). Além disso, foram consideradas as diferentes regiões e especialistas de distintas instituições de ensino.

Vinte especialistas de três regiões do Brasil (Sul, Norte e Nordeste) e seis diferentes instituições de ensino (UEL, Universidade Estadual do Centro Oeste – Unicentro, Universidade Federal da Paraíba – UFPB, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Universidade Federal do Amazonas – Ufam e Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS) responderam ao formulário relativo à avaliação de conteúdo do instrumento. Em relação à formação inicial (graduação) dos especialistas, cinco tinham formação em enfermagem, quatro em educação física, três em fisioterapia, três em fonoaudiologia, dois em nutrição e um para cada uma das seguintes áreas: odontologia, farmácia e psicologia.

No texto introdutório da mensagem eletrônica enviada aos especialistas, buscou-se esclarecer os objetivos do instrumento e que os profissionais que atuavam na APS eram o público-alvo que estava em construção. Foi solicitado que os especialistas avaliassem cada uma das questões, indicando se estas eram válidas para investigar as barreiras e facilitadores para a PIC, em uma escala de 1 a 4. Além disso, após cada questão havia espaço para que os(as) especialistas incluíssem comentários ou sugestões a respeito dela. As respostas 3 e 4 foram consideradas como sendo adequadas quanto a validade de conteúdo, isto é, no julgamento do(a) especialista, a pergunta apresentava validade para se investigar as barreiras e facilitadores para a PIC.

Para análise da validade de conteúdo, foi realizado o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede a proporção de especialistas que estão em concordância sobre os indicadores que compõem o instrumento. Todos os comentários e sugestões de alteração

das questões foram analisados e discutidos por três dos autores deste estudo (MRL, LJB e SSC), os quais chegaram a consensos após os apontamentos dos avaliadores, que foram, em geral, bastante pontuais.

Etapa 2 – Reprodutibilidade

Para verificar a reprodutibilidade do instrumento, foram selecionados, por conveniência, profissionais atuantes na APS de dois municípios do Paraná, sendo um de pequeno porte (com menos de 20 mil habitantes) e outro de porte médio (população aproximada de 180 mil habitantes). Foi realizado contato com gestores de saúde de ambos os municípios, os quais realizaram o convite aos profissionais de saúde por mensagem do WhatsApp, contendo o link do instrumento no Google Forms. Os profissionais foram convidados a responder o instrumento em duas ocasiões, sendo o segundo convite enviado cinco dias após a primeira participação. A diferença de dias observada entre a primeira e a segunda resposta dos profissionais variou de cinco a 11 dias.

Ao todo, 27 profissionais responderam ao instrumento nas duas ocasiões, sendo seis formados em educação física, cinco em nutrição, quatro em fisioterapia, dois em enfermagem, dois em psicologia, um em odontologia, um em serviço social, além de três agentes comunitários de saúde, dois agentes de endemias e uma técnica em enfermagem.

A reprodutibilidade foi calculada pela concordância relativa e considerada adequada quando a concordância foi maior do que 70%³⁰.

Etapa 3 – Validade confirmatória e consistência interna do instrumento

Esta etapa teve como objetivo analisar a validade fatorial confirmatória e a consistência interna do instrumento sobre barreiras e facilitadores para a PIC entre profissionais de saúde.

Para tanto, foram considerados elegíveis para o estudo os profissionais de saúde

atuantes na APS de todos os municípios paranaenses de pequeno porte ($n=58$), vinculados à cinco regionais de saúde (Curitiba, Irati, Ivaiporã, Londrina e União da Vitória). Os municípios que participaram desta etapa não participaram da etapa anterior.

Inicialmente, realizou-se contato com apoiadores regionais de saúde e/ou Consórcios Intermunicipais de Saúde e com os/as secretários(as) de cada município, explicando os objetivos e procedimentos da pesquisa. Estes encaminharam convite à pesquisa aos trabalhadores da APS ou repassaram contatos de coordenadores, para que estes pudessem ser os multiplicadores da informação aos profissionais.

Posteriormente, foi enviado um instrumento de coleta de dados, por meio de *link* do Google Forms®, diretamente aos profissionais, via correio eletrônico ou contato de WhatsApp. Na mensagem, havia a explicação sobre a pesquisa e os procedimentos; caso o profissional aceitasse participar, assinalava que concordava com a participação e indicava que havia lido e concordado com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No total, 799 profissionais, vinculados à 52 diferentes municípios, participaram do estudo, respondendo a um questionário que continha 76 questões, divididas em quatro seções (caracterização; aspectos gerais do trabalho em equipe; Barreiras e Facilitadores para a Prática Interprofissional Colaborativa; e informações gerais). Em relação à caracterização dos sujeitos participantes desta etapa do estudo, a maior parte era de mulheres (88,1%), entre 30 e 49 anos de idade (68,1%), autodeclarados brancos(as) (74,3%) e casados(as) (69,7%). Metade dos sujeitos possuía curso superior completo (50,1%), sendo que 24,8% tinham pelo menos um curso de pós-graduação concluído (191 em nível de especialização, quatro em nível de mestrado e três em nível de doutorado). Quanto ao tempo de atuação na APS, 35,9% referiram atuar há pelo menos 10 anos. Quanto às categorias

profissionais, observaram-se respostas de 17 categorias profissionais, sendo que as com mais respostas foram agentes comunitários de saúde (38,2%), profissionais de enfermagem (17,6%) e técnicos em enfermagem (16,6%).

A partir desse conjunto de dados foi testada a estrutura do instrumento por meio da análise fatorial exploratória com rotação ortogonal Varimax para determinar a estrutura básica do instrumento, o coeficiente alfa de Cronbach foi usado para determinar a consistência interna do instrumento. Posteriormente, testou-se a validade confirmatória utilizando o MLR (Estimador de Máxima Verossimilhança) como estimador do modelo e adotou-se que um modelo de bom ajuste deveria apresentar índices de ajuste: valor $<0,05$ e o limite superior do intervalo de confiança de 90% inferior a 0,08 para o Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)³¹ e valores superiores a 0,90 para o Comparative Fit Index e o Tucker Lewis Index (CFI/TLI)³². Por fim, foi analisada a validade convergente, os itens indicadores de um fator específico que devem possuir uma elevada proporção de variância em comum e a validade discriminante que mede o grau em que um construto se difere dos demais. Para avaliar essas validades foi utilizada a correlação entre os fatores e a medida de Variância Média Extraída (VME) de cada item entre os fatores³³.

Resultados

Etapa 1 – Validade de conteúdo

Em relação aos resultados da primeira etapa (validade de conteúdo), observou-se que em todos os itens os(as) especialistas consideraram, em sua maioria, as questões como adequadas quanto a validade de conteúdo (respostas 3 e 4 na escala), sendo que o menor IVC foi de

85% e o maior 95%, com valor médio de 90%. Das 12 questões, cinco tiveram IVC de 95%, duas de 90% e cinco de 85%.

A partir destes resultados e da análise dos comentários deixados pelos(as) especialistas, foram realizadas pequenas modificações no instrumento, mas considerando o mesmo com adequada validade de conteúdo.

Etapa 2 – Reprodutibilidade

Todos os itens do instrumento apresentaram concordância relativa maior que 74%, sendo que o percentual de concordância variou entre 74,1% a 96,3% (*tabela 1*).

Tabela 1. Índice Kappa e percentual de concordância das perguntas relacionadas a Barreiras e Facilitadores para a Prática Interprofissional Colaborativa (n=27 profissionais de um município de pequeno porte e um de porte médio, Paraná, Brasil, 2022)

	Kappa	Concordância (%)
A composição das categorias profissionais com quem atuo.	0,289	85,1
A(s) estrutura(s) física(s) do(s) local(is) em que atuo.	0,645	85,1
Minha carga de trabalho do(s) local(is) em que atuo.	0,439	74,1
A organização do processo de trabalho do(s) local(is) que atuo.	0,682	85,1
A gestão/coordenação do(s) local(is) onde atuo.	0,658	88,9
Meu conhecimento atual sobre o trabalho interprofissional.	0,260	85,1
Minha disposição para o trabalho interprofissional.	0,080	85,1
Minhas habilidades atuais (capacidades técnicas) para o trabalho interprofissional.	0,649	96,3
Meu conhecimento a respeito das funções e potencialidades de cada profissão que compõe a(s) equipe(s) que atuo.	*	92,3
A receptividade dos usuários para o cuidado de forma interprofissional.	0,575	85,1
As oportunidades que tenho para compartilhar meus conhecimentos com outros profissionais.	0,502	81,2
As oportunidades que tenho para aprender com outro(s) profissional(is) da equipe.	0,289	85,1

Fonte: elaboração própria

*não calculou, pois nenhum dos profissionais indicou a variável como uma barreira na primeira avaliação.

Etapa 3 – Análise de estrutura

O instrumento apresentou uma estrutura trifatorial, sendo os fatores denominados:

- Fator 1 – Composição das equipes e oportunidades para compartilhamento de conhecimentos, que incluiu três itens: a composição das categorias profissionais, as oportunidades existentes para compartilhamento de conhecimentos do próprio profissional e as oportunidades existentes para que o profissional

aprenda com outros profissionais (itens B1, B11 e B12);

- Fator 2 – Condições de trabalho, que compreendeu quatro itens: a estrutura física, a carga de trabalho, a organização do processo de trabalho e a gestão/coordenação (itens B2, B3, B4 e B5);

- Fator 3 – Conhecimentos, atitudes e habilidades, que incluiu cinco itens: conhecimento sobre o trabalho interprofissional colaborativo, disposição para o trabalho interprofissional

colaborativo, habilidades atuais para o trabalho interprofissional colaborativo, conhecimento a respeito das funções, potencialidades de cada profissão e receptividade dos usuários para o cuidado de forma interprofissional (itens B6, B7, B8, B9, B10).

A composição dos três fatores explicou 67,6% da variância total do instrumento e apresentou valores de tamanho da amostra adequado (teste de Kaiser-Meyer-Olkin= 0,914; $p < 0,001$) e esfericidade de Bartlett (qui-quadrado 4820,6; $p < 0,001$) para a estrutura fatorial

(dados não apresentados em tabelas).

ANÁLISE DE CONSISTÊNCIA INTERNA DO INSTRUMENTO

A análise da consistência interna através do alfa de Cronbach mostrou valores que variaram entre 0,76 para o Fator 1 e 0,87 para o Fator 3. Os 12 itens incluídos no modelo final do instrumento contribuíram para sua estrutura final, não sendo indicada a exclusão de nenhum dos itens (*tabela 2*).

Tabela 2. Análise da consistência interna dos itens do instrumento sobre Barreiras e Facilitadores para a Prática Interprofissional Colaborativa entre profissionais de saúde. Paraná, Brasil, 2022 (n= 799)

Alpha	Itens	Alpha se o item for deletado
<i>Fator Composição das equipes e oportunidades para compartilhamento de conhecimentos</i> Alpha= 0,76	Item B1 – A composição das categorias profissionais com quem atuo	0,72
	Item B11 – As oportunidades que tenho para compartilhar meus conhecimentos com outros profissionais	0,59
	Item B12 – As oportunidades que tenho para aprender com outros profissionais	0,61
<i>Fator Condições de Trabalho</i> Alpha= 0,81	Item B2 – A estrutura física	0,79
	Item B3 – Minha carga de trabalho	0,77
	Item B4 – A organização do processo de trabalho	0,71
	Item B5 – A gestão/coordenação	0,77
<i>Fator Conhecimentos, atitudes e habilidades</i> Alpha= 0,87	Item B6 – Meu conhecimento atual sobre trabalho interprofissional	0,84
	Item B7 – Minha disposição para o trabalho interprofissional	0,83
	Item B8 – Minhas habilidades atuais para o trabalho interprofissional	0,83
	Item B9 – Meu conhecimento a respeito das funções e potencialidades de cada profissão que compõem a equipe que atuo	0,84
	Item B10 – A receptividade dos usuários para o cuidado de forma interprofissional	0,86

Fonte: elaboração própria.

ANÁLISE DE VALIDADE CONFIRMATÓRIA

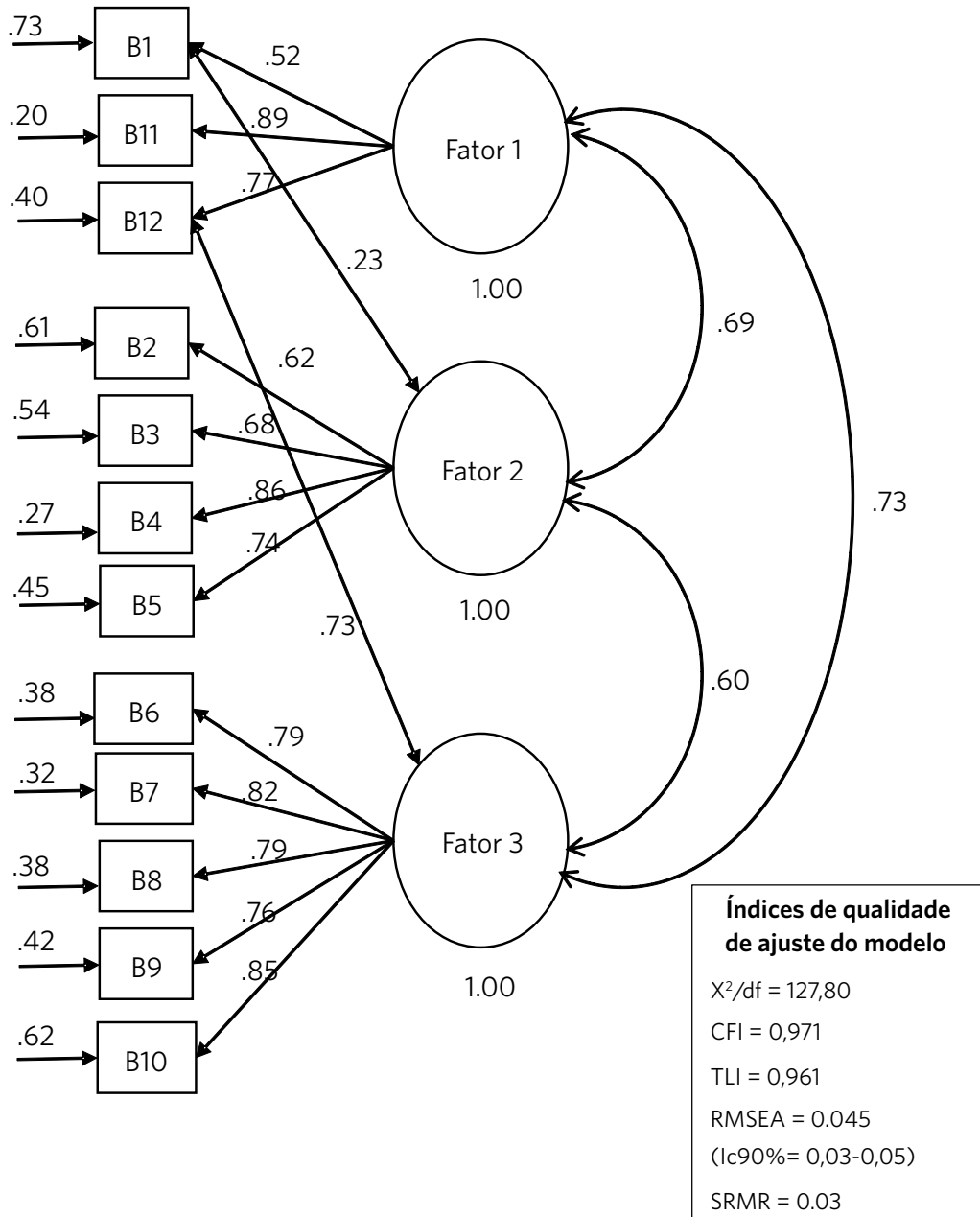
O modelo inicial apresentou uma qualidade de ajuste razoável para RMSE (valor = 0,085). Com base nos índices de modificação, foram realizados ajustes atribuindo correlação entre os itens B1 com o Fator

2 e B12 com Fator 3. Com isso, o modelo final mostrou uma qualidade de ajustamento excelente ($X^2/df = 127,80$; CFI = 0,971; TLI = 0,961; RMSEA = 0.045; $P [rmsea \leq 0.05] 1.0$; SRMR = 0.03). A *figura 1* apresenta os valores das cargas fatoriais padronizadas e a confiabilidade individual de cada um dos itens

no modelo de medida. Pode-se observar que todas as cargas fatoriais padronizadas

foram superiores a 0,52 e a correlação entre os fatores menores do que 0,74.

Figura 1. Resultados da análise fatorial confirmatória da escala de facilitadores para a prática interprofissional colaborativa entre profissionais de saúde. Paraná, Brasil, 2021(n= 799)



Fonte: elaboração própria.

ANÁLISE DE VALIDADE CONVERGENTE E DISCRIMINANTE

A medida da VME foi de 0,55 para o Fator 1, 0,53 para o Fator 2 e 0,64 para o Fator 3. Todos os valores foram superiores a 0,50, mostrando haver validade convergente dos itens que formam os fatores. Já a medida de validade

convergente calculou a raiz quadrada da VME para cada fator e comparou os valores com o coeficiente de correlação obtido no modelo de análise (tabela 3). Observaram-se valores de 0,74 (entre F1 e F2), 0,72 (entre F1 e F3) e 0,80 (entre F2 e F3) (dados não apresentados em tabelas).

Tabela 3. Coeficiente de correlação e Variância Média Extraída (VME) do instrumento sobre Barreiras e Facilitadores para a Prática Interprofissional Colaborativa entre profissionais de saúde. Paraná, Brasil, 2022 (n= 799)

	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Fator 1	(0,55) ^a		
Fator 2	0,69	(0,53) ^a	
Fator 3	0,73	0,60	(0,64) ^a

Fonte: elaboração própria

^aValor da Variância Média Extraída (VME).

Nota: Valores de VME superiores a 0,50 indicam que o modelo é adequado e possui validade convergente^{24,25}. Já valores da raiz quadrada da VME devem ser superiores aos valores de coeficiente de correlação para que exista validade discriminante^{24,25}.

Discussão

A atuação em equipe dos profissionais na APS está relacionada a diversos fatores, que podem se constituir em barreiras ou facilitadores para a PIC. Examinar como estes fatores se apresentam no cotidiano de um serviço, de forma simples e objetiva, o que permite avaliar maior número de profissionais em pouco tempo, pode ser importante para subsidiar gestores para adoção de medidas que potencializem os facilitadores ou superem as barreiras existentes, com vistas a alcançar a colaboração efetiva entre os profissionais, contribuindo para a integralidade do cuidado na APS. Além disso, a consolidação de um modelo de atenção pautado na lógica da colaboração, do apoio e da interprofissionalidade exige a quebra de paradigmas enraizados em nossa cultura, que operam tanto nos espaços de

formação na graduação, quanto na realidade dos serviços de saúde.

Nesse sentido, o instrumento proposto poderá auxiliar no preenchimento de uma lacuna, haja vista que, apesar da existência de escala que avalia a colaboração interprofissional (AITCS II – BR)²³, não foram encontrados instrumentos específicos que pudessem auxiliar na identificação das barreiras e facilitadores para a PIC na APS. Evidentemente, o presente instrumento (BFPIC-APS) tem a limitação de permitir a identificação de possíveis barreiras e facilitadores somente na percepção dos profissionais de saúde da assistência, não incluindo os gestores.

Além disso, vale destacar que avaliar qualquer elemento ligado à PIC é tarefa complexa, inclusive porque esta acontece em contextos que podem ter grandes diferenças e particularidades. Talvez por isso, boa parte da literatura

relativa a esta temática faz uso de métodos qualitativos de análise, que permitem uma avaliação mais aprofundada nas especificidades de cada contexto.

Um instrumento como o BFPIC-APS, que busca ser mais simples e objetivo, certamente não consegue possibilitar, pelo menos se aplicado isoladamente, o mesmo nível de aprofundamento de métodos qualitativos. Por outro lado, justamente por sua simplicidade e objetividade, pode ser útil para ser aplicado com um maior número de profissionais em um curto espaço de tempo, gerando resultados que possibilitem uma boa avaliação sobre barreiras e facilitadores para a PIC.

Ademais, como qualquer instrumento desta natureza, tem a limitação de não permitir maiores aprofundamentos em questões macro contextuais, que podem ter grande relevância e influenciar a operacionalização da PIC. Por exemplo, a questão do financiamento, que é sempre uma questão central na APS, das prioridades das gestões municipais de saúde, de aspectos ligados às características de cada território, dentre outros. Em outras palavras, o instrumento permite uma avaliação sobre aspectos próximos da atuação dos profissionais. No entanto, isso não quer dizer que os resultados não permitam levantar informações que podem ser úteis em um nível macro.

A avaliação dos três fatores propostos pelo BFPIC-APS (a saber: 1- A composição da equipe e oportunidades para o compartilhamento de conhecimento; 2- As condições de trabalho e; 3- Os conhecimentos, atitudes e habilidades), torna-se importante por permitir a reflexão sobre como aspectos estruturais, que dependem mais diretamente de políticas públicas e financiamento, afetam o cotidiano do serviço e do trabalho em equipe, no caso específico, a PIC. Por exemplo, nos dois primeiros grupos de fatores do instrumento estão questões relacionadas à gestão do trabalho e que têm papel fundamental para a promoção da PIC^{24-27,34}.

Nesse contexto, estudos apontam que a oportunidade de comunicação partilhada, frequente e informal entre os profissionais^{27,34},

a existência de espaços instituídos e a possibilidade de reuniões frequentes entre os profissionais que atuam na APS²⁴⁻²⁷, bem como compartilhamento de responsabilidades e práticas¹⁸, são essenciais para a colaboração interprofissional. Estes elementos estão diretamente relacionados e podem ser avaliados pelo primeiro fator do BFPIC-APS – ‘composição da equipe e as oportunidades para o compartilhamento de conhecimento’.

Outro aspecto a ser considerado é o importante papel de governança que a gestão/coordenação exerce na implementação de estratégias de articulação e integração dos profissionais e no incentivo para que as práticas colaborativas integrem o processo de trabalho na unidade^{5,24}. Dentre as estratégias de organização dos processos de trabalho, podem ser citadas: a liberação de espaços para matrícula nas reuniões de equipe, articulação das agendas para a realização de trabalhos coletivos, bem como a organização da logística/espaço físico para o desenvolvimento de grupos e atividades coletivas²⁴.

Estudo de revisão apontou que a configuração favorável do espaço físico se constitui em um dos principais facilitadores das PIC²⁷, além de demonstrar como a sobrecarga de trabalho³³ e o grande número de atendimentos prejudica a colaboração^{35,36}. Estas questões podem ser avaliadas pelo segundo grupo de fatores da BFPIC-APS.

Já o terceiro grupo de fatores considera questões relacionadas aos conhecimentos, atitudes e habilidades dos profissionais para o trabalho interprofissional. Estudos apontam que, no Brasil, a formação dos profissionais é majoritariamente uniprofissional, devido ao centrismo na profissão que permeia os ambientes de formação na área da saúde, não sendo trabalhada a prática interprofissional e o potencial das práticas colaborativas na atenção à saúde³⁷. O reconhecimento e a problematização destes aspectos são essenciais para se promover a competência interprofissional nos espaços da APS³⁸, o que é possibilitado pela aplicação do instrumento BFPIC-APS.

Especificamente quando se fala em atitudes, a principal indagação do instrumento ao trabalhador da APS é saber como é sua percepção sobre sua ‘disposição para o trabalho interprofissional’. Este item tem uma importância singular a partir do momento que avalia o quanto este trabalhador está disposto a se abrir para desenvolver seu trabalho junto com o outro, de forma interprofissional. Estudos que avaliam o trabalho em equipe apontam itens relacionados ao convívio em equipe, indicando a necessidade de se desenvolver entre os membros aspectos subjetivos ligados à capacidade de estabelecer confiança, de se resolver conflitos, de escutar e conhecer o outro e de exercer liderança colaborativa^{20,23-28}, fatores estes que são complexos e exigem do trabalhador um movimento de extrapolar os limites de uma intervenção estritamente uniprofissional e se abrir para o compartilhamento de ações e, também, de emoções³⁹.

Investir na avaliação do trabalho em saúde por meio de um instrumento que possibilita a identificação de barreiras e facilitadores para a PIC no cotidiano da APS pode impactar, inclusive, na qualidade e custos do sistema, pois há indicativos de que a PIC pode auxiliar na diminuição do absenteísmo profissional, na maior satisfação com o ambiente de trabalho, na segurança do paciente e na melhoria da qualidade do cuidado²⁹. Assim, o instrumento proposto pode ser importante para o diagnóstico da PIC e ser importante como disparador de processos de mudança, principalmente a partir dos processos de educação permanente.

Ademais, destacamos que o instrumento pode ser útil para o planejamento de ações ligadas mais diretamente a um contexto específico, por exemplo, a partir da análise de dados obtidos em Unidade Básica de Saúde específica, como também pode servir para ações em outros níveis, como as próprias secretarias de saúde e mesmo, por exemplo, influenciando a melhoria da formação profissional em saúde, uma vez que esta é mencionada muitas vezes como um dos aspectos que dificulta a operacionalização da PIC.

Reforça-se assim a importância do processo de avaliação das ações em saúde, mais especificamente a PIC. Vale mencionar a necessidade de uma visão ampliada sobre a avaliação, compreendendo esta não como um fim em si mesmo, como muitas vezes acontece, mas como uma parte fundamental para a avaliação dos processos de trabalho e impacto das ações, além de não ser usada para punição dos envolvidos, mas como um processo natural que deve ser usado para repensar ações, rever objetivos, reorganizar planejamento, dentre outros.

Conclusões

Os resultados indicam que o instrumento BFPIC-APS possui validade de conteúdo, fidedignidade das medidas e estrutura fatorial aceitáveis, podendo ser utilizado para avaliar barreiras e facilitadores para a PIC entre profissionais da APS.

Reforça-se que este é um instrumento de avaliação que pode subsidiar o planejamento de serviços, no entanto, outros recursos diagnósticos não devem ser excluídos, mas incorporados ao processo. Recomenda-se também que este instrumento seja aplicado em diferentes cenários e sua aplicação acompanhada por estudos longitudinais, que avaliem seus efeitos para a promoção da PIC.

Colaboradores

Loch MR (0000-0002-2680-4686)*, Borges LJ (0000-0002-0142-3641)* e Coutinho SS (0000-0002-5398-4352)* contribuíram para concepção da ideia, coordenação do projeto de pesquisa, coleta de dados, redação preliminar, revisão do manuscrito e aprovação da versão final do artigo. Carvalho BG (0000-0003-3850-870X)* contribuiu para revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do artigo. Rech CR (0000-0002-9647-3448)* contribuiu para análise de dados, redação preliminar, revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final do artigo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. 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). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2017 set 22 [acesso em 2023 nov 8]; Edição 183; Seção 1:68. Disponível em: https://abennacional.org.br/wp-content/uploads/2024/06/PNAB_portaria_2436-setembro_2017.pdf
2. Guimarães BEB, Branco ABAC. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. *Rev Psicol Saúde*. 2020;12(1):143-55. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v12i1.669>
3. Machado MDFAS, Xavier SPL, Rodrigues ADL, et al. Trabalho em equipes multiprofissionais na atenção primária no Ceará: porosidade entre avanços e desafios. *Saúde debate*. 2021;45(131):987-97. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113104>
4. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>
5. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(supl2):1525-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
6. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAMD, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde*. 2020;18:e0024678. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
7. Silva JAMD, Peduzzi M, Orchard C, et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49:16-24. DOI: [10.1590/S0080-623420150000800003](https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003).
8. Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da Educação Profissio-*
9. Barros NFD, Spadacio C, Costa MVD. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde debate*. 2018;42:163-73. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S111>
10. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(2):262-68. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200020>
11. Gleriano JS, Fabro GCR, Tomaz WB, et al. Gestão do trabalho de equipes da saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2020;25(1):e20200093. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0093>
12. Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2005;53(esp):143-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000700024>
13. Santos RR, Lima EDFA, Freitas PDSS, et al. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2016;18(1):130-9.
14. Kanno NP, Peduzzi M, Germani ACCG, et al. A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde na perspectiva da ciência da implementação. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(10):e00213322. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT213322>
15. Hammick M, Freeth D, Koppel I, et al. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide nº 9. *Med Teach*. 2007;29(8):735-51. DOI: <https://doi.org/10.1080/01421590701682576>
16. Petermann XB, Miolo SB. Educação interprofissional em saúde no ensino superior: revisão integrati-

- va sobre a experiência brasileira. *Educ Teoria Prát.* 2021;31(64):e02. DOI: <https://doi.org/10.18675/1981-8106.v31.n.64.s14608>
17. Baquião APDSS, Almeida BC, Silva LGR, et al. Educação interprofissional em saúde: revisão integrativa da literatura brasileira (2008-2018). *Rev Psicol Saúde.* 2020;12(4):125-39. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.vi.1275>
 18. Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Ciênc saúde coletiva.* 2011;16:1933-42. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300027>
 19. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc saúde coletiva.* 2015;20(8):2511-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>
 20. Previato GF, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu).* 2018;22(supl2):1535-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-576220170647>
 21. 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.
 22. 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.
 23. Bispo EPF, Rossit RAS. Processo de validação e adaptação transcultural do Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (AITCS II). *J Manag Prim Health Care.* 2017;8(3):10-11. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v8i3.599>
 24. Lopes WP, Carvalho BG. Práticas colaborativas em unidades básicas de saúde e o papel da gerência. *Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* 2022;10(2):253-68. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v10i2.5414>
 25. Mazza DAA, Carvalho BG, Carvalho MN, et al. Práticas colaborativas em núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica. *Saud Pesq.* 2022;15(1):e-9566. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2022v15n1.e9566>
 26. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *Int J Nurs Stud.* 2015;52:1217-30. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008>
 27. Seaton J, Jones A, Johnston C, et al. Allied health professionals' perceptions of interprofessional collaboration in primary health care: an integrative review. *J Interprof Care.* 2021;35(2):217-28. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1732311>
 28. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A national interprofessional competency framework. Vancouver: University of British Columbia; 2010.
 29. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu).* 2016;20:905-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>
 30. Terwee CB, Bot SD, Boer MR, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.* 2007;60(1):34-42. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>
 31. Wang J, Wang X. *Structural Equation Modeling: Applications using Mplus.* Chichester: John Wiley & Sons; 2012.
 32. Marôco J. *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações.* Prêro Piñheiro: Editora Report Number; 2021.

33. Hair JF, Hult GTM, Ringle CM, et al. *Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)*. Los Angeles: SAGE; 2014.
34. Castro CP, Campos GWS. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis*. 2016;26(2):455-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200007>
35. Falci DM, Belisário SA. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. *Interface (Botucatu)*. 2013;17:885-99. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000027>
36. Lima PAB, Rozendo CA. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015;19:779-91. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0542>
37. Costa DAS, Silva RF, Lima VV, et al. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(67):1183-95. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>
38. Costa MV, Freire Filho JR, Brandão C, et al. A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2018;22(supl2):1507-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0636>
39. Silva MA, Cardoso ELS, Miranda TTL, et al. Competências emocionais como dispositivo para integralização do cuidado em saúde: contribuições para o trabalho interprofissional. *Est Inter Psicol*. 2019;10(2):226-39. DOI: <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2019v10n2p226>

Recebido em 25/06/2024

Aprovado em 30/12/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: pesquisa realizada com financiamento do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde - PPSUS Edição 2020/2021 Fundação Araucária-PR/Sesa-PR/CNPq /Decit/SCTIE/MS (Convênio nº 076/2021)

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Dimensões da continuidade dos cuidados na experiência de Pessoas Vivendo com HIV

Dimensions of continuity of care in the experience of People Living with HIV

Drieli Oliveira Silva¹, Rafaela Fidelis Lima Silvério², Patty Fidelis de Almeida²

DOI: 10.1590/2358-289820251459649P

RESUMO Este artigo teve como objetivo analisar três dimensões da continuidade dos cuidados – gerencial, informacional e relacional – na experiência de Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV). Foi realizado estudo qualitativo baseado em 45 entrevistas com PVHIV acompanhadas em policlínicas de especialidades em um município do estado do Rio de Janeiro. Na dimensão gerencial, a análise temática sinalizou inflexibilidade nos dias e horários de realização e entrega de exames que podem comprometer a continuidade assistencial. Não houve evidência de sistema de referência e contrarreferência institucionalizado. Destacou-se a necessidade de adequar a infraestrutura do serviço de forma a garantir a privacidade dos usuários. A continuidade informacional foi afetada pela ausência de instrumentos de integração e comunicação entre provedores, de prontuários eletrônicos compartilhados e de canais de comunicação entre usuários e serviços de saúde. A continuidade relacional demonstrou a importância do vínculo com infectologistas para a manutenção de uma fonte regular de cuidado, adesão ao tratamento e baixo absenteísmo. O cuidado orientado à pessoa aliado às condições organizacionais adequadas – que envolve processo de trabalho, fluxos intra e entre serviços da rede, informatização e conectividade – são elementos-chave para tornar possível uma relação de confiança e reciprocidade terapêutica, sendo passíveis de intervenções para seu alcance.

PALAVRAS-CHAVE HIV. Continuidade da assistência ao paciente. Qualidade da assistência à saúde.

ABSTRACT This article aims to analyze three dimensions of the continuity of care – management, informational, and relational – in the experience of People Living with HIV (PLHIV). A qualitative study was conducted based on 45 semi-structured PLHIV interviews by users in specialty polyclinics in a municipality in the state of Rio de Janeiro. The thematic analysis signaled in the management dimension inflexibility in the days and times of performance and delivery of exams that can compromise care continuity. There was no evidence of an institutionalized reference and counter-referencing system. There is a need to adapt the infrastructure of the service to ensure users' privacy. Informational continuity was affected by the absence of integration and communication instruments between providers, shared electronic medical records, and communication channels between users and health services. Relational continuity has shown the importance of bonding with infectologists to maintain a regular source of care, treatment adherence, and low absenteeism. Care-oriented to the person combined with appropriate organizational conditions – involving work process, intra flows, and between network services, computerization, and connectivity are key elements to make a relationship of confidence and therapeutic reciprocity possible, being subject to interventions for its reach.

KEYWORDS HIV. Continuity of patient care. Quality of health care.

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.

²Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.
pattyfidelis@id.uff.br



Introdução

Os cuidados às Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) se organizam a partir de distintos modelos assistenciais a depender da configuração dos sistemas de saúde. As experiências se diversificam do protagonismo de Organizações Não Governamentais (ONG), como em Bangladesh¹ e Tailândia², centralizados em serviços especializados, como na China³ e nos Estados Unidos da América⁴, e em serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), como em alguns países africanos⁵. No Brasil, o tratamento do HIV/aids foi concentrado em serviços especializados, por meio dos Serviços de Atenção Especializada (SAE) que se mostraram adequados e seguros⁶. O SAE oferta diferentes modalidades de cuidado, tendo reconhecida contribuição na melhoria das condições de saúde das PVHIV⁶.

A acessibilidade à Terapia Antirretroviral (Tarv) pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e sua simplificação tornaram o acompanhamento do HIV similar ao de outros agravos crônicos, com aumento significativo da expectativa e qualidade de vida⁷, em que pesem os muitos determinantes sociais, culturais e psicológicos envolvidos⁸. Nesse contexto, ganhou ênfase no País a descentralização do acesso ao diagnóstico para os serviços de APS por meio da oferta de teste rápido, aconselhamento, início do tratamento, encaminhamentos e cuidados gerais de saúde^{9,10}. De toda forma, os SAE continuam exercendo um papel fundamental no SUS, atuando como um importante ponto de apoio aos demais serviços das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito público e privado¹¹, acessados conforme a necessidade e a preferência dos usuários. Ainda assim, estratégias de cuidados combinadas e compartilhadas entre APS e SAE são reconhecidas como capazes de fortalecer a universalização e a continuidade do cuidado na RAS¹².

A continuidade do cuidado é conceituada e compreendida, muitas vezes, como sinônimo de longitudinalidade, coordenação do cuidado e cuidado integral¹³. Pode ser caracterizada

em três dimensões: gerencial, informacional e relacional¹³. A gerencial requer uma coordenação do cuidado que abranja os vários profissionais envolvidos em uma ampla gama de serviços destinados a pacientes que lidam com condições crônicas. Pode ser alcançada quando os serviços são fornecidos de maneira complementar e oportuna, com flexibilidade e adaptação às necessidades individuais. Por meio da continuidade informacional, é possível estabelecer uma ligação entre os diferentes prestadores e usuários. Por fim, a continuidade relacional envolve a conexão entre o paciente e os prestadores de cuidados, atuando como uma ponte entre os cuidados passados e presentes, bem como estabelecendo confiança no cuidado futuro mesmo durante eventos agudos¹³.

A implementação das etapas do tratamento do HIV requer continuidade de cuidados específicos, entre outros aspectos, para garantir a retenção ou a adesão ao tratamento, o monitoramento e o acompanhamento para alcance da supressão viral¹⁴. A fase de supressão viral proporciona benefícios individuais para a saúde e a qualidade de vida. Adicionalmente, inclui rastreamento e gestão de doenças não relacionadas com o HIV, bem como suporte e intervenções sociais em saúde mental^{3,8,14}.

No Brasil, os desafios para garantia da continuidade dos cuidados às PVHIV são reconhecidos, independentemente do serviço de saúde de uso regular. No âmbito dos SAE, tais dificuldades abrangem escassez de especialistas¹⁵, falhas de comunicação com os demais pontos da RAS¹⁶, deficiente troca de informações entre as equipes multiprofissionais¹⁷, restrições ao acesso a exames para além da monitorização do CD4 e indisponibilidade de transporte para acesso aos serviços, que, em geral, concentram-se em municípios de médio e grande porte^{12,17}.

Em experiências de descentralização dos cuidados às PVHIV para a APS, os desafios à continuidade concentram-se, sobretudo, no temor associado à quebra de sigilo pela proximidade com o local de moradia e inadequação da infraestrutura física que compromete a

privacidade nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)¹⁸⁻²⁰, despreparo das equipes, especialmente no emprego de testes rápidos e comunicação diagnóstica; e sobrecarga assistencial e rotatividade profissional^{12,21,22}. Observam-se também dificuldades no acesso à rede de apoio diagnóstico e terapêutico e garantia de internações hospitalares a partir das referências realizadas pela rede básica^{16,19}, o que não se restringe ao acompanhamento do HIV.

Ademais, ao longo da história, a vivência com HIV/aids tem sido marcada por exclusão social e preconceitos associados a grupos e práticas específicas⁵, o que, além de exigir cuidados contínuos em saúde, afeta profundamente a qualidade de vida dessas pessoas. A estigmatização associada ao HIV, marcada pela discriminação e pelo preconceito, persiste e impede que muitas PVHIV busquem e tenham adesão ao tratamento^{2,5}.

Dessa forma, o presente artigo tem como objetivo analisar três dimensões da continuidade dos cuidados – gerencial, informacional e relacional – na experiência de PVHIV em um município de grande porte do estado do Rio de Janeiro. As mudanças no manejo do agravo justificam a necessidade de produção de evidências que sinalizem fatores facilitadores e barreiras para garantia de cuidados contínuos e centrados nas necessidades e preferências das PVHIV, e que, ademais, colaborem para a superação do estigma e da discriminação.

Material e métodos

Foi realizado estudo avaliativo com abordagem qualitativa, que trabalha com o universo dos significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes dos participantes do estudo²³, produzido com base em entrevistas em profundidade com PVHIV em policlínicas regionais, principal referência de serviço de saúde em um município de grande porte do estado do Rio de Janeiro. Por meio das narrativas, buscou-se analisar, a partir das experiências dos usuários, a extensão e a intensidade

das barreiras, assim como facilitadores para o alcance de cuidados contínuos em saúde.

O estudo foi conduzido em um município com aproximadamente 500 mil habitantes. As unidades de APS atuam como o primeiro nível de atenção, vinculadas a policlínicas regionais de especialidades, presentes nas regiões administrativas. Em 2018, último ano com dados disponíveis, havia 4.529 PVHIV registradas no sistema de medicamentos para HIV/aids do município.

As policlínicas são o principal ponto de referência para o cuidado de PVHIV, porém, também ofertam especialidades básicas para as unidades de APS. Cada uma das sete policlínicas possui uma unidade dispensadora de medicamentos e equipe multiprofissional mínima recomendada pelo Ministério da Saúde para um SAE em IST/HIV/aids, composta por infectologista, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, assistente social e/ou psicólogo²⁴.

Entre dezembro de 2021 e junho de 2022, foram realizadas 45 entrevistas individuais e presenciais, com apoio de um roteiro com questões fechadas para caracterização do perfil dos entrevistados, mas, sobretudo, questões abertas, elaboradas a partir das dimensões teóricas que orientam a análise da continuidade do cuidado¹³ e o acesso aos cuidados em saúde de forma abrangente. As questões abertas abordaram as experiências na busca por cuidados na APS, atenção especializada e hospitalar, abarcando acesso ao teste de HIV, consultas com infectologistas e outros profissionais, exames, medicamentos, ações de promoção, prevenção da saúde, além de trajetórias de cuidado fora do sistema formal e por meio de serviços privados de saúde.

Os participantes foram identificados e convidados a realizar a entrevista durante a espera para consulta com infectologistas, com auxílio de profissionais do serviço, seguindo todos os preceitos éticos. Os critérios de inclusão foram: usuários com idade igual ou superior aos 18 anos, residentes

do município, diagnosticados com HIV há pelo menos um ano da data de realização da entrevista. Todas as pessoas que aceitaram o convite para realização da entrevista e que atendiam a todos os critérios de elegibilidade foram incluídas no estudo.

As entrevistas foram realizadas por pesquisadoras com formação em saúde coletiva (duas autoras do artigo), que participaram de toda formulação e desenvolvimento do estudo, além de capacitação específica relacionada ao roteiro. As entrevistas tiveram duração média de uma hora, gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Ocorreram nas policlínicas, em salas individuais ou locais externos indicados pelos usuários, garantindo o sigilo. O número de entrevistas foi definido até atingir a saturação de conteúdo e a representatividade das sete policlínicas.

Foi realizada análise temática do conteúdo das entrevistas em três fases²⁵. Inicialmente, foram transcritas e categorizadas. A seguir, compreendeu-se o contexto geral das narrativas e, como terceira etapa, procedeu-se à seleção de trechos significativos das experiências dos usuários. Esses trechos foram organizados em uma planilha estruturada por núcleos temáticos, permitindo agrupamento das experiências individuais e interpretação dos achados. Além disso, uma matriz de análise foi criada para melhor o direcionamento da interpretação dos achados²⁴.

As categorias, organizadas e nomeadas a partir das narrativas, foram analisadas e apresentadas na perspectiva da abordagem adotada para a compreensão da continuidade do cuidado baseado na estrutura conceitual¹³, apresentada no *quadro 1*.

Quadro 1. Matriz para análise da continuidade do cuidado às PVH

Dimensão da continuidade	Definição	Categorias
Gerencial	Requer uma coordenação do cuidado que abranja os vários serviços destinados a pacientes em condições crônicas. É alcançada quando os serviços são fornecidos de maneira complementar e oportuna, com flexibilidade e adaptação organizacional às necessidades individuais.	· Fluxos para a realização de exames para acompanhamento da condição sorológica com manutenção do sigilo; · Disponibilização dos resultados dos exames; · Sinalização dos consultórios no serviço de saúde com manutenção do sigilo; · Dispensação da Tarv com manutenção do sigilo; · Mecanismos de referência e contrarreferência entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde.
Informacional	A informação é o meio pelo qual se estabelece ligação entre os diferentes prestadores de cuidados durante eventos em saúde. A informação pode ser centrada na pessoa ou na doença, a depender do provedor. Trata da disponibilidade de informações clínicas e psicossociais disponíveis em todos os atendimentos	· Existência de instrumentos de integração e comunicação entre provedores; · Prontuários eletrônicos compartilhados na RAS; · Canais de comunicação dos usuários com os serviços de saúde.
Relacional	Proporciona uma conexão entre o usuário e os prestadores de cuidados, atuando como uma ponte entre os cuidados passados, presentes e futuro, com uma relação longitudinal no cuidado, mesmo durante eventos agudos vivenciados pelo usuário	· Fonte regular para o cuidado em saúde; · Profissional de saúde de referência; · Vínculo em outros pontos da RAS; · Busca ativa e visita domiciliar.

Fonte: elaboração própria com base em Haggerty et al.¹³.

O estudo foi realizado respeitando as normas e diretrizes das resoluções^{26,27} do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos. Recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal Fluminense, sob parecer nº 4.456.756 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 34986920.8.0000.8160, com anuência do município. Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados por códigos alfanuméricos, que combinavam o número da entrevista com uma letra atribuída aleatoriamente à policlínica na qual a entrevista foi realizada. As policlínicas receberam identificações em letras (A, B, C, D, E, F e G); os nomes dos profissionais foram omitidos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Perfil dos participantes do estudo

Os participantes tinham entre 41 e 60 anos de idade (48,9%), predominantemente pretos ou pardos (75,5%). Em termos de identidade de gênero, 50,1% se declararam homens cisgêneros; e 40%, mulheres cisgêneras. A escolaridade predominante foi o ensino médio (44,4%). Quanto à renda familiar, 53,3% declararam ganhos de até dois salários mínimos. Aproximadamente metade dos participantes (53,3%) recebeu o diagnóstico de HIV entre 2011 e 2020.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e tempo de testagem HIV+ dos participantes (n =4 5). Município de grande porte, Rio de Janeiro, Brasil, 2022

Caracterização sociodemográfica		
Idade	N	%
21 a 30 anos	9	20,0
31 a 40 anos	8	17,8
41 a 50 anos	12	26,7
51 a 60 anos	10	22,2
Mais de 60 anos	6	13,3
Cor (autodeclarada)	N	%
Branca	8	17,8
Parda	22	48,9
Preta	12	26,7
Amarela	2	4,4
Prefiro não responder	1	2,2
Gênero	N	%
Homem cis	23	51,1
Mulher cis	18	40,0
Travesti	1	2,2
Não binário	2	4,4
Prefiro não responder	1	2,2
Nível educacional	N	%
Fundamental incompleto	3	6,7
Fundamental	3	6,7

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e tempo de testagem HIV+ dos participantes (n =4 5). Município de grande porte, Rio de Janeiro, Brasil, 2022

Caracterização sociodemográfica		
Médio incompleto	7	15,6
Médio	20	44,4
Superior incompleto	3	6,7
Superior	9	20,0
Rendimento mensal do lar (salário mínimo)	N	%
1	10	22,2
2	13	28,9
3	11	24,4
4	7	15,6
Mais que 4	2	4,4
Não sabia	1	2,2
Referiu não ter renda	1	2,2
Tempo de testagem HIV+		
Vive com HIV desde:	N	%
1990 a 2000	6	13,3
2001 a 2010	11	24,4
2011 a 2020	24	53,3
A partir de 2021	4	8,9

Fonte: elaboração própria.

Continuidade gerencial

A continuidade do cuidado, em sua dimensão gerencial, englobou aspectos organizacionais dos serviços de saúde relacionados com os fluxos estabelecidos nas policlínicas para a realização de exames para acompanhamento da condição sorológica, disponibilização dos resultados, sinalização dos consultórios, dispensação da Tarv, existência de mecanismos de referência e contrarreferência entre os pontos da RAS (*quadro 1*).

Em relação aos exames laboratoriais, as narrativas revelaram que a coleta de sangue para monitoramento da carga viral era realizada em um único dia da semana, pela manhã, em todas as policlínicas. O atendimento requeria obtenção de senhas distribuídas por ordem de chegada, cujo número era limitado. Para os usuários que não conseguiam ir ao serviço no dia específico, uma nova tentativa só seria

possível na semana seguinte. Tais limites organizacionais geravam efeitos no acesso e na continuidade do cuidado, uma vez que a não realização do exame, por vezes, afetava também a consulta com o infectologista.

Tem, é às quartas-feiras, sete horas. Eu chego aqui cedo, umas 5h30, 5h40 e fico esperando. Porque se eu vir depois, não dá tempo, fica uma fila enorme. Aí eu venho cedo, sou a segunda, terceira. [...] 25 números que eles dão. (E35_A).

Mês passado, era para eu ter vindo na consulta. Eu não vim porque eu não tinha feito o exame [exame de monitoramento de carga viral] porque eu não tinha conseguido vir numa quarta-feira. (E03_F).

Ainda em relação aos exames, uma vivência importante revelou quebra do sigilo na organização da fila:

Você vai fazer o quê? [profissional], [usuário] o exame de sangue, [ele]: qual exame de sangue?. [Eu]: exame de sangue, [ele]: a carga viral? Se for carga viral, à minha esquerda. (E28_B).

Tal situação foi observada também em outros serviços da RAS quando da realização da testagem diagnóstica: “*Cadê a menina do HIV?*” (E01_F), perguntou um profissional de saúde.

A disponibilização dos resultados dos exames também apresentava problemas em todas as policlínicas segundo avaliação dos participantes. Enquanto o de carga viral era encaminhado diretamente ao infectologista, os demais exames exigiam que o usuário os buscasse em horários estritamente definidos, pela manhã. Tal organização exigia, por vezes, uma ida adicional ao serviço ou, então, era necessário chegar mais cedo, antes da consulta, para retirá-los.

Se eu colho um exame de sangue para aquela médica específica e a carga viral vai para o meu prontuário, por que não vai tudo junto se a médica que vai ver? [...] O meu horário [de consulta] é de manhã, mas quem é atendido duas horas [às 14:00 horas] tem que chegar até 11 horas da manhã porque é o horário que o laboratório fecha, não dá mais resultado... (E37_A).

Em uma das policlínicas, participantes mencionaram sentir-se expostos pela sinalização do consultório que indicava ‘infectologista’, uma vez que a principal demanda para esse profissional se relacionava ao atendimento de PVHIV: “*Você fica ali no banco, infectologia. Aí você tá ali e tá todo mundo sabendo que você veio para infectologia*” (E18_A). Outro aspecto negativo era a ausência da definição de um consultório fixo para a realização das consultas, cabendo ao usuário procurá-lo, o que também obrigava a expor qual tipo de especialista:

Eu fiquei rodando todas as salas caçando a doutora [infectologista] porque eu não sabia em que sala

ela estava atendendo. Ela não tem uma sala para ela. (E17_A).

Outro fator vinculado à organização do serviço com efeitos sobre a manutenção do sigilo referiu-se à dispensação da Tarv. A fila para a retirada era a mesma de outros medicamentos. Alguns usuários sentiam-se obrigados a guardá-los imediatamente em suas bolsas ou mochilas para evitar a identificação por outras pessoas: “[...], *mas eu sempre venho com mochila. E é sempre constrangedor*” (E37_A) e:

Tem gente conhecida esperando atrás da gente para pegar remédio. Tive que ficar rodando o posto até fulano ir embora para a gente pegar o remédio. (E39_D).

Em contrapartida, em algumas policlínicas, foram mencionadas ações voltadas à preservação do sigilo, como a opção de evitar a passagem pela recepção a cada consulta com o infectologista. Adicionalmente, o prontuário era guardado em local separado de outras situações de saúde, para diminuir a exposição:

Meu prontuário fica ali [na sala da vigilância] e muito tempo atrás me orientaram: ‘você passa aqui e tal, você vai ser atendido, não precisa passar naquele balcão [de marcação de consulta]’. (E09_F).

Desde o diagnóstico, a referência para as policlínicas ocorria de maneira diversificada. Enquanto alguns usuários eram referenciados por meio de relatórios médicos, acompanhados de justificativa do quadro clínico, outros chegavam às policlínicas a partir de encaminhamentos verbais de profissionais das UBS, dos consultórios e das ONG ou de serviços privados nos quais o teste havia sido realizado:

Encaminhamento não, falaram só para procurar aqui porque era clínica que fazia esse tipo de... Orientou verbalmente. Nessa época foi verbal, não deu nada escrito. (E20_A).

Em alguns casos, cujo diagnóstico havia sido realizado em laboratórios privados, a comunicação do resultado foi realizada por telefone, sem oferecer encaminhamento, acolhimento ou aconselhamento adequados:

Me entregou o papel e estava ali, não teve muita preparação. [...] Nossa, foi horrível. Na verdade, eu nem acreditei, fiquei aquela coisa: 'ai, será que isso é verdade, será que não é?'. (E34_B).

Quando ocorriam referências para outros especialistas, essas eram realizadas, sobretudo, pelo infectologista, identificado como o principal coordenador do cuidado das PVHIV, ainda que nem sempre utilizasse documentos formais para referência ou que o acesso fosse garantido na rede do SUS. No geral, os encaminhamentos para consultas especializadas eram internos, ou seja, para as próprias policlínicas. Contudo, também foram relatadas orientações para a busca de outros serviços no SUS ou na rede privada.

Eu tive sorte porque tinha reumatologista aqui [policlínica]. Então, eu não precisei ir em outro local para poder marcar [...] aí para mim foi rápido, não demorou muito. (E32_E).

Já tive alguns casos de a médica [infectologista]: 'olha, não sou especialista nisso, mas vou te direcionar a outra médica'. Aqui muitas vezes: 'aqui a gente não tem, mas se você puder procurar um médico particular ou um posto de saúde, um hospital público, se você conseguir alguma coisa, marca um horário'. (E22_B).

Não foram encontrados relatos de mecanismo formal de contrarreferência: “Não tem nenhuma comunicação do médico da emergência com o médico daqui de cima que atende a gente” (E03_F).

Continuidade informacional

A dimensão da continuidade informacional incluiu aspectos como existência de instrumentos

de integração e comunicação entre provedores, de prontuários eletrônicos compartilhados na RAS e canais de comunicação dos usuários com os serviços de saúde (*quadro 1*).

Em relação à integração e à comunicação entre provedores, os participantes relataram ser os principais portadores das informações clínicas: “[...] Eu fiz endoscopia e colonoscopia, trago para ela ver. Aí para acompanhamento tudo para ela ver [...] tomar ciência e ela nortear” (E18_A). Não havia prontuários informatizados e compartilhados na RAS: “Se eu fizer qualquer tipo de exame fora, eu trago o resultado para mostrar a ela (infectologista), ela botar no meu prontuário” (E14_C). Outrossim, as informações clínicas eram registradas em prontuários físicos nas policlínicas.

As informações circulavam à medida que os participantes traziam resultados de exames e relatos verbais sobre o que acontecia nas consultas fora das policlínicas. Ademais, havia preocupação em manter os profissionais informados:

Pereço ao doutor uma xerox do meu exame que eu fiz, deu não detectado, para que ela [infectologista] também coloque lá. Ter lá no meu prontuário as coisas. E falo para ela: “óh, meu triglicérideo tá assim, tá assado... (E33_E).

Eu fazia acompanhamento com a psiquiatria e com psicologia [...] porque, assim, o único contato entre um e outro era eu, então era o que eu dizia. (E13_C).

Alguns usuários sinalizaram consequências negativas pela ausência de informatização e compartilhamento dos prontuários, com necessidade de repetição da história clínica, como se o cuidado estivesse começando do zero, assim como perda de resultados de exames: “Porque eu já tive até problema de meus exames sumirem aqui. Tive que fazer de novo e de ter sumido meu exame” (E22_B).

Você tem que ir para os outros médicos e explicar do zero. Assim, você tem que tá sempre contando

a mesma história, lá do início e isso é muito chato e complicado. (E01_F).

As falhas no compartilhamento das informações clínicas na RAS tinham repercussões na terapêutica dos usuários quando acessavam outros serviços. Uma participante relatou que, durante uma internação para tratar outro problema de saúde, enfrentou dificuldades para manter o uso da Tarv. Ela precisou solicitar um relatório escrito à policlínica, o que resultou na interrupção do tratamento do HIV até que a situação fosse resolvida.

Nesse contexto, alguns usuários destacaram a importância de a família se manter atualizada e assumir o papel de informante sobre as eventualidades de saúde:

Eu fui obrigado a falar com a minha mãe porque eu vivo com ela, né... Se eu tô no hospital sem respirar, sem falar, alguém tem de saber o que tomo de medicação [...]. (E13_C).

Também não foram relatados canais de comunicação institucionais – telefone, e-mail, aplicativo de mensagens ou redes sociais – dos usuários com as policlínicas ou outros serviços da RAS: “[...] eu não tenho um telefone fixo, um e-mail, um WhatsApp, eu não tenho nada que eu fale com qualquer pessoa desse setor” (E28_B).

A obtenção de qualquer tipo de informação estava condicionada à ida ao serviço, salvo iniciativas pessoais, sobretudo da equipe de enfermagem, o que minimizava a descontinuidade dos cuidados:

Aí tem uma menina que liga: ‘Oi, tá tudo bem? Você deixou consulta agendada com a doutora e você não compareceu. Aconteceu alguma coisa? Você quer remarcar?’. (E15_C).

Continuidade relacional

A continuidade em sua dimensão relacional abrangeu ter uma fonte regular para o

cuidado e profissional de saúde de referência, visita domiciliar e busca ativa.

Todos os participantes tinham a policlínica como fonte regular para o cuidado do HIV: “*Então a minha concentração em tudo em relação à minha saúde tá aqui. Por mais que eu tenha a opção do particular, eu ainda gosto e prefiro aqui*” (E15_C) e:

Hoje eu tenho essa policlínica como referência para quando eu tiver um problema, não uma emergência, mas um problema de saúde, uma doença que você vai tratar, vai cuidar. (E45_G).

A quase totalidade dos participantes identificou o infectologista e a equipe de enfermagem como suas principais referências de cuidado nas policlínicas, com quem estabeleciam vínculos longitudinais:

Sou muito bem atendida aqui. Tem um enfermeiro aqui, que ele, às vezes, até agenda a minha consulta. Porque agora por conta desse problema meu da perna, eu ligo para ele, ele marca a consulta para mim. (E20_A).

O relacionamento próximo com o infectologista foi destacado em todas as policlínicas, evidenciando a importância desse profissional no acompanhamento em saúde: “*Qualquer coisa que eu sinto, é com ela [infectologista] que eu falo [...]* A minha vida [risos]. Coordenam a minha vida...” (E16_C), e:

Ela [infectologista] é uma ótima profissional, de verdade. Ela me transmite uma segurança que, eu acho de verdade, que ela é a melhor infecto que eu já tive desde os meus 18 anos. Eu me trato há dez anos e ela é a melhor infectologista que eu tive. (E17_A).

A confiança estabelecida entre os usuários e esses profissionais facilitava a comunicação aberta, para além do acompanhamento da condição de saúde:

Olha, eles são muito atenciosos comigo. Tanto o enfermeiro... tanto que ontem vim aqui, trouxe até um presente para ele [...] E a médica muito legal também. A gente conversa sobre outras coisas além do problema, entendeu? (E20_A).

A relação longitudinal com o infectologista era facilitada pela baixa rotatividade: “[...] eu já tenho uma pessoa [infectologista] que me trata desde o início [ano de 2007]” (E36_CAS); e “Sim. Com ele [infectologista], a gente acompanha há tanto tempo que já vira até meio psicólogo também [risos]” (E32_E).

Em geral, os usuários relataram uma boa adesão às consultas com o infectologista, com baixo absentismo.

No que diz respeito ao vínculo na APS, pouco mais da metade dos usuários mencionou cadastros em UBS, embora não fizessem uso rotineiro desse serviço (quatro indicaram utilizar a UBS regularmente). Apenas oito participantes relataram ter recebido algum tipo de visita domiciliar de profissionais da APS, sendo a maioria pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Quando ocorriam, em geral, eram direcionadas a outros familiares com problemas de saúde. Entre as razões apontadas para o baixo contato com as UBS, havia o receio de violação de privacidade e quebra de sigilo, especialmente devido à proximidade da equipe de saúde da família, sobretudo o ACS, com os locais de residência. Havia também desconfiança quanto à capacidade técnica dos profissionais para acompanhamento do HIV: “Porque lá [UBS] não tem um profissional capacitado. Aqui tem. Meu médico já há 12 anos” (E48_E). De toda forma, a maioria não relatou um movimento ativo dos profissionais da APS para estreitamento dos vínculos e constituição das UBS como serviço regular de acompanhamento em saúde:

Eu não queria ficar lá, não [UBS]. Lá tinha muito conhecido e naquela época tinha muito preconceito. [...] Aquela época foi terrível, época das trevas. [...] Então, desde 96 eu tô aqui [Policlínica]. (E49_E).

[...] a agente de saúde pegou as minhas coisas e deixou em cima do balcão de lá do postinho. Quando eu fui lá pegar, minhas coisas estavam em cima do balcão [...] fica na recepção onde tem o trânsito de gente. Eu achei uma falta de privacidade da pessoa. É horrível. (E14_C).

Os usuários relataram experiências de quebra de sigilo em outros pontos da RAS, que aumentava o receio em buscar atendimento em saúde, mesmo em casos como parto:

Eu falei para o meu esposo que eu não queria ter lá [maternidade] porque eles ficam me expondo por eu ter essa doença. Toda hora, troca de plantão, e fica perguntando... perto das pessoas. E eu tenho vergonha. [...] Eu prefiro ter meu bebê na rua do que lá, mas eu não volto. (E19_A).

Eu queria que não falasse para ninguém, só que no outro dia meus amigos, os meus patrões estavam sabendo, aí todo mundo que entrava para me visitar [hospital municipal] já estava sabendo e eu não sabia por que eles sabiam. (E43_G).

Discussão

Os resultados sinalizam, em diferentes graus, facilitadores e barreiras que dificultam e desafiam a oferta de cuidados contínuos na experiência das PVHIV, cujos cuidados se concentram em um serviço especializado.

As barreiras na organização dos serviços, como inflexibilidade nos dias e horários de realização e entrega de exames, acarretaram dificuldades de acesso para os usuários e podem comprometer a continuidade assistencial, como observado também em outros contextos²⁸.

Não houve evidência de um sistema de referência e contrarreferência institucionalizado. A descontinuidade da gestão do cuidado entre os níveis de atenção contribui para a demora nas consultas com especialistas e no retorno

ao médico de referência, aumentando o risco de diagnósticos tardios, complicações e agravamento do quadro clínico²⁹. A padronização de mecanismos de referência e contrarreferência é importante não só no serviço público, mas também no setor privado, uma vez que as PVHIV transitam frequentemente entre os dois setores – a Tarv exclusivamente no SUS e, por vezes, a complementação diagnóstica e terapêutica na atenção especializada na rede particular, não sem constrangimentos e procedimentos inadequados como no caso da comunicação diagnóstica¹².

A análise da continuidade gerencial destacou ainda a necessidade de adequar a infraestrutura, que garanta a privacidade e reduza a exposição dos usuários, problemas também presentes no serviço especializado e que comprometem o vínculo e a adesão²⁰. De toda forma, os resultados apontam que os desafios enfrentados pelas PVHIV vão além das questões gerenciais, eles englobam a luta permanente pela superação do estigma e da discriminação que contribuem para o enorme receio quanto à exposição da condição sorológica³⁰.

A continuidade informacional é afetada pela ausência de instrumentos de integração e comunicação entre provedores, de prontuários eletrônicos compartilhados na RAS e de canais de comunicação entre usuários e serviços de saúde. A repetição dos históricos clínicos nas consultas evidencia a escassa transferência de informações entre os provedores, resultando em possível perda de dados relevante à continuidade do cuidado²⁹. Essas experiências ratificam o papel protagonista que os usuários acabam por assumir na continuidade dos próprios cuidados, dependente da disposição e da capacidade de compartilhar as informações clínicas³¹ por meio de estratégias como o envolvimento dos familiares em suas necessidades de saúde e armazenamento dos resultados de exames para disponibilizá-los aos profissionais quando necessário.

A ausência de informatização e de conectividade na RAS agrava o problema com efeitos

diretos na qualidade e na experiência da continuidade do cuidado^{28,29}. Nesse sentido, a continuidade informacional eficaz promove melhor adesão ao tratamento e segurança durante os atendimentos³². Além disso, serviços informatizados fortalecem a relação entre prestadores de saúde e usuários, aprimorando a continuidade³³. Outrossim, a disponibilidade de sistemas de informação de qualidade, como internet, aplicativos e celulares, tem melhorado a coordenação entre os sistemas de saúde e as pessoas^{30,34,35}, sendo esses campos prementes passíveis de investimentos e melhorias por parte da gestão pública.

A continuidade em sua dimensão relacional demonstrou a importância e a fortaleza do vínculo para a manutenção de uma fonte regular de cuidado em saúde. Os participantes expressaram vínculo e apreço pelas orientações e pela comunicação estabelecida com o infectologista, destacando uma relação longitudinal de confiança que contribui para a adesão ao tratamento e para resultados positivos no controle da infecção com supressão viral e baixo absenteísmo²⁸, como observado neste estudo. A continuidade relacional também foi identificada como importante para a segurança física e psicossocial quando os usuários são acompanhados pelos mesmos médicos em comparação com atendimentos pontuais³⁶. Destaca-se, na mesma direção, o vínculo com a equipe de enfermagem, sobretudo nas ações de acolhimento no serviço.

A maioria dos usuários não mantinha vínculos com serviços de APS por diversas razões, entre as quais, a percepção de despreparo da equipe para atender às necessidades em saúde³⁷ e o temor pela quebra de sigilo devido à proximidade de seus domicílios²⁰, embora situações dessa ordem também tenham ocorrido nas policlínicas por problemas organizacionais. A quebra de sigilo e a exposição do usuário são experiências negativas tanto na APS quanto em outros pontos da RAS, dificultando o fortalecimento do vínculo e exigindo melhor qualificação dos serviços e adesão a preceitos éticos.

Busca ativa e visita domiciliar são estratégias cruciais para que os serviços de saúde se aproximem dos usuários e fortaleçam a continuidade³⁸. No entanto, houve poucos relatos de busca ativa e visitas domiciliares pela APS e pela policlínica, que, quando ocorriam, eram por iniciativa pessoal de alguns profissionais. A sinergia de esforços entre os serviços que compõem a RAS, mais uma vez, poderia potencializar o seguimento dos usuários, principalmente ao considerar a capilaridade da APS, com possibilidades de contato próximo, nos territórios de vida dos usuários.

Como limite deste estudo, destaca-se que não foram consideradas as perspectivas de profissionais da saúde e gestores que poderiam oferecer uma compreensão mais ampla das barreiras da continuidade em saúde no contexto das PVHIV. Outro ponto refere-se à seleção dos usuários, captados nas policlínicas, que tinham acesso ao serviço, podendo não representar todas as PVHIV. Em todo caso, considera-se que as experiências, as expectativas e as necessidades dos usuários devem ser o princípio para melhor compreensão, qualificação e oferta de cuidados contínuos.

Considerações finais

Os resultados sinalizam a importância de um ponto regular de cuidado e profissionais de referência para estabelecimento do vínculo e consequente continuidade do cuidado. O

cuidado orientado à pessoa aliado às condições organizacionais adequadas – que envolve processo de trabalho, fluxos intra e entre serviços da RAS, informatização e conectividade – são elementos-chave para tornar possível uma relação de confiança e reciprocidade terapêutica, sendo passíveis de intervenções para seu alcance. Argumenta-se ainda que a continuidade do cuidado precisa ser transversal à RAS, fortalecendo-se na medida em que as equipes multiprofissionais se envolvem na produção de projetos terapêuticos coerentes, coordenados e em sinergia com as necessidades e com os interesses dos usuários. Por fim, porém não menos importante, deve haver esforços e lutas coletivas para mitigar a discriminação e o preconceito que adicionam camadas injustas e desnecessárias de sofrimento cotidiano às PVHIV mesmo em espaços que deveriam protegê-las e acolhê-las, como os serviços de saúde.

Colaboradoras

Silva DO (0000-0002-7735-6895)* contribuiu para análise dos dados, interpretação e redação do manuscrito. Silvério RFL (0000-0002-3239-9891)* contribuiu para coleta dos dados, análise e interpretação dos resultados do manuscrito. Almeida PF (0000-0003-1676-3574)* contribuiu para concepção, análise, interpretação, redação do manuscrito e ordenação do estudo.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Billah M. Healthcare seeking practices of people living with HIV and AIDS (PLHIV) in Bangladesh. *HIV AIDS Rev.* 2015;14:114-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hivar.2015.05.001>
2. Lujintanon S, Amatavete S, Photisan N, et al. Differentiated service delivery for HIV treatment models in Thailand: a cross-sectional assessment of real-world implementation and uptake. *Trop Med Int Health.* 2023;28:374-83. DOI: <https://doi.org/10.1111/tmi.13872>
3. Li H, Wei C, Tucker J, et al. Barriers and facilitators of linkage to HIV care among HIV-infected young chinese men who have sex with men: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2017;17:214. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2158-7>
4. Wilcox RD, Gallagher DM. HIV Management Returning to Primary Care Providers. *J Health Care Poor Underserved.* 2011;22(4):1127-30. DOI: <https://doi.org/10.1353/hpu.2011.0137>
5. Awolu A, Fusheini A, Ayanore MA, et al. HIV Stigma and Status Disclosure in Three Municipalities in Ghana. *Ann Glob Health.* 2021;87(1):1-12. DOI: <https://doi.org/10.5334/aogh.3120>
6. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Cuidado e assistência às pessoas vivendo com HIV/aids – a experiência do Programa de IST/Aids de São Paulo. Rio de Janeiro: ABIA; 2019.
7. Montaner JSG, Lima VD, Harrigan PR, et al. Expansion of HAART coverage is associated with sustained decreases in HIV/AIDS morbidity, mortality and HIV transmission: the “HIV Treatment as Prevention” experience in a canadian setting. *PLoS ONE.* 2014;9(2):e87872. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087872>
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/Aids T. Manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/Aids. Brasília, DF: MS; 2023.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2012 jan 13 [acesso em 2024 ago 25]; Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html
10. Ministério da Saúde (BR). 5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica – guia para gestores. Brasília, DF: MS; 2014.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela atenção básica: manual para a equipe multiprofissional. Brasília, DF: MS; 2015.
12. Costa AS, Almeida PF. Vulnerabilidades e descentralização das ações de cuidado ao HIV/AIDS para a Atenção Primária à Saúde. Nordeste, Brasil. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2021;20:1-19. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.vdac>
13. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ.* 2003;327:1219-21. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
14. Kay ES, Batey DS, Mugavero MJ. The HIV treatment cascade and care continuum: updates, goals, and recommendations for the future. *AIDS Res Ther.* 2016;13:1-7. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12981-016-0120-0>
15. Loch AP, Nemes MIB, Santos MA, et al. Avaliação dos serviços ambulatoriais de assistência a pessoas vivendo com HIV no Sistema Único de Saúde: estudo comparativo 2007/2010. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(2):e00047217. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00047217>
16. Rocha F, Melo E, Agostini R, et al. A interface entre atenção primária e especializada em cenário de des-

- centralização de cuidados em HIV/Aids. *Saúde debate*. 2023;46(7):19-30. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E701>
17. Caldas CM, Santos AAP, Vieira MJO, et al. Atuação da equipe multiprofissional na assistência especializada em HIV/AIDS. *Rev Recien – Rev Científica Enferm*. 2021;11(34):3-12. DOI: <https://doi.org/10.24276/rre-cien2021.11.34.3-12>
 18. Moyo F, Birungi J, Garrib A, et al. Scaling up integrated care for HIV and other chronic conditions in routine health care settings in sub-Saharan Africa: Field notes from Uganda. *Int J Integr Care*. 2023;23(3):1-9. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.6962>
 19. Lima MCLD, Pinho CM, Dourado CARDO, et al. Diagnostic aspects and in-service training in the decentralization of care to people living with HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:65. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0065>
 20. Melo EA, Agostini R, Damião JJ, et al. Cuidado de pessoas vivendo com HIV na atenção primária à saúde: reconfigurações na rede de atenção à saúde? *Cad Saúde Pública*. 2021;37(12):e0034120. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00344120>
 21. Zambenedetti G, Silva RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2016;26(3):785-806. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300005>
 22. Carvalho VKA, Godoi DF, Perini FB, et al. Cuidado compartilhado de pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Primária: resultados da descentralização em Florianópolis. *Rev Bras Med Fam e Comunidade*. 2020;15(42):1-15. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2066](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2066)
 23. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(3):621-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
 24. Ministério da Saúde (BR). Portaria Conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013. Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 – Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento. Anexo II. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2013 jan 17 [acesso em 2024 maio 5]; Edição 12; Seção 1:41-47. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2013/poc01_16_01_2013.html
 25. Gomes R. Análise de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa Social – Teoria, Método, Criatividade*. São Paulo: Vozes, 2008. p. 67-80.
 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 [Internet], Brasília, DF. 2013 jun 13 [acesso em 2024 jan 23]; Seção 1:59. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
 27. 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 [acesso em 2024 abr 7]; Seção 1:44. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
 28. Wachira J, Mwangi A, Genberg B, et al. Continuity of Care is Associated with Higher Appointment Adherence Among HIV Patients in Low Clinician-to-Patient Ratio Facilities in Western Kenya. *AIDS Behav*. 2022;26:3516-23. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03686-6>
 29. Ollé-Espluga L, Vargas I, Mogollón-Pérez A, et al. Care continuity across levels of care perceived by pa-

- tients with chronic conditions in six Latin-American countries. *Gac Sanit.* 2021;35(5):411-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.013>
30. Moore CB, Ciaraldi E. Quality of care and service expansion for HIV care and treatment. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2015;12(2):223-30. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11904-015-0263-y>
 31. Liu C, Wu Y, Chi X. Relationship preferences and experience of primary care patients in continuity of care: a case study in Beijing, China. *BMC Health Serv Res.* 2017;17:585. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2536-1>
 32. Cohen E, Lindman I. Importance of continuity of care from a patient perspective – a cross-sectional study in Swedish health care. *Scand J Prim Health Care.* 2024;42(1):195-200. DOI: <https://doi.org/10.1080/02813432.2023.2299119>
 33. Mabuto T, Woznica DM, Lekubu G, et al. Observational study of continuity of HIV care following release from correctional facilities in South Africa. *BMC Public Health.* 2020;20(324):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8417-2>
 34. Pinto VM, Capeletti NM. Reorganização do modelo de atenção às pessoas vivendo com HIV: A experiência do município de Florianópolis/SC. *Rev Bras Med Fam e Comunidade.* 2019;14(41):e1710. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1710](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1710)
 35. Loeb TB, Banks D, Ramm K, et al. Achieving Health Equity and Continuity of Care for Black and Latinx People Living With HIV. *Am J Public Health.* 2023;113(52):107-9. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2023.307222>
 36. Rhodes P, Sanders C, Campbell S. Relationship continuity: when and why do primary care patients think it is safer? *Br J Gen Pract.* 2014;64(629):758-64. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp14X682825>
 37. Maxwell S. General Practitioners' views and experiences on the barriers and facilitators that men who have sex with men have when accessing primary care for HIV testing and sexual health screening. *Prim Health Care Res Dev.* 2018;19(2):205-9. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1463423617000627>
 38. Kredo T, Adeniyi FB, Bateganya M, et al. Task shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of antiretroviral therapy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;7(7331):1-53 DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007331.pub3>

Recebido em 16/07/2024

Aprovado em 30/12/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Programa de Desenvolvimento de Projetos Aplicados (PDPA) – UFF e Prefeitura Municipal de Niterói

Editora responsável: Elda Coelho de Azevedo Bussinguer

Avaliação da resolutividade clínico-assistencial de equipes multiprofissionais em um município do nordeste brasileiro

Evaluation of the clinical-care resolution capacity of multiprofessional teams in a municipality in the Northeast Region of Brazil

Caroline Guimarães Damascena¹, Dinalva Lacerda Cabral², Paulette Cavalcanti de Albuquerque³, Romário Correia dos Santos³, Fabiana de Oliveira Silva Sousa²

DOI: 10.1590/2358-289820251459941P

RESUMO Este artigo teve como objetivo avaliar a resolutividade clínico-assistencial das equipes multiprofissionais de um município do nordeste brasileiro. O conceito de resolutividade utilizado se relaciona com o impacto positivo na qualidade de vida dos usuários e considera a funcionalidade e os fatores contextuais no seu desenvolvimento. É uma pesquisa do tipo quantitativa, com abordagem avaliativa e longitudinal. Houve seguimento de usuários assistidos de forma prioritária, com acompanhamento compartilhado entre profissionais das equipes multiprofissionais e da Estratégia Saúde da Família. A evolução clínica dos usuários foi realizada pelo Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (RCaNasf). Os resultados estão apresentados em duas seções: a primeira discute o perfil dos sujeitos da pesquisa, considerando seus aspectos sociodemográficos e clínicos, elementos importantes para o entendimento do trabalho em saúde das equipes multiprofissionais; e a segunda discute a resolutividade dessas equipes na produção da qualidade de vida dos usuários na atenção primária à saúde. Conclui-se sugerindo a utilização do RCaNasf para o acompanhamento dos casos compartilhados entre as equipes multiprofissionais e de Saúde da Família, enriquecendo o processo de trabalho e a prática da avaliação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Avaliação de processos e resultados em cuidados de saúde. Equipe multiprofissional. Saúde da família. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT This article aims to evaluate the clinical-care resolution capacity of multiprofessional teams in a municipality in the Northeast Region of Brazil. The concept of resolution capacity relates to the positive impact on users' quality of life and considers functionality and contextual factors in their development. It is quantitative research with an evaluative and longitudinal approach. There was a follow-up of users assisted in a priority way, with shared follow-up among professionals from multidisciplinary teams and the Family Health Strategy (ESF). The clinical evolution of the users was performed using the Evaluation and Monitoring Form of the Clinical-Care Resolution Capacity of the Family Health Support Center (RCaNASF). The results are presented in two sections: the first one discusses the profile of the research subjects, considering their sociodemographic and clinical aspects, essential elements for understanding the healthcare work of multiprofessional teams; and the second discusses the resolution capacity of these teams in promoting the quality of life of users in primary health care. The conclusion suggests using RCaNASF to monitor the cases discussed between multidisciplinary and Family Health teams, enriching the workflow and health evaluation practices.

KEYWORDS Primary Health Care. Outcome and process assessment, health care. Patient care team. Family health. Unified Health System.

¹Prefeitura Municipal de Jaboatão dos Guararapes – Jaboatão dos Guararapes (PE), Brasil.
caroline.damascena@yahoo.com.br

²Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil.



Introdução

Em 2008, o Ministério da Saúde (MS) criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) com o objetivo de ampliar a resolutividade e a integralidade da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Implementado a partir da criação de equipes multiprofissionais, o Nasf foi implantado em vários municípios do território nacional, atravessando diversas conjunturas: teve seu nome reformulado¹, em 2017, para Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf-AB); uma ameaça de extinção em 2019 a partir de um novo modelo de financiamento da APS que retirou o recurso específico para sua manutenção²; e em 2023, o MS retomou a agenda de avançar na construção de uma APS ampliada, publicando uma portaria³ para a volta do financiamento de equipes multiprofissionais para cuidado colaborativo e complementar na atenção primária das equipes do Nasf, agora denominadas equipes Multiprofissionais (eMulti).

Vale salientar que, em alguns municípios, as equipes do Nasf foram mantidas com financiamento municipal, assumindo a nova nomenclatura eMulti a partir de 2023. Embora as portarias que criaram essas equipes (Nasf e eMulti) tenham muitas semelhanças, algumas mudanças importantes foram implementadas com a introdução da Portaria nº 635, de 23 de maio de 2023³, tais como: a ampliação das categorias profissionais que podem compor as equipes, o retorno de um financiamento mais robusto, a definição de outros tipos de equipe e a inclusão de novas atividades. Cada uma dessas modificações pode influenciar o processo de trabalho das equipes e merecem ser monitoradas e estudadas com maior profundidade, a fim de subsidiar aperfeiçoamentos no processo de trabalho das equipes com vistas a fortalecer a interprofissionalidade, a integralidade e a resolutividade do cuidado na APS.

Bispo Júnior e Almeida⁴ apontam que a eMulti oferece uma ampla gama de atividades, incluindo atendimento individual e em

grupo, domiciliar, atendimento compartilhado, discussões de casos, projetos terapêuticos, atividades coletivas, apoio matricial, intervenções no território, ações de saúde a distância e práticas intersetoriais. Essas atividades, quando bem organizadas e oferecidas, têm potencial para aumentar significativamente a resolutividade da APS conforme regulamentado.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil tem vivenciado reformas e direcionamentos diversos, com modificações legais e novas deliberações, no intuito de realizar uma transformação da APS, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). A Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (EqNasf) consistiu na inclusão de novas categorias profissionais na APS, para apoiar as Equipes de Saúde da Família (EqSF) na tentativa de alcançar uma assistência integral e resolutiva aos usuários e, com isso, maior qualidade do cuidado na APS⁵.

O conceito de integralidade considera que as ações relacionadas com a saúde devem ser implementadas em ambos os níveis, individual e coletivo, atuando nos fatores determinantes e condicionantes da saúde. Isso inclui integrar atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde em uma abordagem interdisciplinar que incorpore o conceito ampliado de saúde na prática⁶ e a participação popular.

O referencial teórico-metodológico do processo de trabalho interprofissional das antigas EqNasf e das atuais eMulti utiliza como eixo central o matriciamento, subdividido em apoio técnico-pedagógico e clínico-assistencial. Nessa perspectiva, solicita-se o apoio da retaguarda especializada para maior qualificação dos atendimentos nos casos clínicos mais complexos, os quais a EqSF não poderia resolver ou teria muita dificuldade de fazê-lo sozinha⁷. Esse referencial teórico de apoio matricial permanece sendo a base para as atuais eMulti.

O trabalho interprofissional proposto para nortear a atuação dessas equipes se posiciona como estratégico para o enfrentamento do tradicional modelo de assistência biomédica, curativista e extremamente fragmentador

ao criar ‘um coletivo cuidador’ que permite apoiar, compartilhar e transformar as ações, realizadas de forma multiprofissional, buscando atender às reais necessidades dos usuários e ampliar a resolutividade do cuidado⁸.

Ao longo da existência dos Nasf, muitos estudos foram realizados com o objetivo de compreender o processo de trabalho dessas equipes, os quais evidenciaram a complexidade dos seus saberes e fazeres, bem como apontaram também a necessidade de avaliar os seus resultados em uma perspectiva que reconhecesse não apenas a ausência da doença, mas também a qualidade de vida dos usuários.

Assim, este estudo utiliza o conceito de resolutividade como o impacto positivo na Qualidade de Vida (QV) dos usuários, que se preocupa com o acolhimento das suas necessidades de saúde, enfatizando a importância da integralidade nas práticas de cuidado e englobando desde a promoção e manutenção da saúde até a reabilitação, com o objetivo de uma resposta satisfatória, que inclui o alívio ou a minimização do sofrimento⁹.

Vale ressaltar a importância das avaliações dos resultados das ações como subsídios aos gestores e equipes no planejamento, monitoramento e orientação das práticas em saúde. Portanto, deve-se estimular a utilização e o aperfeiçoamento de instrumentos avaliativos no ambiente laboral, possibilitando a institucionalização da avaliação em saúde, geralmente negligenciada nos serviços¹⁰.

O presente estudo teve como objetivo avaliar a resolutividade clínico-assistencial das eMulti em um município do nordeste brasileiro.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, quantitativa, do tipo longitudinal, com análise de efeitos, realizada em um município da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco (PE), nordeste do Brasil, no período de janeiro a outubro de 2019¹¹.

Esta pesquisa deu continuidade a uma sequência de estudos. O primeiro, realizado por Nascimento¹², investigou a organização do processo de trabalho dos Nasf em três municípios pernambucanos. Posteriormente, Sousa¹³ teve como enfoque a percepção dos profissionais quanto à integralidade, à ampliação da resolutividade e ao desenvolvimento da coordenação do cuidado na APS. O terceiro estudo foi uma tese que construiu e validou o conteúdo de um instrumento de medida para avaliação e monitoramento da resolutividade clínico-assistencial¹⁴, o Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (RCaNasf).

Para compor a amostra, foram elegíveis: os profissionais atuantes nas eMulti (no momento da investigação, denominadas EqNasf) do município estudado, que contém sete regiões de saúde; na época, todos os profissionais das equipes que possuíam vínculo empregatício público, por meio de concurso; em exercício profissional no momento da coleta de dados; e que participaram da oficina de matriciamento para aplicação do instrumento de coleta de dados. Também foram incluídos os usuários cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (USF); considerados como prioritários para o acompanhamento das eMulti e que necessitavam ser assistidos por, no mínimo, dois profissionais dessas equipes e um da EqSF¹⁴, estando ou não inseridos em algum Projeto Terapêutico Singular.

Foram excluídos os profissionais que estavam afastados do serviço por um período maior que três meses ou aqueles que não conseguiram entregar o instrumento de avaliação devidamente preenchido até o final do período de coleta, bem como os usuários que desistiram de participar do estudo, sem haver prejuízo em relação ao seu atendimento clínico.

Inicialmente, houve uma sensibilização das eMulti em relação à pesquisa, com a disponibilização de videoconvite e resumo acerca do projeto, enfatizando a importância da avaliação e do monitoramento dos resultados das ações. Na sequência, ocorreu o matriciamento das

equipes sobre o novo instrumento, por meio de oficinas realizadas no território de cada região de saúde¹¹.

Além disso, um diário de campo foi utilizado. Esse instrumento pode proporcionar uma imersão no registro de experiências e situações do cotidiano com observação crítica e possibilidades de avaliações e transformações¹⁵. Os aspectos facilitadores e dificultadores do processo de trabalho interprofissional foram registrados e apresentados em quatro itens: relação entre os profissionais; transporte; materiais/estruturas físicas; formação/capacitação para atuação na EqNasf¹¹.

Nas EqSF vinculadas, houve a identificação das necessidades de saúde das pessoas consideradas casos prioritários que seriam acompanhados pelas EqNasf. A partir dessa triagem, a coleta dos dados foi iniciada. Na tentativa de facilitar o preenchimento do RCaNasf, foram criados e disponibilizados vídeos tutoriais para as equipes participantes¹¹.

Para verificar o perfil dos profissionais incluídos, quanto ao sexo, tempo de atuação no município estudado, categoria profissional, pós-graduação em Saúde Pública e áreas afins ou em outras especializações, foi criado um questionário semiestruturado, aplicado individualmente. Os dados referentes às pessoas acompanhadas pelas EqNasf, como sexo, idade, escolaridade, doença ou condição de saúde avaliada, uso de medicamentos e a evolução clínica ao longo do tempo, foram coletados por meio do RCaNasf¹⁴.

Nesse formulário, são registradas três avaliações clínicas, de forma longitudinal, com um intervalo mínimo de um mês entre elas, podendo ser mensal, bimestral ou trimestral, conforme a necessidade do usuário. Esse instrumento é dividido em duas partes: funcionalidade e fatores contextuais. Para a avaliação da funcionalidade, os comprometimentos ou as dificuldades observadas durante as avaliações devem ser qualificados como leve, moderado, grave e muito grave ou total, de acordo com a perspectiva dos profissionais de saúde e do usuário, familiar ou cuidador¹⁴.

Na funcionalidade, parte 1, apresentam-se dois componentes, denominados de 'Funções e Estrutura do corpo' (FE) e 'Atividades e Participação' (AP). A medida da funcionalidade tem como base a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). As FE referem-se a funções fisiológicas e a partes anatômicas do corpo, enquanto as AP relacionam-se com a execução de tarefas e o envolvimento do indivíduo em situações da vida. Nos fatores contextuais, parte 2, encontra-se o componente de 'Aspectos Social, Familiar e do Indivíduo' (SFI), ou seja, o ambiente físico e social no qual o indivíduo vive e se relaciona com outras pessoas – além das particularidades desse indivíduo, como idade, estado emocional etc., que podem impactar positiva ou negativamente na sua condição de saúde¹⁴.

A comparação dos dados da primeira e da última avaliação permite inferir a resolutividade das ações do Nasf na perspectiva de melhoria da QV do usuário¹⁴. Apesar de a segunda avaliação não ser utilizada para o cálculo comparativo, essa medida é importante para o monitoramento dos dados, pois pode revelar se a intervenção proposta precisa de alguma modificação ou ajuste, bem como se existe algum fator externo implicando positiva ou negativamente no processo saúde-doença do avaliado¹¹.

Os *softwares* utilizados para tratamento dos dados foram o Excel® 2010 e o Statistical Package for Social Sciences para Windows® (SPSS), versão 20¹⁶. Em todos os cálculos estatísticos, foi considerado o nível de confiança de 95%. Para inferir a resolutividade clínico-assistencial das equipes estudadas, foi realizada a comparação da 1ª e 3ª avaliação, nos componentes FE, AP e SFI do RCaNasf, na perspectiva dos profissionais de saúde e do usuário, do familiar ou do cuidador. Na análise comparativa, foram utilizados os testes estatísticos *t* pareado¹⁶ e o Wilcoxon Signed Ranks¹⁷.

O projeto que deu origem ao estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa

da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Pernambuco), de acordo com os princípios éticos do Conselho Nacional de Saúde¹⁸, e está registrado na Plataforma Brasil sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 53408516.1.0000.5190, Parecer nº 3.143.672¹¹. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

Entre os cuidadores e os cuidados: perfil clínico-assistencial dos sujeitos da pesquisa

De acordo com os critérios de inclusão, foram selecionados 51 usuários potencialmente elegíveis para o estudo. Ao longo do período de coleta dos dados, houve uma perda amostral de 20,0% (10,2): 3 não aceitaram participar da pesquisa, 4 faleceram antes de completar o período de coleta dos dados e 3 não concluíram a última avaliação. Assim, a amostra final foi composta por 41 indivíduos, submetidos ao acompanhamento dos profissionais da EqNasf e avaliados com o instrumento RCaNasf em três momentos distintos¹¹, perfazendo um total de 123 avaliações clínicas. Na *tabela 1*, verifica-se que 53,6% (22) dos avaliados eram do sexo feminino, 46,4% (19) eram idosos e 51,0% (21) tinham ensino fundamental incompleto.

Nesses achados, houve uma discreta predominância de indivíduos do sexo feminino acompanhados pelas EqNasf, informação concordante com o percentual de mulheres da população residente no município estudado¹⁹. Em outras pesquisas, sobre o processo de trabalho das EqNasf, nas cidades do Recife-PE e Camaragibe-PE, houve uma hegemonia de mulheres acompanhadas^{13,14,20}. O conhecimento do perfil relacionado com a saúde dos usuários é extremamente importante, pois favorece o planejamento das práticas em saúde

para a população, com menores custos e manutenção da qualidade dos serviços, intervindo de maneira profícua e oportuna na gestão das condições de risco²¹.

Outro importante dado foi o número de idosos acompanhados pelas equipes, aproximadamente metade da amostra, corroborando os dados de outro estudo¹⁴, que foi realizado no município de Recife-PE. Esse resultado traz a reflexão de como o processo de transição demográfica tem gerado grandes demandas na APS. O cenário contemporâneo expõe um perfil epidemiológico que desafia o sistema de saúde e de previdência brasileiro, com exigências em relação à capacidade de resposta às taxas de morbidade e mortalidade, assim como ao monitoramento de ações ofertadas aos idosos, que requerem um cuidado continuado, integral e multidisciplinar²².

Ao analisar a escolaridade dos usuários, observou-se que a maioria possuía o ensino fundamental incompleto. Um estudo²³ que utilizou os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 evidenciou que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são mais prevalentes em indivíduos com baixa escolaridade: analfabetos ou com ensino fundamental incompleto. Confirmando esses achados, Delpino et al.²⁴ concluem que a ocorrência de múltiplas doenças crônicas (multimorbidade) estava concentrada nos indivíduos com menor escolaridade. Portanto, na clínica, deve-se ter um olhar multicausal sobre o processo saúde-doença, enfatizando os seus determinantes sociais.

Ainda na *tabela 1*, observa-se que 49,0% (20) dos avaliados eram portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 32,0% (13) apresentavam problemas de saúde mental, 29,3% (12) tinham Diabetes Mellitus (DM) e 27,0% (11) haviam sofrido, pelo menos, um episódio de Acidente Vascular Encefálico (AVE). Sobre o tratamento medicamentoso, 54,0% (22) faziam uso de 1 a 4 fármacos.

A HAS foi a doença mais frequente na amostra estudada. Brandão e Nogueira²⁵ salientaram que essa é uma condição decorrente

de inúmeros fatores; e, no Brasil, acomete cerca de 36 milhões de adultos, ou seja, 32,5% da população, com maior prevalência entre os homens, representando 50% das mortes por doença cardiovascular.

O segundo problema de saúde mais encontrado entre os usuários acompanhados pelas EqNasf do município estudado foi o comprometimento de saúde mental, como depressão, ansiedade, alcoolismo e esquizofrenia. Existe uma complexa e alta demanda relativa ao campo da saúde mental na ESF, que envolve questões como conflitos familiares, negligência ou ausência no cuidado de crianças, queixas escolares, dependência química e disfunções alimentares²⁶.

O DM também foi uma doença frequente entre os usuários incluídos neste estudo. Uma pesquisa, desenvolvida com pessoas com diabetes acompanhadas na ESF, evidenciou que houve prejuízo da QV dos indivíduos devido às complicações do DM²⁷. Por ser uma patologia crônica e sistêmica, para prevenção e retardo do aparecimento das possíveis complicações, como as neuropatias, retinopatias, amputações etc., recomenda-se a participação ativa dos usuários no processo de tratamento, com compartilhamento de metas e planos com os profissionais de saúde, tendo enfoque na manutenção ou na melhoria da QV desses indivíduos²⁸.

Por fim, o quarto problema de maior demanda para as EqNasf estudadas foram as sequelas após AVE, observadas em 27,0% (11) dos indivíduos, sendo 81,0% deles pessoas com HAS, sugerindo a forte relação entre essas patologias. Assim, para que haja o enfrentamento da HAS e a diminuição dos problemas cardiovasculares advindos dela, como é o caso do AVE, deve-se investir na ampliação da cobertura da ESF e na melhoria da qualidade do cuidado na APS²⁵, a partir de uma atenção integral e longitudinal das pessoas, com monitoramento das ações de saúde e do trabalho interprofissional dessas equipes.

Como visto, as DCNT representaram os problemas mais frequentes entre a população acompanhada pelas EqNasf estudadas, fato que pode justificar a alta porcentagem de indivíduos que faziam uso contínuo de pelo menos um medicamento, 78% da amostra. O sucesso na atenção em saúde para as DCNT aponta na direção de estratégias relacionadas com cuidado e educação em saúde e atividades de promoção à saúde, com a preocupação em conhecer a cultura local, a mudança de comportamento e a adoção de hábitos saudáveis que compreendam a terapêutica e o processo saúde-doença²⁹.

Tabela 1. Características de usuários assistidos de forma compartilhada por profissionais das EqNasf, janeiro a outubro de 2019, Brasil

Variáveis	% (n)
Sexo	
Feminino	53,6 (22)
Masculino	46,4 (19)
Faixa etária	
0 a 11 anos de idade (criança)	2,4 (1)
12 a 18 anos de idade (adolescente)	2,4 (1)
19 a 21 anos de idade (adulto jovem)	0,0 (0)
22 a 45 anos (adulto)	24,4 (10)
46 a 59 anos de idade (meia-idade)	24,4 (10)
≥ 60 anos de idade (idoso)	46,4 (19)

Tabela 1. Características de usuários assistidos de forma compartilhada por profissionais das EqNasf, janeiro a outubro de 2019, Brasil

Variáveis	% (n)
Escolaridade (a partir dos 10 anos)	
Sem escolaridade	7,3 (3)
Fundamental incompleto	51,0 (21)
Fundamental completo	7,3 (3)
Ensino médio incompleto	5,0 (2)
Ensino médio completo	12,0 (5)
Ensino superior incompleto	2,4 (1)
Não informado	15,0 (6)
Doença/condição de saúde*	
Acidente vascular encefálico	27,0 (11)
Amputação decorrente de diabetes mellitus	5,0 (2)
Diabetes Mellitus	29,3 (12)
Doenças reumáticas	7,3 (3)
Hipertensão arterial sistêmica	49,0 (20)
Lesão traumática	17,1 (7)
Obesidade	15,0 (6)
Outras condições neurológicas	19,5 (8)
Saúde mental	32,0 (13)
Outras	19,5 (8)
Medicamentos	
Nenhum	10,0 (4)
1 a 4	54,0 (22)
5 ou mais	24,0 (10)
Não informado	12,0 (5)

Fonte: elaboração própria.

*Pode haver mais de uma doença/condição de saúde para cada usuário.

No ano de 2019, o município estudado possuía 8 EqNasf, com um total de 44 profissionais, tendo a menor equipe formada por 4 especialistas, e a maior, por 7. Todos os especialistas foram convidados a participar desta pesquisa, porém, duas equipes não atenderam aos critérios de elegibilidade. Assim, 6 EqNasf participaram desta investigação, totalizando 28 especialistas, entre eles: 4 assistentes sociais, 4 fisioterapeutas, 3 fonoaudiólogos, 4 nutricionistas, 4 profissionais de educação física, 3 psicólogos e 6 terapeutas ocupacionais. Destes, 93,0% (26) eram do sexo feminino, com

média de idade de 34 anos, 29,0% (8) possuíam especialização na área de saúde pública e afins, 29,0% (8) tinham mestrado e outros 29,0% (8) eram especialistas em áreas clínicas específicas.

No diário de campo, os profissionais relataram sobre os aspectos facilitadores e dificultadores do processo de trabalho da EqNasf¹¹. Quanto aos facilitadores, 93,0% (26) afirmaram haver uma boa relação entre os profissionais das equipes, e 71,4% (20) mencionaram que suas formações/capacitações foram importantes para a atuação.

Como aspecto dificultador, o item materiais/estruturas físicas foi apontado por 100,0% (28) dos profissionais como precário. O transporte também foi considerado ruim por 71,4% (20) dos respondentes, no sentido de não haver disponibilidade deste para a realização do trabalho, divergindo de outro estudo que analisou dados resultantes da avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), cujos dados indicaram existir o veículo sempre ou na maioria das vezes para tais funções³⁰.

Essa contradição demonstrou que existem várias realidades no País quando se fala do processo de trabalho das eMulti. Fischborn e Cadoná³¹ salientaram que não se pode relativizar ou esquecer das condições da estrutura de trabalho, em um contexto de relações sociais e políticas, para que haja autonomia do profissional da área da saúde.

A *tabela 2* apresenta os profissionais envolvidos no cuidado compartilhado dos casos estudados.

Nas EqNasf, os terapeutas ocupacionais atuaram em 76,0% (31) dos casos, e os fisioterapeutas, em 41,5% (17) deles. Entre os profissionais das EqSF que compartilharam os atendimentos com os especialistas, os enfermeiros foram a segunda categoria profissional que mais participou, em 63,4% (26) dos casos.

O número expressivo de acompanhamentos clínicos com necessidade de atuação pelos terapeutas ocupacionais nesta pesquisa revela algumas impressões registradas no diário de campo. O processo de aplicação do instrumento RCaNasf foi facilitado pela prática cotidiana de trabalho dessa categoria profissional em realizar uma abordagem avaliativa integral da pessoa com observação de diversos componentes: mentais, sensoriais, auditivos, motores, sociais e ambientais, transitando por várias áreas de atuação, como educação, trabalho e saúde. Isso poderia indicar a necessidade de fortalecer a educação permanente dessas equipes com enfoque na clínica ampliada com vistas à implementação de práticas de cuidado cada vez mais integrais e colaborativas.

Tabela 2. Profissionais envolvidos no cuidado compartilhado dos casos estudados, janeiro a outubro de 2019, Brasil

Variáveis	% (n)
Profissionais das EqNasf envolvidos*	
Assistente social	24,4 (10)
Fisioterapeuta	41,5 (17)
Fonoaudióloga(o)	22,0 (9)
Nutricionista	27,0 (11)
Terapeuta ocupacional	76,0 (31)
Profissional de educação física	22,0 (9)
Psicóloga(o)	15,0 (6)
Profissionais das EqSF envolvidos*	
Dentista	15,0 (6)
Enfermeira(o)	63,4 (26)
Médica(o)	44,0 (18)

Fonte: elaboração própria.

EqNasf = Equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; EqSF = Equipes de Saúde da Família.

*Deve haver mais de um profissional envolvido no cuidado de cada usuário.

Pesquisadores³² aludiram um nó crítico para a efetivação do atendimento compartilhado de forma interprofissional relacionado com a gestão de equipe. Os autores apontaram a ocorrência das relações de poder, que perpassam as questões gerenciais, a composição das equipes e o planejamento das agendas. Assim, é necessário um enorme esforço para organizar o processo de trabalho das EqNasf, bem como ser permeável às mudanças, agindo de forma colaborativa com as EqSF e outros serviços na rede de atenção à saúde para alcançar um cuidado mais qualificado.

Artigo de Tavares³³ aponta que trabalhadores da EqNasf que se mostraram satisfeitos com a comunicação e a definição de responsabilidades entre os membros da equipe tiveram mais chances de avaliar positivamente o trabalho.

Mazza et al.³⁴ salientam questões relacionadas com a influência dos aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho, na forma de atuação e na integração do trabalho entre os profissionais das equipes matriciais e de referência. A colaboração clama por uma quebra de paradigmas, com substituição dos modelos assistenciais que privilegiam relações assimétricas de poder e práticas fragmentadas.

A resolutividade de equipes multiprofissionais e a produção de qualidade de vida dos usuários acompanhados

O objetivo do artigo foi fazer um recorte de avaliação em relação às ações clínico-assistenciais, uma das dimensões do apoio matricial dentro do processo de trabalho das equipes. Trata-se de escolha metodológica utilizando o instrumento RCaNaSf que enfoca essa dimensão, mas que prioriza uma abordagem integral e colaborativa dos profissionais, valoriza o processo de vida e adoecimento e o olhar do usuário. O RCaNaSf foi aplicado em situações cuja necessidade requeria o trabalho de mais de uma profissão, ou seja, que a condição de saúde do indivíduo solicitava um acompanhamento interprofissional.

Na *tabela 3*, visualiza-se a evolução dos casos acompanhados pelas EqNasf estudadas. Uma evolução positiva indica melhorias percebidas no estado clínico e/ou social do usuário ao longo das três avaliações. Por outro lado, a manutenção reflete a ausência de mudança no *status* inicial, e uma evolução negativa aponta retrocesso ou percepção de piora. A discrepância de alguns valores para usuários e/ou cuidadores e os profissionais de saúde pode estar relacionada com diferenças nas expectativas de mudanças entre eles.

Na parte 1 do RCaNaSf, foi observada uma evolução positiva ao comparar os dados da primeira e última avaliação, principalmente no componente FE, tanto na percepção dos profissionais, em 80,4% (33) dos casos, como na dos usuários, em 73,0% (30), corroborando os achados de uma tese de doutorado¹⁴, cujo estudo-piloto utilizou o RCaNaSf. No componente AP, essa melhoria foi constatada em 70,8% (29) dos casos na percepção dos profissionais, e em 58,5% (24), na dos usuários.

Os dados produzidos nesta pesquisa apontam que, na parte 2 do RCaNaSf, componente SFI, para os casos clínicos acompanhados, houve uma evolução positiva dos aspectos que foram identificados como dificultadores da condição de saúde, tanto na percepção dos profissionais, em 65,8% (27) dos casos, quanto na dos usuários, em 58,5% (24). Verificou-se também uma evolução positiva dos aspectos que já eram considerados facilitadores em 22,0% (9) e 14,6% (6) dos casos e manutenção em 65,8% (27) e 70,8% (29), na percepção dos profissionais e usuários, respectivamente (*tabela 3*).

Os aspectos facilitadores ou dificultadores são fatores que podem auxiliar ou prejudicar o desempenho funcional ou a QV do usuário avaliado¹⁴. Portanto, grande parte das questões que estavam dificultando a vida dos pacientes obteve melhora, e para aquelas que estavam facilitando, houve manutenção em sua maioria e, em alguma parte, até melhorias.

Ao considerar o conceito de resolutividade utilizado neste estudo e somando os

percentuais de evolução clínica, considerada positiva ou que manteve o quadro, nas duas partes, em cada um dos componentes do RCaNasf, verificam-se percentuais maiores ou iguais a 85,4% de alcance nos objetivos almejados, o que pode inferir sobre a QV relacionada com a saúde dos indivíduos¹¹.

Em cada um dos três componentes, houve uma pequena parcela de evolução negativa,

menor que 17,1% dos casos. Esse achado representa uma realidade para as condições clínicas dos indivíduos acompanhados neste estudo, pois, nas DCNT, pode ocorrer agudização dos eventos. Na HAS, fatores de risco, como DM, obesidade, dislipidemia, sedentarismo, tabagismo e consumo excessivo de bebidas alcoólicas, exacerbam essa condição clínica²⁵.

Tabela 3. Evolução dos casos acompanhados pelas EqNasf, por componente do RCaNasf, de acordo com a percepção dos profissionais e usuários, janeiro a outubro de 2019, Brasil

RCaNasf	Componente	Evolução (1ª e 3ª avaliação)	% (n)
Parte 1	FE – Profissional	Positiva	80,4 (33)
		Manteve	9,8 (4)
		Negativa	9,8 (4)
	FE – Usuário	Positiva	73,0 (30)
		Manteve	22,0 (9)
		Negativa	5,0 (2)
	AP – Profissional	Positiva	70,8 (29)
		Manteve	14,6 (6)
		Negativa	14,6 (6)
	AP – Usuário	Positiva	58,5 (24)
		Manteve	24,4 (10)
		Negativa	17,1 (7)
Parte 2	SFI (+) – Profissional	Positiva	22,0 (9)
		Manteve	65,8 (27)
		Negativa	12,2 (5)
	SFI (+) – Usuário	Positiva	14,6 (6)
		Manteve	70,8 (29)
		Negativa	14,6 (6)
	SFI (-) – Profissional	Positiva	65,8 (27)
		Manteve	22,0 (9)
		Negativa	12,2 (5)
	SFI (-) – Usuário	Positiva	58,5 (24)
		Manteve	29,3 (12)
		Negativa	12,2 (5)

Fonte: elaboração própria.

EqNasf = Equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; RCaNasf = Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; FE = Funções e estruturas do corpo; AP = Atividades e participação; SFI = Aspectos social, familiar e do indivíduo; (+) = Facilitadores; (-) = Dificultadores.

Ao analisar a *tabela 4* e considerar o conceito de resolutividade adotado neste estudo, observa-se uma evolução positiva para os casos acompanhados, pois a soma dos percentuais de manutenção e melhoria nas condições avaliadas, em cada componente, para cada EqNasf, foi igual ou superior a 60,0%¹¹.

Esses dados estão em consonância com uma tese de doutorado¹³, em que, na assistência, a resolutividade da EqNasf alcançou a proporção de 60,0% na categoria da psicologia, e percentuais acima de 70,0% para as outras categorias profissionais, evidenciando ampliação nas ações da APS.

A evolução negativa, representada por 40,0% no componente AP – Usuário, da Equipe 2 (*tabela 4*), foi identificada por meio da análise do banco de dados. Esse resultado ocorreu devido a dois casos clínicos, um deles na área de saúde mental, com dificuldades na interação e relacionamentos interpessoais e exacerbação das restrições na vida comunitária e social. A outra situação envolve um caso de seqüela decorrente de lesão traumática, com múltiplos comprometimentos já instalados, que levaram a isolamento social e restrição das atividades de lazer do indivíduo¹¹.

Outra observação relevante pode ser feita por intermédio da evolução negativa (33,3%) identificada em dois casos da Equipe 6, nos componentes AP – Profissional, SFI (–) – Profissional e Usuário. Os indivíduos acompanhados enfrentavam múltiplos agravos: um deles com doença degenerativa e transtornos associados à saúde mental, e o outro com doenças reumáticas, deficiência e problemas de saúde mental. Essas condições indicam a necessidade de um acompanhamento prolongado para potencializar os impactos positivos na vida dos usuários¹¹. Esse ponto é relevante por evidenciar os limites da eMulti do Nasf e reforçar a necessidade de intervenções em rede, integrando diversos serviços da APS e especializados, bem como do desenvolvimento de ações intersetoriais para abordar os determinantes sociais de saúde que afetam diretamente a resolutividade da atenção na APS.

Ao analisar a resolutividade conforme o perfil das EqNasf, percebe-se que, na Equipe 5, não há nenhuma evolução negativa (*tabela 4*), e ao revisar o banco de dados, nota-se que todas as categorias profissionais se envolveram nos casos ativamente e que, nessa equipe, os participantes possuem formação para atuação em áreas clínicas, saúde coletiva e saúde mental¹¹.

Tabela 4. Evolução dos casos acompanhados pelas EqNasf, de acordo com a percepção dos profissionais e usuários, por componentes do RCaNasf, janeiro a outubro de 2019, Brasil

RCaNasf	Componente	Evolução	EqNasf 1 (n = 9)	EqNasf 2 (n = 5)	EqNasf 3 (n = 5)	EqNasf 4 (n = 10)	EqNasf 5 (n = 6)	EqNasf 6 (n = 6)	Total (n = 41)
Parte 1	FE – Profissional	Positiva	77,8%	40,0%	80,0%	90,0%	100,0%	83,3%	80,4%
		Manteve	11,1%	40,0%	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	9,8%
		Negativa	11,1%	20,0%	20,0%	0,0%	0,0%	16,7%	9,8%
	FE – Usuário	Positiva	71,4%	20,0%	80,0%	90,0%	100,0%	66,6%	72,2%
		Manteve	28,6%	60,0%	20,0%	10,0%	0,0%	16,7%	22,2%
		Negativa	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	5,6%
	AP – Profissional	Positiva	66,7%	40,0%	80,0%	80,0%	100,0%	50,0%	70,8%
		Manteve	33,3%	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	14,6%
		Negativa	0,0%	20,0%	20,0%	20,0%	0,0%	33,3%	14,6%
	AP – Usuário	Positiva	28,6%	0,0%	75,0%	77,8%	100,0%	60,0%	58,3%
		Manteve	71,4%	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	25,0%
		Negativa	0,0%	40,0%	25,0%	22,2%	0,0%	20,0%	16,7%

Tabela 4. Evolução dos casos acompanhados pelas EqNasf, de acordo com a percepção dos profissionais e usuários, por componentes do RCaNasf, janeiro a outubro de 2019, Brasil

RCaNasf	Componente	Evolução	EqNasf 1 (n = 9)	EqNasf 2 (n = 5)	EqNasf 3 (n = 5)	EqNasf 4 (n = 10)	EqNasf 5 (n = 6)	EqNasf 6 (n = 6)	Total (n = 41)
Parte 2	SFI (+) - Profissional	Positiva	12,5%	60,0%	25,0%	10,0%	50,0%	0,0%	23,1%
		Manteve	87,5%	20,0%	50,0%	80,0%	50,0%	83,3%	66,7%
		Negativa	0,0%	20,0%	25,0%	10,0%	0,0%	16,7%	10,2%
	SFI (+) - Usuário	Positiva	100,0%	0,0%	75,0%	14,3%	0,0%	0,0%	15,0%
		Manteve	0,0%	100,0%	0,0%	85,7%	100,0%	100,0%	70,0%
		Negativa	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	15,0%
	SFI (-) - Profissional	Positiva	50,0%	60,0%	100,0%	70,0%	100,0%	33,4%	65,8%
		Manteve	37,5%	20,0%	0,0%	20,0%	0,0%	33,3%	21,0%
		Negativa	12,5%	20,0%	0,0%	10,0%	0,0%	33,3%	13,2%
	SFI (-) - Usuário	Positiva	40,0%	33,3%	75,0%	77,8%	66,7%	33,4%	59,3%
		Manteve	60,0%	66,7%	0,0%	11,1%	33,3%	33,3%	29,6%
		Negativa	0,0%	0,0%	25,0%	11,1%	0,0%	33,3%	11,1%

Fonte: elaboração própria.

EqNasf = Equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; RCaNasf = Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; FE = Funções e estruturas do corpo; AP= Atividades e participação; SFI = Aspectos social, familiar e do indivíduo; (+) = Facilitadores; (-) = Dificultadores; n = número de casos clínicos acompanhados por equipe.

A partir da soma das pontuações obtidas na 1ª e 3ª avaliação, foi calculada a média de cada componente do RCaNasf, o valor de *p*, resultando na obtenção da *tabela 5*. Quanto maior a média, maior a quantidade de subcategorias pontuadas ou qualificadas em cada componente¹⁴. As subcategorias são elementos de avaliação que revelam comprometimentos, dificuldades, facilitadores e obstáculos que interferem na funcionalidade do indivíduo.

A *tabela 5* confirma que a parte 1 do instrumento, nos componentes FE e AP, e a parte 2, componente SFI (-), foram as mais avaliadas, ou seja, comprometimentos e dificuldades revelados e barreiras qualificadas, respectivamente. Ao comparar as médias da 1ª e 3ª avaliação, verificou-se diferença estatística significativa (*p*-valor < 0,05), exceto para o

componente SFI (+), facilitador qualificado, que obteve *p*-valor > 0,05, tanto na percepção dos profissionais quanto na dos usuários, corroborando dados obtidos por estudo¹⁴ anterior. Ao analisar as médias da 1ª e 3ª avaliação nesse componente, observou-se manutenção dos valores, sugerindo que os aspectos facilitadores na vida dos indivíduos permaneceram estáveis, o que, de certa forma, é positivo para a resolutividade e a QV¹¹.

Para comparar os dados quantitativos desta pesquisa com outros estudos utilizando o mesmo instrumento, o RCaNasf, há apenas um estudo disponível¹⁴, destacando a necessidade de expandir a avaliação dos resultados da eMulti de maneira longitudinal para obter maiores evidências.

Tabela 5. Média e desvio-padrão das pontuações obtidas na 1ª e 3ª avaliação, por componente do RCaNasf, de acordo com a percepção dos profissionais das EqNasf e usuários, janeiro a outubro de 2019, Brasil

RCaNasf	Componente	Avaliação		p-Valor*
		Primeira	Terceira	
		Média (DP)	Média (DP)	
Parte 1	FE – Profissional	2,4 (0,7)	1,7 (0,8)	< 0,001
	FE – Usuário	2,7 (0,8)	1,7 (0,9)	< 0,001
	AP – Profissional	2,6 (0,8)	2,0 (1,1)	< 0,001
	AP – Usuário	2,9 (0,9)	2,2 (1,3)	0,001
Parte 2	SFI (+) – Profissionais	1,9 (0,7)	1,9 (0,6)	0,277
	SFI (+) – Usuários	1,7 (0,6)	1,7 (0,6)	0,481
	SFI (-) – Profissionais	2,6 (0,8)	2,1 (1,0)	0,001
	SFI (-) – Usuários	2,7 (1,0)	2,0 (1,3)	0,007

Fonte: elaboração própria.

RCaNasf = Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; EqNasf = Equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; FE = Funções e estruturas do corpo; AP = Atividades e participação; SFI = Aspectos social, familiar e do indivíduo; (+) = Facilitadores; (-) = Dificultadores; DP = desvio-padrão; p-valor = significância estatística (< 0,05).

*teste t pareado.

O RCaNasf pode facilitar a discussão dos casos entre EqNasf e EqSF ao favorecer um cuidado integral do indivíduo, por meio da identificação de aspectos da funcionalidade e do contexto de vida, registrando dificuldades e comprometimentos mencionados pelo usuário e pela avaliação dos profissionais de saúde que o acompanham. Isso permite mobilizar os recursos necessários para uma intervenção mais coerente¹¹.

O instrumento possibilita a visualização do usuário, incluindo suas queixas e condições de saúde, os fatores que facilitam e dificultam seu desempenho funcional e sua QV¹⁴ além de monitorar seu progresso ao longo do tempo. Isso pode resultar na definição compartilhada de metas e planos para abordar de maneira específica os processos clínico-assistenciais atuais¹¹.

Com as informações registradas e o acompanhamento realizado, os dados também podem ser utilizados pelos gestores e profissionais para evidenciar os resultados da atuação compartilhada dos profissionais da EqNasf com a EqSF, bem como revelar a complexidade das

condições de saúde e doença que envolvem o trabalho realizado.

Em princípio, com a atuação matricial da EqNasf, há melhorias na resolutividade e na integralidade da APS, contudo, carências em relação ao monitoramento podem levar ao desconhecimento dos fatores que levam à resolutividade dessas ações e à qualidade do cuidado³⁰.

Considerações finais

Os resultados reforçam que a abordagem interprofissional da EqNasf representa uma estratégia importante para o aumento da resolutividade na APS. Ao analisar os dados do RCaNasf, constatou-se que, em grande parte dos componentes avaliados, houve uma diferença positiva e estatisticamente significativa na evolução clínica dos indivíduos acompanhados pela EqNasf, alcançando uma resolutividade mínima de 83,3%.

O perfil dos usuários acompanhados neste estudo constituía, em sua maioria, pessoas

idosas, mulheres e que apresentavam doenças crônicas, como HAS e DM, além da grande frequência de condições associadas à saúde mental. Em relação ao perfil dos profissionais da EqNasf, observou-se a participação de todas as categorias, com destaque para a atuação dos terapeutas ocupacionais e dos fisioterapeutas na maioria das solicitações de atendimentos incluídos para acompanhamento clínico, seguidos pelos nutricionistas e pelos assistentes sociais. É fundamental ressaltar que os casos estudados refletem as necessidades de saúde da população nas áreas adscritas atendidas pelas EqSF, com suporte das EqNasf.

Na avaliação realizada pela EqNasf, observou-se que tanto a manutenção quanto a evolução positiva nos percentuais de resolutividade alcançaram valores mínimos de 60% por componente do instrumento RCaNasf. É importante destacar que houve EqNasf sem nenhum caso com piora clínica, enquanto outras equipes registraram percentuais de evolução negativa variando de 10% a 40%, indicando que os resultados das ações clínico-assistenciais da EqNasf demonstram uma contribuição positiva dos profissionais de saúde em suas diversas áreas de conhecimento, promovendo a resolutividade e melhorando a QV dos usuários acompanhados.

O estudo sugere a adoção do RCaNasf para o matriciamento dos casos compartilhados pelas EqNasf e com as EqSF, fortalecendo a prática da avaliação em saúde e enriquecendo o processo de trabalho. A integração

sistemática para o uso desse novo instrumento, na rotina do atendimento interprofissional da EqNasf, ocorreu ao longo de toda pesquisa, por intermédio das oficinas de matriciamento e discussões durante o acompanhamento dos indivíduos avaliados.

Em vista dessas acepções e diante da carência de dados comparativos com estudos longitudinais que demonstrem resultados quantitativos sobre a resolutividade da EqNasf, percebe-se a importância de ampliar o registro e as avaliações do trabalho realizado por essas equipes. Outrossim, é essencial observar diferentes contextos para fortalecer os objetivos estabelecidos nas normativas, visando à qualidade e à integralidade na APS, por meio do desenvolvimento de ações integradas na busca da efetivação das práticas em saúde.

Colaboradores

Damascena CG (0000-0002-5993-6933)* e Santos RC (0000-0002-4973-123X)* contribuíram em todas as fases para elaboração do manuscrito. Cabral DL (0000-0002-6570-9710)* contribuiu para revisão crítica do manuscrito. Albuquerque PC (0000-0001-8283-5041)* contribuiu para concepção, metodologia e conclusões do manuscrito. Sousa FOS (0000-0002-4482-3151)* contribuiu para revisão crítica e aprovação final da versão do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):38-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2019 nov 13; Edição 220; Seção I:97-99.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS 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, Brasília, DF*. 23 maio 2023; Edição 96-B; Seção I-Extra-B:11-13.
4. Bispo Júnior JP, Almeida ER. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(10):e00120123. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT120123>
5. Iacabo P, Furtado JP. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análises estratégica e lógica. *Saúde debate*. 2020;44(126):666-677. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012606>
6. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface (Botucatu)*. 2004;8(15):259-274. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000200006>
7. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
8. Oliveira KSD, Baduy RS, Melchior R. O encontro entre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e as equipes de Saúde da Família: a produção de um coletivo cuidador. *Physis*. 2019;29(4):e290403. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290403>
9. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MAD. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(2):345-351. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200019>
10. Nicola T, Pelegrini AHW. Avaliação em Saúde nos serviços de Atenção Primária no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *J Nurs Health*. 2018;8(1):e188102. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v8i1.11091>
11. Damascena CG. Avaliação da resolutividade clínico-assistencial dos núcleos de apoio à saúde da família no município de Jaboatão dos Guararapes-PE [dissertação]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2020. 109 p.
12. Nascimento CMB. A organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2014. 182 p.
13. Sousa FOS. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma avaliação da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2016. 155 p.
14. Cabral DL. Resolutividade clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: construção de um instrumento de medida para avaliação e monitoramento [tese]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2017. 154 p.
15. Kroeff RFS, Gavillon PQ, Ramm LV. Diário de campo e a relação do(a) pesquisador(a) com o campo-tema na pesquisa-intervenção. *Estud Pesqui Psicol*. 2020;20(20):464-480. DOI: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/52579>
16. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk (NY): IBM Corp; 2011. IBM Corp. IBM

- SPSS Statistics for Windows [Internet]. Versão 20.0. Armonk (NY): IBM Corp; 2011 [acesso em 2019 jan 11]. Disponível em: <https://www.ibm.com/products/spss-statistics>
17. Couch S, Kazan Z, Shi K, et al. A differentially private Wilcoxon signed-rank test. *arXiv* [cs.CR]. Reed College Mathematics Department; 2018; arXiv:1809.01635v1. DOI: <https://doi.org/10.48550/arXiv.1809.01635>
 18. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos 196/96, 303/2000 e 404/2008. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 dez 13; Seção I:59-62.
 19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2019 [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2019 [acesso em 2020 jan 31]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/jaboatao-dos-guararapes/panorama>
 20. Lira AC. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): uma avaliação da resolutividade [dissertação]. Recife: Instituto de Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2017. 98 p.
 21. Dietrich A, Colet CF, Winkelmann ER. Perfil de Saúde dos Usuários da Rede de Atenção Básica Baseado no Cadastro Individual e-SUS. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2019;11(5):1266-1271. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019v11i5.1266-1271>
 22. Silva AS, Fassarella BPA, Faria BS, et al. Envelhecimento populacional: realidade atual e desafios. *Glob Acad Nurs J*. 2021;2(supl3):e188. DOI: <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200188>
 23. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, et al. Socioeconomic inequalities related to noncommunicable diseases and their limitations: National Health Survey, 2019. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24(supl2):e210011. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210011.supl.2>
 24. Delpino FM, Wendt A, Crespo PA, et al. Occurrence and inequalities by education in multimorbidity in Brazilian adults between 2013 and 2019: evidence from the National Health Survey. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24(supl2):e210016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210016.supl.2>
 25. Brandão AA, Nogueira AR. Manual de hipertensão arterial. Rio de Janeiro: Socerj; 2018. 108 p.
 26. Klein AP, D'Oliveira AFPL. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(1):e00158815. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158815>
 27. Nóbrega LMB, Oliveira PS, Santos CLJ, et al. Características e qualidade de vida de pessoas com diabetes. *Rev Enferm UFPE Online*. 2019;13(5):1243-1252. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a238663p1243-1252-2019>
 28. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2019 abridged for primary care providers. *Clin Diabetes*. 2019;37(1):11-34. DOI: <https://doi.org/10.2337/cd18-0105>
 29. Medeiros LS, Pacheco RF, Medeiros MA, et al. O papel do cuidado com as Doenças Crônicas não Transmissíveis na Atenção Primária em Saúde: um olhar da Antropologia da Saúde. *Res Soc Dev*. 2021;10(12):e267101220250. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20250>
 30. Brocardo D, Andrade CLT, Fausto MCR, et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):130-144. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S109>
 31. Fischborn AF, Cadoná MA. Trabalho e autonomia dos trabalhadores em saúde: considerações sobre pres-

- supostos teórico e metodológicos de análise do trabalho em saúde. *Saude Soc.* 2018;27(1):227-237. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170719>
32. Melo EA, Miranda L, Silva AM, et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saúde debate.* 2018;42(esp1):328-340. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>
33. Tavares TT, Brito GEG, Andrade AJB, et al. Avaliação do trabalho em equipe nos núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica. *OLEL.* 2024;22(7):e5602. DOI: <https://doi.org/10.55905/oelv22n7-037>
34. Mazza DAA, Carvalho BG, Carvalho MN, et al. Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela? *Physis.* 2020;30(4):e300405. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300405>

Recebido em 03/11/2024

Aprovado em 20/01/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto

Cuidar-se e ser cuidada: gestantes na pandemia de covid-19

Caring and being cared for: Pregnant women in the COVID-19 pandemic

Thaís Sayuri Yamamoto¹, Claudia Bonan², Vania de Matos Fonseca², Andreza Pereira Rodrigues³, Ana Paula dos Reis⁴

DOI: 10.1590/2358-289820251459621P

RESUMO O drama sanitário e social vivenciado na pandemia de covid-19 teve impactos sobre serviços de saúde, trabalho, vida doméstica e social, gerando consequências nefastas para a vida reprodutiva das mulheres. Este artigo apresenta resultados de um estudo qualitativo realizado a partir de entrevistas narrativas com 31 mulheres, que viveram gestações entre 2020 e 2021. O objetivo foi compreender como a pandemia afetou sua vivência da gravidez e suas condições de cuidado. Embora fossem esperados desafios quanto ao acesso e à qualidade da assistência, a atmosfera de medo e insegurança provocada pela desinformação e pela irresponsabilidade das ações do governo federal tiveram um impacto deletério inefável em suas vidas. Os efeitos sobre a cotidianidade, a sociabilidade e o trabalho das mulheres se desdobraram em sobrecarga, exaustão, insegurança, solidão, medo e angústia, com imensas repercussões físicas e psicoemocionais.

PALAVRAS-CHAVE Saúde reprodutiva. Direitos sexuais e reprodutivos. Iniquidade social. Covid-19.

ABSTRACT *The health and social drama experienced during the COVID-19 pandemic impacted health services, work, household, and social life, generating harmful consequences for women's reproductive lives. This article presents the results of a qualitative study based on narrative interviews with 31 women who experienced pregnancies between 2020 and 2021. This work aimed to understand how the pandemic affected their experience of pregnancy and their care conditions. Although challenges regarding access and quality of assistance were expected, the atmosphere of fear and insecurity caused by misinformation and the irresponsibility of the federal government's actions had an indescribable deleterious impact on their lives. The outcomes on women's daily lives, sociability, and work resulted in overload, exhaustion, insecurity, loneliness, fear, and anguish, with immense physical and psycho-emotional repercussions.*

KEYWORDS *Reproductive health. Reproductive rights. Social inequity. COVID-19.*

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária (DMIFC) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. bonanclaudia@gmail.com

³Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.



Introdução

No início de 2020, eclodiu a pandemia de covid-19, emergência de saúde que desencadeou uma crise sanitária e social de abrangência mundial. Em março daquele ano, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro confirmou a transmissão comunitária do novo coronavírus em território nacional. A partir de então, foram iniciadas medidas de proteção, como distanciamento social, proibição de aglomerações, uso de máscaras, entre outras, para prevenir o contágio pelo vírus Sars-CoV-2, até então desconhecido no Brasil e no mundo.

Na contramão das recomendações de autoridades sanitárias nacionais e internacionais, as respostas do governo federal do Brasil à pandemia foram pautadas pelo negacionismo científico, pela ideologização e desqualificação das medidas protetivas¹⁻³. Em meio a um cenário caótico e descoordenado, governos estaduais e municipais conduziram a crise sanitária em seus territórios, alinhados ou não à perspectiva das autoridades federais, com muitas dificuldades para os últimos¹⁻³. Com isso, o País somou 23 milhões de casos e 700 mil mortes por covid-19 em pouco menos de dois anos de pandemia⁴.

Logo após o decreto da emergência sanitária mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou a manutenção de serviços de saúde sexual e reprodutiva, considerados essenciais⁵. Seguindo orientações internacionais, o MS incluiu todas as gestantes e puérperas no grupo de risco para o novo coronavírus e, em junho de 2020, a Coordenação de Saúde da Mulher lançou nota técnica para orientar e garantir o funcionamento dos serviços sexuais e reprodutivos, incluindo o acesso a métodos contraceptivos e aborto legal⁶. Contudo, o próprio Presidente da República foi contra a medida, ordenou a suspensão da nota e os técnicos responsáveis foram exonerados^{7,8}. Estudos mostraram que as consequências foram nefastas para a vida reprodutiva das mulheres, com barreiras para acessar cuidados no pré-natal, parto e

puerpério e comprometimento da qualidade da atenção ofertada durante os anos mais críticos da pandemia⁹⁻¹³.

Por trás dessas estatísticas, podemos vislumbrar nuances do drama sanitário e social vivenciado nos anos pandêmicos. Houve um aumento vertiginoso na razão de mortalidade materna no Brasil, de 55 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos, em 2019, para 108 óbitos, em 2021¹⁴. Foram 549 óbitos maternos por covid-19 em 2020 e 1519 em 2021¹⁴.

Há ainda dois aspectos relevantes à temática da gestação e covid-19. Primeiro, os vieses raciais no modo como a pandemia afetou os cuidados em saúde reprodutiva das mulheres. Gestantes e puérperas pardas e pretas, com síndrome respiratória aguda grave por covid-19, tiveram menos acesso a cuidados intensivos e maior letalidade quando comparadas às brancas^{15,16}. O segundo aspecto é como a pandemia afetou a saúde mental das gestantes, com comprometimento das suas condições de cuidado^{17,18}.

Este artigo apresenta resultados de um estudo realizado com mulheres que gestaram entre os anos de 2020 e 2021, período que recobre fases distintas da pandemia de covid-19. Seu objetivo foi compreender como a crise sanitária e social – com seus impactos sobre serviços de saúde, trabalho, vida doméstica e social – afetou a vivência e as condições de cuidado dessas mulheres, durante a gestação.

As fases da pandemia

A dinâmica epidemiológica da pandemia e seus impactos e desafios, coletivos e individuais, se transmutaram ao longo do tempo. No Brasil, com base no sistema MonitoraCovid-19¹⁹, Barcellos e Xavier²⁰ propuseram uma divisão da pandemia em cinco fases, segundo positividade de testes diagnósticos, número de casos, de óbitos e de pessoas com ao menos duas doses de vacinas. Entre março e agosto de 2020, a primeira fase foi caracterizada pela expansão da transmissão das capitais para o interior, subnotificação de casos, medidas mais

rígidas de confinamento, avalanche de desinformação e poucos conhecimentos seguros sobre os impactos da covid-19 para gestantes e fetos^{20,21}. Em julho de 2020, o Brasil representava 77% das mortes de mulheres gestantes ou puérperas por covid-19 no mundo²².

A segunda fase (setembro/2020 a janeiro/2021) foi marcada pela estabilização dos indicadores de transmissão, a despeito do número elevado de casos e mortes pela doença²⁰. Os meses de má administração pública levaram a crises nos sistemas de saúde locais, como a ocorrida em Manaus²³.

A terceira fase (fevereiro a junho/2021) teve início após a chegada da vacinação contra a covid-19 para a população de risco, à qual gestantes e puérperas sem comorbidades só passaram a fazer parte em maio de 2021²⁰. A predominância da variante Gama e o quadro de desassistência à saúde foram responsáveis pela mais mortal ‘onda’ da pandemia no País, não só pela doença em si, mas pelas condições crônicas negligenciadas durante a pandemia²⁰.

Apesar das tentativas do governo federal para desacreditar os imunizantes, a vacinação levou à redução no número de internações e óbitos, que marcaram a quarta fase (julho a novembro/2021)²⁰. Nesse período, já se sabia que a covid-19 não causava malformações, como a Zika, nem afetava a amamentação²⁴.

A rápida difusão da variante Ômicron causou acelerado aumento no número de casos e de ocupação de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) na quinta fase (dezembro/2021 a março/2022). Entretanto, taxas de mortalidade mais baixas entre pessoas com pelo menos duas doses da vacina comprovaram sua eficácia e trouxeram alívio a gestantes, puérperas e população geral²⁰. Em abril de 2022, o MS declarou o fim da emergência de saúde pública no País.

Metodologia

Estudo qualitativo desenvolvido com material da pesquisa ‘Pandemia de Covid-19 e práticas

reprodutivas de mulheres no Brasil’, realizada entre 2021 e 2023, pelo Grupo de Pesquisa Gênero, Reprodução e Justiça (RepGen), uma parceria entre Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Na primeira fase dessa pesquisa houve a circulação nacional de questionário on-line, respondido por 8.313 mulheres, de 18 anos ou mais, entre julho e outubro de 2021. Dessas, 674 mulheres estiveram grávidas em algum período da pandemia e, dessas, 324 haviam tido partos.

Na segunda fase, foram realizados estudos qualitativos com subgrupos de mulheres respondentes, para compreender as vivências de situações específicas de saúde reprodutiva. Neste artigo, apresentamos resultados do estudo de narrativas realizado a partir de 31 entrevistas em profundidade com mulheres que gestaram e pariram em algum momento da pandemia de covid-19. A análise de narrativas permite compreender aspectos coletivos da experiência, a partir das histórias singulares, reconstituir os acontecimentos, as interações e a agência dos sujeitos, as forças sociais que condicionaram as experiências e os sentidos produzidos pelas pessoas que as viveram²⁵.

Para compor o universo do estudo, buscou-se contemplar aspectos variados, incluindo mulheres que utilizaram serviços públicos e privados, gestaram em fases distintas da pandemia, moravam em capitais e cidades mais periféricas ou interioranas, além da diversidade étnico-racial e etária. As entrevistas foram guiadas por pauta temática abrangendo questões como intenções reprodutivas; recepção da gravidez pela mulher e familiares; cuidados pré-natal e preparação para o parto; cuidados no parto e no pós-parto; vida doméstica e trabalho remunerado durante a gravidez.

Após leituras intensivas das entrevistas, emergiram núcleos temáticos que foram reunidos em dois blocos de resultados, ilustrados por trechos em que as mulheres foram identificadas com nomes fictícios e dados de faixa etária, raça/cor e utilização do setor privado ou público.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sob o CAAE 39133020.8.0000.5091 – Parecer: 4.695.062, e foram cumpridos os princípios éticos em conformidade com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde²⁶.

Cuidar-se e ser cuidada: gestantes na pandemia de covid-19

O grupo estudado foi composto por 54.8% de mulheres negras e 45.2 % de brancas. A maioria tinha 30 anos de idade ou mais (71%) e ensino superior completo (71%). Exceto uma, todas estavam em relacionamentos estáveis (casamento ou união). Quatro disseram ser ‘donas de casa’, cinco estudantes, oito funcionárias públicas, sete trabalhavam com carteira assinada, quatro por ‘conta própria’, duas estavam desempregadas e uma era empresária.

A gravidez não foi planejada pela maioria das mulheres da pesquisa, comportamento reprodutivo que não difere do período pré-pandêmico, quando foi estimado que 55% dos nascimentos no Brasil não foram planejados²⁷. Contudo, a descoberta da gravidez foi considerada evento positivo, sendo aceita e comemorada pela mulher, seu parceiro e familiares.

O medo foi sentimento citado em todas as entrevistas, manifestado de várias formas: medo de morrer, de abortar, da criança nascer doente ou morrer, de se contaminar e passar a doença para outros, de perder familiares por covid-19.

Esse era o maior medo, de você acabar pegando o covid e gerando as consequências, de aborto mesmo ou morte, ou alguma complicação séria que eu viria a ter. (Paula, 18-24, parda, SUS).

A lembrança da epidemia de Zika (2015-2016) trouxe mais apreensões, pois temeram que o novo coronavírus também causasse

malformações. A notícia de que a covid-19 não afetava o desenvolvimento fetal trouxe alívio.

Quando descobri que eu tava [com covid-19], eu não tive tanto medo, eu fiquei aliviada. Eu tava com medo que fosse Zika ou Chikungunya. (Gabriela, 30-39, branca, SUS e privado).

Para as que viveram a gestação na 3ª fase da pandemia, quando houve maior número de mortes, inclusive de gestantes, aos medos foram somados os desgastes do confinamento. As gestantes que já eram mães se sentiram física e emocionalmente exaustas. Ter tempo e energia para cuidar de si, com outros filhos e familiares em casa para cuidar, foi um desafio.

Eu me sinto emocionalmente exausta. Como dar conta disso? Não no medo da doença em si, mas nessa mudança do confinamento, do cuidado com a Beca [filha de 5 anos], do cuidado comigo, da falta de tempo para cuidar de mim, na verdade. (Gabriela, 30-39, branca, SUS e privado).

Em que pese os medos e a exaustão, as mulheres buscaram os serviços de saúde e seguiram as rotinas do cuidado pré-natal. Os dados de nossa pesquisa de origem indicaram níveis de adequação do pré-natal similares aos anos anteriores à pandemia, com 94% de acompanhamentos iniciados no 1º trimestre e 75% com mais de sete consultas⁹.

Houve relatos de dificuldade de acesso aos serviços de saúde entre mulheres que viviam em cidades do interior ou periferias, mas não nos grandes centros. Entre usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), dificuldades de agendamento de consultas e exames, remarcações e troca de médicos e atendimentos somente por enfermagem não foram vistos como problemas exclusivos da conjuntura sanitária. Algumas relataram situações semelhantes em gestações anteriores e relacionaram a deficiências crônicas dos serviços públicos de saúde.

E aí o pessoal vai dizer que isso é da pandemia, mas não é, porque eu também não consegui fazer

nenhum exame pelo SUS, na época que tive minha outra filha. (Flávia, 30-39, parda, SUS).

Assim como em outro estudo¹⁰, os momentos de sair de casa para consultas e exames eram tensos para as mulheres. O problema não era o local de atendimento, mas o risco de contaminação nos transportes públicos, corredores e elevadores. Fora das capitais e grandes centros, muitas foram compelidas a procurar cuidado em locais distantes do domicílio.

De maneira geral, particularmente no primeiro ano, a percepção das mulheres estudadas foi de piora da qualidade do acompanhamento pré-natal, causada pelas medidas de prevenção contra a covid-19. A pressa com que eram realizadas as consultas, para diminuir o tempo de permanência nos serviços de saúde, aumentava a sensação de medo e insegurança.

Era um atendimento muito rápido, muito corrido. [...] Grávida fica com um monte de coisa na cabeça, um monte de receio, um monte de medo, parecia até meio desumano. (Marília, 30-39, parda, privado).

Algumas entrevistadas começaram o pré-natal no SUS, pelo maior estímulo ao parto vaginal e à amamentação. Porém, desistiram devido ao excesso de pessoas nas unidades públicas, mais uma amostra do colapso sanitário brasileiro²⁸. A adesão às medidas protetivas contra a covid-19 também foi um tema controverso entre as usuárias do SUS, com maior percepção de rigor antes da vacinação e dentro dos consultórios, mas não depois e nas áreas comuns.

Eu ia nos lugares, eram pessoas com a máscara no queixo, amontoadas na sala de espera. [...] Eu gostava do pré-natal pelo SUS, mas eu não continuei no SUS por conta disso, por me sentir desprotegida em relação à pandemia. (Gabriela, 30-39, branca, SUS e privado).

Estudos brasileiros e internacionais apontaram retrocessos na assistência pré-natal, entre 2020 e 2021, com redução do número

de consultas, início tardio do acompanhamento, dificuldades para realização de exames e barreiras aos acompanhantes^{11-13,29,30}. As entrevistadas também citaram essas barreiras no sistema público e nas primeiras fases da pandemia. Nos serviços privados, as barreiras foram eventuais, para exames.

A única coisa muito chata foi que eu tinha que fazer tudo sozinha, em todos os lugares, tanto no posto, quanto no particular. (Larissa, 30-39, parda, SUS e privado).

Direitos foram cerceados sob pretexto de prevenir a exposição ao vírus, deixando as mulheres desamparadas⁹. Usuárias de serviços privados perceberam que a pandemia foi mais um subterfúgio para os médicos pressionarem para a realização da cesariana.

Acho que a pandemia só serviu para os médicos fazerem um pouco mais de terrorismo com as mães, para forçar uma cesárea. (Glória, 18-24, branca, privado).

No SUS e no privado, o papel dos profissionais de saúde assistentes de informar e orientar as mulheres nas questões específicas da gravidez no contexto pandêmico foi, no mínimo, tímido. Em 2020, pesquisa com grávidas e puérperas, de todas as regiões do País, apontou que 31% delas não tiveram orientação profissional sobre riscos da covid-19 e cuidados preventivos na gravidez, 56% não se sentiram bem-informadas sobre o risco de contágio para o recém-nascido e 41% avaliaram não estar bem-informada sobre os riscos específicos para a gestação³¹.

Entre as entrevistadas, apenas cinco mulheres referiram ter recebido informações específicas da equipe de saúde durante o pré-natal, parto e puerpério. Em vista disso, as fontes principais de informação citadas foram páginas da internet, sobretudo redes sociais de grandes veículos de comunicação, institutos de pesquisa, governos e organismos internacionais, assim como perfis de médicos e outros profissionais de saúde, inclusive negacionistas, como a médica Nise Yamaguchi.

A disseminação de notícias falsas ou contraditórias e o excesso de informações catastróficas, no início da pandemia, acarretaram temores e insegurança a toda população brasileira³². Como consequência, algumas mulheres do estudo pararam de assistir notícias e buscar informações. Desconhecimento da doença, informações desencontradas e desinformação marcaram esse período da história, tendo repercussões na saúde física e mental das gestantes e da população como um todo^{17,18}.

Eu buscava não assistir muita notícia porque eu não queria ficar mais assustada do que eu já estava. [...] Tinha visto matérias de grávidas morrendo e tendo complicações seríssimas na gravidez, por conta da covid. Isso me assustou muito, isso fez eu ficar ainda mais reclusa dentro de casa. (Elza, 30-39 anos, preta, privado).

A falta de informações seguras e o regime de urgências e prioridades estabelecido no início da pandemia poderiam justificar o papel pífio dos profissionais de saúde. No entanto, mesmo mulheres que gestaram em fases mais tardias, quando já havia informações consolidadas sobre a doença e seus riscos para a gestação, não receberam instruções apropriadas.

Eu perguntava pro meu médico 'Médico, e aí, esse negócio da pandemia e não sei o quê?', e ele também não tinha informação nenhuma. Também não era culpa dele, era novo pra todo mundo. Mas ele não me passava calma nenhuma naquele meio todo. Então, foi assim um pesadelo tudo. (Inês, 25-29 anos, parda, SUS).

Por outro lado, o início da vacinação contra a covid-19 trouxe alívio e esperança para grande parte da população brasileira e das mulheres da pesquisa, que reportaram confiança e fizeram uso assim que permitida. Somente uma mulher, com escolaridade alta, acompanhada no serviço privado, não se vacinou durante a gestação, exemplificando o efeito da desinformação. Considerou o imunizante experimental, seu médico assistente contraindicou

e ainda seguia médicos antivacina nas redes sociais, como a citada Nise Yamaguchi.

Na minha idade, eu prefiro escolher o risco da covid. Se eu tivesse 60 anos, aí eu não sei o que eu ia balancear, e talvez eu tivesse outra [posição]. (Bruna, 25-29, parda, privado).

Outras duas situações de contraindicação à vacinação ocorreram no sistema privado, mas não no público. As mulheres se vacinaram, assumindo sozinhas a responsabilidade pelo seu cuidado.

Era por minha conta e risco. Se eu quisesse, tomava a vacina, mas ela não aconselhava porque ainda não tinha dados suficientes para grávidas, para dizer se era efetivo. (Marília, 30-39, parda, privado).

Segundo dados do Observatório Obstétrico Brasileiro, em março de 2022, apenas 40,3% das gestantes e puérperas estavam totalmente vacinadas contra a covid-19³³. Em revisão de literatura internacional³⁴, contar com o profissional de saúde como principal fonte de informação foi considerado um fator associado a opiniões e atitudes favoráveis de gestantes quanto à vacina. Isto é, apesar da pouca orientação profissional recebida, a adesão à vacina no grupo estudado foi alta.

Resultados deste estudo vão ao encontro da literatura produzida sobre as condições de cuidado no ciclo gravídico-puerperal no período pandêmico^{9-18,29-31,34-37}. Para as entrevistadas que haviam vivenciado gestações antes da pandemia, no processo de cuidar-se e ser cuidada, eram esperadas preocupações e medos quanto à saúde do feto, bem como desafios em relação ao acesso e à qualidade da assistência, particularmente nos serviços públicos. Porém, a atmosfera de medo e insegurança provocada pela irresponsabilidade das ações do governo federal e pela disseminação de notícias falsas, aliada à desinformação por parte dos profissionais de saúde, tiveram um impacto deletério inefável na vida dessas mulheres.

Cotidianidade, sociabilidade e trabalho das gestantes na pandemia de covid-19

No início da pandemia, não somente medidas de distanciamento social e proibição de circulação foram mais rígidas, como pouca se sabia sobre os riscos da doença para gestante e feto²¹. Eventos sociais e familiares foram suspensos, encontros públicos proibidos, e, principalmente, pessoas dos grupos de risco foram orientadas a ficar em casa.

As entrevistadas que puderam optar pelo isolamento estrito, para evitar a contaminação de si e de outras pessoas, como pais idosos, assim o fizeram. Algumas tiveram que morar com a família ampliada, submetendo-se às regras da casa onde residiam, por vezes em ambientes que não respeitavam os protocolos de proteção.

Tinha essa preocupação de pegar covid e uma pressão um pouco assim maior da minha família de não se isolar completamente. [...] Mas como eu estava na casa da minha mãe, não podia negar, não podia impedir. (Paula, 18-24, parda, SUS).

O afastamento da família e dos amigos, a ausência de convívio com colegas de trabalho, comunidade religiosa e outras gestantes foram motivos de pesar para as mulheres, que lamentaram a perda dos rituais de sociabilidade: partilha da gestação em família, chá de bebê, sessões fotográficas e visitas ao recém-nascido.

Foi solitária a gestação, foi solitário o parto. [...] Desde o enxoval ao parto na maternidade, sem apoio, sem visitas, sem a festa que a gente tinha antigamente. (Helena, 40+, branca, privado).

Independente do arranjo doméstico e familiar, a solidão foi tema recorrente. Sem possibilidade de interação presencial, as mulheres se sentiram isoladas. Algumas recorreram à modalidade virtual de comunicação para mitigar a solidão e ter espaço para falar de si, da gestação, dos medos e desejos próprios

dessa fase da vida. Elas participaram de grupos de gestantes, aulas de ioga, exercícios físicos e até cultos religiosos online.

Eu, desde a gravidez, da descoberta, comecei a participar de grupos de Facebook e em aplicativos. [...] Faz bem para mim ver outras mulheres, outras mães que estão na mesma situação. (Nízia, 30-39, branca, privado).

Para além das adaptações individuais às restrições, o impacto da pandemia na vivência da gestação variou segundo marcadores sociais de diferença. A crise sanitária escancarou a fragilidade e a parcialidade dos direitos das mulheres e as injustiças raciais, de classe e de gênero^{9,18}. O depoimento de uma entrevistada evidencia como a condição de ser mulher negra foi um fator estressor extra na experiência de gestar no meio de uma pandemia.

Sempre que eu chego nos lugares, o que chega primeiro é que eu sou preta, e depois as outras informações. Então, para a gente, a situação da vulnerabilidade acaba sendo maior. E aí, a questão do cuidado, que a gente não é tão cuidada quanto as da raça branca. (Amanda, 25-29, preta, SUS).

Desemprego, sobrecarga doméstica, violência e transtornos psicoemocionais também foram mais frequentes entre mulheres negras e periféricas, agravando o impacto da pandemia para grupos previamente vulnerabilizados^{15,16,30,32,36,37}. Ainda, pesquisas nacionais apontaram como fatores associados à pior evolução da covid-19 a baixa escolaridade e o local de residência^{36,37}. Municípios com menos recursos de saúde e econômicos apresentaram taxas mais elevadas de incidência e mortalidade pela doença entre gestantes³⁸, corroborando as narrativas de mulheres desta pesquisa, residentes em cidades do interior ou periferias, sobre problemas de acesso e qualidade da atenção recebida durante a pandemia.

Dentro e fora do Brasil, as mulheres ficaram mais desempregadas e tiveram maior perda de rendimento devido à pandemia^{29,36}. Nesta

pesquisa, os parceiros das entrevistadas mantiveram ou aumentaram seus rendimentos, enquanto a maioria delas os manteve ou perdeu com a crise sanitária. Mesmo para aquelas que se mantiveram em trabalho remoto e sem perda de renda, o medo do desemprego foi um sentimento constante, diante das incertezas do período.

Eu já ficava, assim, estressada. Porque veio muita coisa. [...] Era medo de acontecer alguma coisa com a gravidez, medo do meu outro filho pegar antes da vacina, medo de ficar desempregada. (Cecília, 40+, preta, SUS).

Nesse sentido, as desigualdades sociais se fizeram perceber entre as mulheres. As mais privilegiadas, do ponto de vista do vínculo trabalhista e da renda, usufruíram da possibilidade do trabalho remoto, flexibilização de horários de trabalho, diminuição do desgaste pelo deslocamento, enfim, da prerrogativa de se cuidar e se preparar melhor.

Eu tive a oportunidade de passar todo o período da minha gestação trabalhando de casa. Então, eu tinha uma flexibilidade muito maior em termos de horários, para eu poder conseguir fazer minhas consultas, fazer fisioterapia, me preparar, em geral. (Rosa, 30-39, parda, privado).

O fechamento de creches e escolas, logo no início da pandemia, levou crianças e jovens não só a perderem a interação social nesses espaços, como a terem que fazer tarefas escolares em casa³⁸. Em consonância com a literatura nacional e internacional^{30,38-42}, nossas entrevistadas se viram às voltas com a ‘sobrecarga’ do trabalho do cuidado, representado pelo acúmulo de tarefas domésticas e de cuidados dos filhos.

Então, acho que a pandemia também deixou essa lição aí. As crianças sofreram muito e as mães sobrecarregaram junto. (Cátia, 30-39, branca, privado).

A pandemia ampliou e acentuou as desigualdades no que diz respeito à divisão sexual do trabalho. Enquanto os parceiros ficavam responsáveis pelas compras e atividades fora de casa, as mulheres continuaram a assumir predominantemente as responsabilidades domésticas, acrescidas das tarefas decorrentes do contexto pandêmico, como acompanhamento escolar dos filhos e cuidados extras de higiene, levando à redução do tempo dedicado ao trabalho remunerado, ao desenvolvimento profissional, mas também ao lazer³⁸⁻⁴².

Meu marido podia ter apoiado mais. A gente se dá super bem. Graças a Deus, é um casamento muito bom, mas ele podia ter me apoiado mais. (Cecília, 40+, preta, SUS).

Muitas mulheres se sentiram mais apoiadas por outras, como mães, sogras e empregadas domésticas. Contudo, principalmente na 1ª fase da pandemia, nem esse auxílio tiveram, pois as restrições de circulação fizeram com que muitas famílias dispensassem a ajuda terceirizada para os cuidados domésticos e diminuíssem a rede de apoio.

Porque também não tinha quem viesse. A gente não recebia ninguém em casa, porque qualquer pessoa que viesse ajudar, ela vinha de ônibus. (Helena, 40+, branca, privado).

O convívio dos casais e famílias dentro dos lares, intensificado de maneira súbita e prolongada, gerou tensões, deixando algumas mulheres ‘sem espaço para respiro’. Crises nos relacionamentos conjugais, iniciadas ou intensificadas pelas circunstâncias, trouxeram tensões adicionais à experiência da gravidez, já repleta de medos, ansiedade e exaustão.

Eu não tinha mais escape. Sabe aquele momentinho ali de escape? Não tinha mais. Porque é só dentro de casa, eu, meu marido e os meus filhos. (Cecília, 40+, preta, SUS).

Eu poderia dizer que meu casamento estava em crise nesse período, mas eu nem consigo nomear como crise, porque é isso: a pandemia atravessando o casamento. Então, até onde é o casamento que está em crise e até onde o casamento está em pandemia? (Gabriela, 30-39, branca, SUS e privado).

Os efeitos da pandemia de covid-19 sobre a cotidianidade, a sociabilidade e o trabalho das mulheres se desdobraram em sobrecarga, exaustão, insegurança, solidão, medo e angústia, com imensas repercussões físicas e psíquico-emocionais para as gestantes. Mulheres negras, pobres e periféricas sofreram com o agravamento de vulnerabilidades pré-existent.

Considerações finais

O corpo de conhecimentos sobre a experiência de gestar, parir e puerperar no Brasil, durante a pandemia de covid-19, incluindo as condições dadas para as mulheres se cuidarem e os cuidados recebidos pelos serviços de saúde, ainda está em construção. Entre impactos coletivos de ordem sanitária, social, econômica, cultural e política e impactos de ordem privada, pessoal e subjetiva, foram múltiplos os aspectos que contornaram as vivências das mulheres e imprimiram heterogeneidade às suas experiências.

O presente estudo traz contribuições a esse conhecimento ao jogar luz sobre os modos como as condições de cuidados de mulheres gestantes foram afetadas, segundo dinâmicas epidemiológicas da pandemia, em suas várias fases; pelas respostas governamentais caóticas

à crise sanitária; pela ausência ou imprecisão das informações prestadas por parte de profissionais de saúde e governo federal; pelas diferenças de acesso aos cuidados, de acordo com a utilização de serviços de saúde públicos ou privados, e conforme residência em capitais e grandes centros ou interior e áreas rurais; e, por fim, pelas desigualdades de gênero, classe e raça.

Neste momento, em que a Política Nacional de Cuidados⁴³ foi aprovada, expandindo a compreensão de que para superar crises e enfrentar emergências que espreitam nossos horizontes – sanitárias, climáticas, econômicas e sociais – é necessário valorizar o trabalho do cuidado e compartilhá-lo, em todas as suas dimensões, torna-se fundamental mergulhar no conhecimento daquilo que foi talvez o maior desafio comum que a humanidade viveu nos últimos séculos – a pandemia de covid-19 – e extrair dele pistas sobre como podemos reorganizar a reprodução social da vida.

Colaboradoras

Yamamoto TS (0000-0002-1816-2898)* contribuiu para a concepção do trabalho, a coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Bonan C (0000-0001-8695-6828)*, Fonseca VM (0000-0002-5452-7081)*, Rodrigues AP (0000-0002-1873-5828)* e Reis AP (0000-0002-6750-0187)* contribuíram igualmente para a concepção do trabalho, a coleta, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Campos GWDS. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. *Trab educ saúde*. 2020;18(3):e00279111. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00279>
2. Giovanella L, Medina MG, Aquino R, et al. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. *Saúde debate*. 2020;44(126):895-901. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012623>
3. 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):1277-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.10502022>
4. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Coronavírus Brasil Versão 2. Brasília, DF: MS; 2019 [acesso em 2024 mar 27]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
5. World Health Organization [Internet]. Genebra: WHO; 2019. COVID-19: operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak: interim guidance. 2020 mar 25 [acesso em 2024 mar 14]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331561>
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação-Geral de Ciclos da Vida, Coordenação da Saúde da Mulher. Nota Técnica N° 16/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Acesso à saúde sexual e reprodutiva no contexto da pandemia da Covid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.489, de 04 de junho de 2020. Exonera Flávia Andrade Nunes Fialho do cargo de Coordenadora de Saúde das Mulheres, da Coordenação-Geral de Ciclos da Vida, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2020 jun 5; Seção II:32.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.490, de 04 de junho de 2020. Exonera Danilo Campos da Luz e Silva do cargo de Coordenador de Saúde do Homem, da Coordenação-Geral de Ciclos da Vida, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2020 jun 5; Seção II:32.
9. Bonan C, Reis AP, Macedo U, et al. Saúde, reprodução e sexualidade nos tempos da COVID-19: memórias incorporadas das mulheres no Brasil. *Cad Ibero-Am Direito Sanitário*. 2024;12(4):103-19. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v12i4.1007>
10. Lamy ZC, Thomaz EBAF, Silva-Junior AG, et al. Experiences of women in prenatal, childbirth, and postpartum care during the COVID-19 pandemic in selected cities in Brazil: the resignification of the experience of pregnancy and giving birth. *PLoS One*. 2023;18(5):e0284773. DOI: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0284773>
11. Almeida MO, Portugal TM, Assis TJCF. Pregnant women and COVID-19: isolation as a physical and psychic impact factor. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2020;20(2):599-602. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200015>
12. Chisini LA, Castilhos EDD, Costa FDS, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on prenatal, diabetes and medical appointments in the Brazilian National Health System. *Rev bras epidemiol*. 2021;24:e210013. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210013>
13. Baggio MA, Schapko TR, Toninato APC, et al. Pré-natal em região de fronteira na vigência da pandemia da Covid-19. *Saúde debate*. 2023;47(138):558-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313814>
14. Observatório Obstétrico Brasileiro. Óbitos de Gestantes e Puérperas. Vitória: OOB; 2022. DOI: <https://doi.org/10.7303/syn44144271>
15. Góes EF, Ferreira AJF, Ramos D. Racismo antinegro e morte materna por COVID-19: o que vimos na Pandemia? *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(9):2501-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.08412022>

16. Santos DS, Menezes MO, Andreucci CB, et al. Disproportionate impact of COVID-19 among pregnant and postpartum Black Women in Brazil through structural racism lens. *Clin Infect Dis*. 2021;72(11):2068-9. DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1066>
17. Kupcova I, Danisovic L, Klein M, et al. Effects of the COVID-19 pandemic on mental health, anxiety, and depression. *BMC Psychol*. 2023;11(1):108. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01130-5>.
18. Paula AJ, Condeles PC, Silva JA, et al. Fear of COVID-19 when experiencing pregnancy or childbirth in the pandemic: what are the associated factors? *Rev Bras Enferm*. 2023;76(supl2):e20220755. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0755>
19. MonitoraCovid-19 [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz, ICICT; 2020 [acesso em 2024 fev 13]. Disponível em: <https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/>
20. Barcellos C, Xavier DR. As diferentes fases, os seus impactos e os desafios da pandemia de covid-19 no Brasil. *Rev Eletrônica Comun Informação E Inov Em Saúde*. 2022;16(2):221-6. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v16i2.3349>
21. Silva LLSD, Lima AFR, Polli DA, et al. Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(9):e00185020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00185020>
22. Schincariol I. Grávidas e puérperas brasileiras são as que mais morrem por coronavírus. Portal de Boas Práticas [Internet]. 2020 jul 31 [acesso em 2024 fev 13]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/gestantes-puerperas-morrem-por-coronavirus-no-brasil/>
23. Barreto I, Costa Filho R, Ramos R, et al. Colapso na saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da Covid-19. *Saúde debate*. 2021;45(131):1126-39. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021131141>
24. Franco J. Unicamp lidera estudo da OMS no Brasil sobre impacto da covid-19 na gestação. *Jornal da Unicamp* [Internet]. 2021 mar 15 [acesso em 2024 fev 13]. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/index.php/ju/noticias/2021/03/15/unicamp-lidera-estudo-da-oms-no-brasil-sobre-impacto-da-covid-19-na-gestacao>.
25. Jovchelovich S, Bauer M. Entrevista Narrativa. In: Bauer MW, Gaskell G, organizadores. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 90-113.
26. 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 1:549.
27. Theme-Filha MM, Baldisserotto ML, Fraga ACSA, et al. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. *Reprod Health*. 2016;13(S3):118. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0227-8>
28. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Estudo revela como a pandemia afetou os atendimentos no SUS. Agência Fiocruz de Notícias [Internet]. 2021 nov 12 [acesso em 2024 mar 13]. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/estudo-revela-como-pandemia-afetou-os-atendimentos-no-sus>
29. Kotlar B, Gerson EM, Petrillo S, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reprod Health*. 2023;20(1):52. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01575-2>. Erratum for: *Reprod Health*. 2021 Jan 18;18(1):10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01070-6>.
30. Bonan C, Menezes GMS, Almeida MCC, et al. Direitos frágeis e desigualdades aprofundadas: atenção à saúde de mulheres gestantes e puérperas na crise sócio sanitária da Covid-19. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. [Preprint] [acesso em 2024 mar 13]. Disponí-

- vel em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/direitos-frageis-e-desigualdades-aprofundadas-atencao-a-saude-de-mulheres-gestantes-e-puerperas-na-crise-socio-sanitaria-da-covid19/19309?id=19309>.
31. Agência Patrícia Galvão [Internet]. Pesquisa revela: Pandemia faz grávidas diminuir consultas e exames no pré-natal. 2020 out 6 [acesso em 2024 mar 25]. Disponível em: <https://agenciapatriciagalvao.org.br/mulheres-de-olho/dsr/pesquisa-revela-pandemia-faz-gravidas-diminuiem-consultas-e-exames-no-pre-natal/>
 32. Galhardi CP, Freire NP, Minayo MCS, et al. Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(supl2):4201-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28922020>
 33. Observatório Obstétrico Brasileiro. Vitória: OOB; 2022. OOB Vacinação COVID-19: vacinação contra COVID-19 de gestantes e puérperas, 2021. DOI: <https://doi.org/10.7303/syn44679538>
 34. Vasconcelos PP, Lacerda ACT, Pontes CM, et al. Adesão de gestantes à vacinação no contexto de pandemias: revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm*. 2023;32:e20220117. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0117pt>.
 35. Sousa ACAD, Costa DM, Pereira SR, et al. Gênero e a pandemia Covid-19: revisão da produção científica nas ciências da saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2021;45(esp2):171-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E212>
 36. Andreucci CB, Knobel R. Social determinants of COVID-19-related maternal deaths in Brazil. *Lancet Reg Health Am*. 2021;3:100104. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100104>
 37. Siqueira TS, Silva JRS, Souza MDR, et al. Spatial clusters, social determinants of health and risk of maternal mortality by COVID-19 in Brazil: a national population-based ecological study. *Lancet Reg Health Am*. 2021;3:100076. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100076>
 38. Okamoto MY, Santos MAD, Emidio TS. Fechamento das escolas durante a pandemia de Covid-19: experiências maternas com filhos em idade escolar. *Psicol Esc Educ*. 2023;27:e244702. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-35392023-244702>
 39. Zamarro G, Prados MJ. Gender differences in couples' division of childcare, work and mental health during COVID-19. *Rev Econ Househ*. 2021;19(1):11-40. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11150-020-09534-7>
 40. Kerr ML, Rasmussen HF, Fanning KA, et al. Parenting During COVID -19: a Study of Parents' Experiences Across Gender and Income Levels. *Fam Relat*. 2021;70(5):1327-42. DOI: <https://doi.org/10.1111/fare.12571>
 41. Souza LFD, Machado LHB. Casa, maternidade e trabalho no distanciamento social: A "pandemia" da sobrecarga de trabalho para as mulheres. *Rev ANPEGE*. 2021;17(32):282-308.
 42. Zanello V, Antloga C, Pfeiffer-Flores E, et al. Maternidade e cuidado na pandemia entre brasileiras de classe média e média alta. *Rev Estud Fem*. 2022;30(2):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n286991>
 43. Presidência da República (BR). Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2024 dez 24; Seção I:2.

Recebido em 03/07/2024

Aprovado em 19/02/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Assistência Farmacêutica em municípios paraenses: um estudo avaliativo considerando o contexto amazônico

Pharmaceutical Services in municipalities in Pará: An assessment study considering the Amazonian context

Ilvia Silva Gomes¹, Mareni Rocha Farias¹, Silvana Nair Leite¹, Marina Raijche Mattozo Rover¹

DOI: 10.1590/2358-289820251459812P

RESUMO A execução de políticas como a de Assistência Farmacêutica (AF) é complexa e envolve superação de desafios, especialmente em áreas singulares como é o caso da região amazônica. Esse trabalho apresenta resultados da avaliação da AF na Atenção Primária à Saúde em municípios da região amazônica. Estudo avaliativo realizado em 2022 com indicadores validados. Os dados foram coletados por entrevistas, visitas técnicas e análise documental. Participaram 137 pessoas (gestores, profissionais e usuários). O estudo traz, pela primeira vez, uma avaliação abrangente e participativa da gestão da AF em municípios da região. Os resultados foram distintos, um dos municípios apresentou melhores resultados, apesar dos menores indicadores sociodemográficos, demonstrando que há diversos aspectos que impactam na capacidade de gestão da AF. Aspectos basilares, como a normatização da área e a qualificação do serviço de dispensação precisam ser priorizados, e, considerando as características da região, a qualificação do transporte dos medicamentos faz-se urgente. Como condições favoráveis destacaram-se as adaptações na logística dos medicamentos, priorizando as unidades das zonas rurais e ribeirinhas. Assim, considerando a relevância do processo de implementação de uma política de saúde na perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), são fundamentais estudos como este para acompanhamento em diferentes contextos.

PALAVRAS-CHAVE Assistência Farmacêutica. Avaliação em saúde. Atenção Primária à Saúde. Região amazônica.

ABSTRACT Implementing policies such as Pharmaceutical Services (AF) is complex and involves overcoming challenges, especially in unique areas as the Amazon region. This paper presents the assessment results of AF in Primary Health Care in municipalities of the Amazon region. This assessment study was carried out in 2022 using validated indicators. Data were collected through interviews, technical visits and document analysis. 137 people participated (managers, professionals and users) and brings, for the first time, a comprehensive and participatory assessment of AF management in municipalities in the region. The results were different, one of the municipalities presented better results, despite lower sociodemographic indicators, demonstrating that there are several aspects that impact the capacity to manage AF. Basic aspects, such as the standardization of the area and the qualification of the dispensing service need to be prioritized, and considering the characteristics of the region, the qualification of medicine transport is urgent. Favorable conditions included adaptations to medication logistics, prioritizing units in rural and riverside areas. Thus, considering the relevance of the process of implementing a health policy from the perspective of consolidating the Unified Health System (SUS), studies like this are essential for monitoring in different contexts.

KEYWORDS Pharmaceutical Services. Health evaluation. Primary Health Care. Amazon region.

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica (PPGASFAR) – Florianópolis (SC), Brasil. ilviagomes.farma@gmail.com



Introdução

A região Amazônica possui características geográficas, climáticas e populacionais específicas, com extensas distâncias territoriais, locais com baixa e alta densidade demográfica, áreas com fluxo migratório e municípios cujo acesso é predominantemente pela via fluvial ou em estradas precárias. A dinâmica dos rios, marcada por períodos de seca e cheia, exerce influência direta sobre o modo de vida da população e acesso aos serviços de saúde¹⁻⁴. No Sistema Único de Saúde (SUS) é necessário considerar essas particularidades regionais no planejamento, financiamento, execução e avaliação das diversas políticas de saúde, visando um modelo efetivo e equitativo³.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (AF)⁵, apesar de preconizar a descentralização das ações e serviços, exigindo a atuação dos entes federativos, possui um financiamento de aquisição dos medicamentos que segue uma lógica nacional, dos Componentes Básico (CBAF), Estratégico (Cesaf) e Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf)^{6,7}. Especialmente para o CBAF, a responsabilidade pela aquisição, organização e dispensação dos medicamentos é dos municípios e o aporte de recursos considera o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e a base populacional⁸. Assim, apesar das políticas existentes, continuamente verificam-se dificuldades para garantir o acesso aos medicamentos, o que resulta em prejuízos para a saúde da população^{9,10}.

Para responder a esses desafios, a avaliação torna-se um instrumento importante de gestão, ao possibilitar uma análise destas especificidades, auxiliar na tomada de decisão e no alcance dos objetivos definidos pelas políticas e programas¹¹. No Brasil, embora diversos estudos tenham sido direcionados à gestão da AF^{7,12-15}, pouco se investigou sobre o impacto do fator amazônico¹ na AF da região norte do país. Segundo Teixeira¹⁶

a expressão ‘fator amazônico’ é citada como parte do discurso do planejamento do desenvolvimento da Amazônia no período da ditadura militar e descrevia de forma negativa algumas características da região, como as longas distâncias, o clima quente e úmido, as chuvas torrenciais e seus insetos. O termo foi ressignificado, particularmente no contexto das políticas públicas de proteção social, e considera que a diversidade da riqueza florestal e animal, os mananciais de água potável, a localização privilegiada de minérios, a pluralidade cultural das etnias e a vastidão territorial são ativos regionais que devem ser consideradas no atendimento de demandas próprias da região¹⁷.

Considerar o fator amazônico¹ é reconhecer a dinâmica única desta região, para que as políticas possam ser capazes de levar saúde para a população¹⁸. Alguns aspectos locais já mencionados impõem desigualdades significativas no acesso, com logística complexa, custos e tempos mais elevados comparado às demais regiões do País¹⁹. Parte destes certamente repercute negativamente nos indicadores da Atenção Primária à Saúde (APS) da região Norte²⁰. O estado do Pará, por exemplo, considerado o segundo estado em extensão territorial do país, possui 13 regionais de saúde distribuídas entre os 144 municípios, visando promover a descentralização dos serviços de saúde e reduzir as barreiras geográficas²¹. Todavia, estudos demonstraram barreiras de acesso à APS e dificuldades na oferta de serviços especializados, oriundos do cenário socioambiental que requer estratégias singulares na oferta e disponibilização dos serviços⁴.

Com base nestes entendimentos, foram recentemente validados indicadores para avaliar a gestão da AF no contexto da APS direcionado a municípios da região amazônica, cuja construção com atores locais permitiu contemplar características singulares deste território²¹. Assim, o presente estudo apresenta os resultados da avaliação da gestão da AF na APS, em municípios da região amazônica, utilizando estes indicadores.

Material e métodos

Trata-se de um estudo avaliativo, realizado no período de janeiro a dezembro de 2022. Utilizaram-se os dezessete indicadores de Gomes e colaboradores²², adaptados e validados para o contexto dos municípios da região amazônica, divididos em três dimensões: cinco na organizacional, cinco na operacional e sete na sustentabilidade. Estes indicadores contemplam especificidades locais, com destaque as adequações da logística às necessidades das unidades da zona rural e ribeirinha, considerando distâncias e épocas sazonais; a instituição de estratégias regionais e a existência de projetos/estratégias que reconheçam as práticas populares/tradicionais em relação ao cuidado em saúde.

Local e participantes do estudo

O estudo foi realizado em dois municípios do estado do Pará, selecionados intencionalmente por suas características distintas que representam a diversidade do território amazônico. O nome dos municípios estudados foi omitido no artigo com objetivo de preservar o anonimato e a confidencialidade das informações, garantindo a proteção dos participantes e respeitando os princípios éticos aplicáveis à pesquisa científica^{23,24}.

O município 01 (M1) classificado como de grande porte (>100 mil habitantes), localizado na mesorregião do Baixo Amazonas, está entre os maiores aglomerados urbanos do Pará, no qual 'o rio' tem forte influência tanto no fluxo de abastecimento como nas atividades turísticas e de lazer²⁰. O município 02 (M2), de médio porte (25 a 100 mil habitantes), pertencente à mesorregião do Sudoeste Paraense, está entre as primeiras cidades construídas na rodovia Transamazônica, e têm sua dinâmica fortemente influenciada pela 'rodovia'²⁵⁻²⁷.

A amostra de unidades de saúde pesquisadas foi definida em conjunto com a gestão municipal, buscando contemplar as diferentes áreas geográficas dos municípios: Unidades

Básicas de Saúde (UBS) das áreas urbana, rural e ribeirinha. Foram selecionados informantes-chaves que tivessem envolvimento com a AF na APS, visando a compreensão aprofundada do objeto de estudo e diferentes perspectivas. Os profissionais incluídos no estudo deveriam atuar nas UBS há pelo menos 3 meses e estar envolvidos com a AF na APS, seja por meio da prescrição, seleção, programação ou dispensação dos medicamentos. Os usuários deveriam ser maiores de 18 anos e ter recebido medicamentos para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na farmácia da UBS nos últimos 6 meses.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a dezembro de 2022, por meio de visitas técnicas e entrevistas semiestruturadas direcionadas aos informantes-chave, além da coleta de dados secundários. Os dados secundários foram extraídos de documentos e sistemas de informação: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)²⁸; portal da transparência; *sites* das prefeituras; legislação (portarias e diretrizes); planos e relatórios de gestão de saúde dos municípios. As visitas técnicas foram realizadas na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), e nas farmácias das UBS, com registro da observação por meio de um *checklist* dos parâmetros regulamentados para estruturação das farmácias e almoxarifados na APS^{29,30}.

Adicionalmente, características dos municípios avaliados, como densidade demográfica, Produto Interno Bruto (PIB) e IDHM foram consultadas²⁵.

AValiação da Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde

As informações coletadas foram analisadas considerando cada um dos indicadores propostos por Gomes et al.²². A avaliação foi fundamentada na análise crítica dos resultados,

buscando identificar as fraquezas e fortalezas da gestão da AF dos municípios investigados. Os dados foram tabulados no *software* Microsoft Excel® e realizado o cálculo dos indicadores seguindo as medidas e os parâmetros estabelecidos²².

O juízo de valor para cada um dos indicadores e para cada dimensão foi definido por meio de uma escala numérica, com pontos de corte que variaram de 25%, 50%, 75% e 100%, de acordo com os percentuais de respostas

esperadas. Posteriormente, o resultado foi convertido para uma escala de cores, na qual a coloração verde representa uma situação ideal, tendo em vista os parâmetros atribuídos, a cor laranja representa uma situação de alerta a cor amarela, cuidado e a vermelha uma situação de urgência (*quadro 1*). Após a soma da pontuação de cada indicador, obteve-se uma pontuação por dimensão, à qual também foi atribuída uma cor, com o objetivo de sintetizar os resultados encontrados¹³.

Quadro 1. Critério de julgamento, conforme as faixas de pontuações dos indicadores, a escala de cores e o seu significado

Cor	Pontuação	O que significa
Vermelho	De 0 a 24% dos pontos	Urgente – indica situações ou aspectos que precisam ser priorizados.
Laranja	25 a 49% dos pontos	Alerta – demonstra situações ou aspectos que necessitam melhorar.
Amarelo	50 a 75% dos pontos	Cuidado – indica avanços, porém que ainda precisam ser aperfeiçoados.
Verde	76 a 100% dos pontos	Manter/Avançar – retrata aspectos que estão de acordo com o que se pretende construir.

Fonte: adaptado de Rover et al.¹².

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC) sob parecer de número 5.185.434 e CAAE: 52629421.0.0000.0121^{23,24}.

Resultados

Os resultados dos indicadores por dimensão são apresentados nos *quadros 2, 3 e 4*. No município 01 foram visitadas a CAF, cinco UBS da área urbana (uma de cada zona), uma da área rural e uma Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF). Ao todo foram entrevistadas 83 pessoas (entre gestores, farmacêuticos, enfermeiros, prescritores e usuários). De acordo com o Plano Municipal de Saúde (PMS) e o

site da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), apesar de ser uma das cidades polo da região Oeste do Pará, esta ainda enfrenta desafios para a disponibilização dos serviços de saúde, atrelados a sua dimensão territorial considerada extensa e complexa. A via fluvial é, das três vias (terrestre, fluvial e aérea), a mais importante forma de locomoção de cargas e passageiros, em virtude dos rios que formam a rede hidrográfica do município.

Este município (M1) não apresentou nenhum indicador com pontuação ideal (verde). Aspectos organizacionais (*quadro 2*), como a institucionalidade e a autonomia, tiveram menor pontuação (31,5). Este não possuía uma coordenação de AF, contava apenas com um Núcleo de Abastecimento e Distribuição Farmacêutica (NABDF), que atuava de forma limitada a questões logísticas. Também não possuía uma Comissão de

Farmácia e Terapêutica (CFT) municipal e nem participava de uma CFT regional.

Dos 17 indicadores avaliados, 8 tiveram desempenho mediano (amarelo) que foram: planejamento (*quadro 2*); condições técnicas, infraestrutura, boas práticas em logística (*quadro 3*); estratégias de comunicação, força de trabalho, satisfação e transparência (*quadro 4*).

Ponto positivo observado no M1 foi o investimento em infraestrutura recente, com mudança do local da CAF, reformas em UBS e implantação do prontuário eletrônico do cidadão em uma UBS. Também, o abastecimento da área ribeirinha era priorizado, por conta das distâncias e períodos de seca e cheias dos rios. Entretanto, alguns aspectos ainda precisavam ser aprimorados, como a utilização de critérios técnicos para a programação destes medicamentos (boas práticas em logísticas).

No que tange o planejamento, embora o monitoramento da AF, na época, ser baseado apenas no consumo das UBS, avaliando-se o PMS observaram-se algumas metas e ações voltadas para a AF como: implantação de farmácias satélites com a presença do profissional farmacêutico; garantia de abastecimento farmacêutico de acordo com os repasses dos entes federados; implantação do HÓRUS e elaboração da Relação Municipal de Medicamentos (Remume).

Não foram citados meios formais de comunicação entre as UBS e a coordenação da AF. Além disso, o vínculo do responsável pela AF era temporário (cargo comissionado), e capacitações para os profissionais não foram citadas (força de trabalho).

Aspecto preocupante nos dois municípios, principalmente considerando as grandes distâncias entre os centros urbanos e as áreas rurais e as condições climáticas da região, foi a ausência de controle ou garantia das condições físicas e ambientais no transporte dos medicamentos. Também não foram identificadas estratégias/projetos que reconhecem as práticas populares/tradicionais em relação ao cuidado em saúde nestes municípios.

O município 02, uma cidade com desenvolvimento recente, a partir da expansão

das rodovias Transamazônica (BR-230) e Santarém-Cuiabá (BR-163), é classificado como município rural remoto pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Possui áreas sem pavimentação e com precário acesso. Neste, foram visitadas a CAF, duas UBS da área urbana, duas da rural e acompanhou-se uma ação da Equipe de Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR). Ao todo foram entrevistadas 44 pessoas (entre gestores, farmacêuticos, enfermeiros, prescritores e usuários).

Neste município (M2) foram os aspectos operacionais (*quadro 3*) que obtiveram menor pontuação, como as condições técnicas e a normatização da área (49 e 25). Nenhuma das UBS do município contava com a presença do profissional farmacêutico e em uma foram encontrados medicamentos vencidos e fracionados sem a data de validade. Além disso, não existia Procedimento Operacional Padrão (POP) para dispensação nas UBS e, tanto na secretaria como na APS, era inexistente o Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), existia apenas um fluxo não padronizado.

Os aspectos melhor avaliados foram as condições estratégicas, a participação, as boas práticas em logística (*quadro 3*) e as estratégias de comunicação (*quadro 4*). O responsável pela AF era farmacêutico e todos os entrevistados o reconheciam como coordenador da AF. Existia no município uma Remume baseada na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Renome 2022, mas não formalizada. A respeito da participação, mais de 70% dos entrevistados relataram conhecer e ter participado de alguma forma da elaboração do PMS; o gestor da AF participava nas discussões do Conselho Municipal de Saúde (CMS), em reuniões de planejamento e avaliação da APS, e colaborou na elaboração do relatório anual de gestão.

Nas boas práticas em logística, a programação para a aquisição dos medicamentos considerava o perfil epidemiológico e a demanda das unidades. Ocorriam adequações

na aquisição conforme os períodos sazonais e as dificuldades de acesso ao município, com aumento do quantitativo para evitar a falta de medicamentos. Além disso, a distribuição dos medicamentos era realizada mensalmente para as UBS e semanalmente para a equipe da ESFR, conforme a programação das ações por esta realizada. Além disso, no M2, todos os participantes do estudo afirmaram sobre a existência de estratégias de comunicação efetivas entre a coordenação da AF e as UBS.

Apesar das fragilidades anteriormente apresentadas, a satisfação dos usuários, em ambos os municípios, foi alta. Nos dois municípios, mais de 74%, 90% e 73% dos usuários declararam estar satisfeitos com o recebimento dos medicamentos, com o atendimento recebido e com as condições físicas dos serviços, respectivamente. Já dos profissionais, menos da metade relatou que a diversidade e a quantidade de medicamentos para o tratamento da HAS eram suficientes para atender as demandas das UBS.

Quadro 2. Indicadores e resultados da avaliação com o juízo de valor para cada indicador – dimensão organizacional

Dimensão Organizacional							
Indicador	O que avalia?	Fonte:	Pontuação máxima	Pontos Obtidos		Cor do indicador	
1. Institucionalidade	1. Condição de existência da coordenação de AF na Secretaria Municipal de Saúde; 1.1 Existência formal da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) na Semsu ou participa de uma CFT regional de forma regular.	– Entrevista coordenador da AF; – Documento de institucionalização da AF.	19	M1 2	M2 14,25	M1 Vermelho	M2 Amarelo
2. Autonomia	2. Grau de autonomia decisória da coordenação da AF.	– Entrevista com o coordenador da AF.	21	9	10,5	Laranja	Amarelo
3. Condições estratégias	3.1 Profissão do coordenador da AF; 3.2 Conhecimento da existência da coordenação da AF segundo farmacêuticos e coordenadores de UBS; 3.3 Existência de Remume, com medicamentos que não constem na Renome e /ou elencos pactuados na CIB.	– Entrevista com coordenador da AF, farmacêuticos, coordenadores de UBS e prescritores; – Publicação oficial da Remume; – Análise da Remume e Renome 2022.	18	5	14	Laranja	Verde
4. Participação	4.1 Participação de farmacêuticos e outros profissionais de saúde na elaboração do PMS e dos objetivos, diretrizes e metas da AF no plano; 4.2 Participação da coordenação da AF nas discussões/decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município (em outros setores da Semsu).	– Entrevista com coordenador da AF.	22	5,5	19,5	Laranja	Verde
5. Planejamento	5. Existência de monitoramento da AF e utilização dos dados no planejamento das ações.	– Entrevista com coordenador da AF.	20	10	10	Amarelo	Amarelo
Total da dimensão			100	31,5	68	Laranja	Amarelo

Fonte: elaboração própria, 2023.

M1: Município 01; M2: Município 02; AF: Assistência Farmacêutica; APS: Atenção Primária à Saúde; CIB: Comissão Intergestora Bipartite; Remume: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais; Renome: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais; Semsu: Secretaria Municipal de Saúde.

Quadro 3. Indicadores e resultados da avaliação com o juízo de valor para cada indicador – dimensão operacional

Dimensão Operacional							
Indicador	O que avalia?	Fonte	Pontuação máxima	Pontos Obtidos		Cor do indicador	
1. Condições Técnicas	1.1 UBS que contam com a presença de farmacêutico;	- Entrevista com coordenador da AF; - Verificação do estoque de medicamentos na UBS.	20	M1	M2	M1	M2
	1.2 Existência de medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade/ cartela fracionada sem indicação do prazo de validade no estoque da UBS.			13,5	5,25	Amarelo	Laranja
2. Normatização	2.1 Existência de instrumentos de padronização (POP, manual) para dispensação de medicamentos;	- Entrevista com coordenador da AF e com coordenador de UBS; - Análise do instrumento de padronização de dispensação de medicamentos e do PGRSS.	16	0	0	Vermelho	Vermelho
	2.2 Existência de Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS) na Semsu e em UBS.						
3. Infraestrutura	3.1 Existência de investimentos em infraestrutura nos últimos 2 anos em serviços farmacêuticos;	- Entrevista com coordenador da AF; - Verificação das condições nas Farmácias das UBS e na CAF.	20	14	14	Amarelo	Amarelo
	3.2 Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos.						
4. Condições operacionais	4.1 Existência de registro farmacêutico em prontuário da família;	- Entrevista com coordenador da AF; - Verificação do sistema.	21	0	7	Vermelho	Laranja
	4.2 Existência de um sistema informatizado na Semsu que contemple as necessidades da AF.						
5. Boas práticas em logística	5.1 Existência de instrumento/método de programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), definição de distribuição de forma conjunta (coordenação da AF e UBS) e adequação as necessidades das unidades da zona rural e ribeirinha, considerando distâncias e épocas sazonais; 5.2 Existência de cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) para as UBS conforme a regularidade recomendada: mensal, quinzenal ou semanal.	- Entrevista com coordenador da AF e com farmacêuticos; - Análise do cronograma.	23	16	23	Amarelo	Verde
Total da Dimensão			100	43,5	49,25	Laranja	Laranja

Fonte: elaboração própria, 2023.

M1: Município 01; M2: Município 02; AF: Assistência Farmacêutica; APS: Atenção Primária à Saúde; POP: Procedimento Operacional Padrão; Semsu: Secretaria Municipal de Saúde; UBS: Unidade Básica de Saúde.

Quadro 4. Indicadores e resultados da avaliação com o juízo de valor para cada indicador – dimensão sustentabilidade

Dimensão Sustentabilidade							
Indicador	O que avalia?	Fonte	Pontuação máxima	Pontos Obtidos		Cor do indicador	
1. Estratégias de comunicação (AF e UBS)	1. Estratégias de comunicação entre as UBS e a coordenação da AF para resolução de questões sobre medicamentos, segundo coordenadores de UBS ou responsável pelo pedido dos medicamentos e farmacêuticos.	– Entrevista com farmacêuticos, coordenadores de UBS e ou responsável pelo pedido dos medicamentos.	12	M1 6	M2 12	M1 Amarelo	M2 Verde
2. Força de trabalho	2.1 Vínculo trabalhista do coordenador da AF; 2.2 Farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva/saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos.	– Entrevista com coordenador da AF e com farmacêuticos.	12	6	6	Amarelo	Amarelo
3. Articulação	3.1 Existência de estratégias de articulação entre a coordenação de AF e as coordenações das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), das equipes de Agente Comunitário de Saúde (Eacs) e da coordenação do Hiperdia para o desenvolvimento de ações que envolvam o acesso a medicamentos para HAS; 3.2 Existência de parceria entre a AF Municipal e a coordenação da AF Estadual para o desenvolvimento de ações na área.	– Entrevista com coordenador da AF e do Hiperdia.	13	3,5	9	Laranja	Amarelo
4. Controle social	4.1 Discussões das questões da área de AF junto ao conselho municipal de saúde nos últimos 2 anos; 4.2 Existência de meios/contatos acessíveis da Ouvidoria Municipal nas UBS para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos e serviços da AF, segundo coordenador da UBS e usuários.	– Entrevista com coordenador da AF, de UBS e com usuários.	14	0	10,5	Vermelho	Amarelo
5. Satisfação	5.1 Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos, ao atendimento e informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos; 5.2 Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia; 5.3 Percepção sobre adequabilidade da diversidade de tipos de medicamentos para tratamento da HAS disponíveis nas UBS para atendimento da demanda, segundo coordenador da AF, de UBS farmacêuticos e prescritores; 5.4 Percepção sobre a adequabilidade da quantidade de medicamentos para o tratamento da HAS disponíveis nas UBS para o atendimento da demanda segundo referido por coordenador da AF, de UBS, farmacêuticos e prescritores.	– Entrevista com usuários, com coordenador da AF, de UBS, farmacêuticos e prescritores.	18	12	11	Amarelo	Amarelo
6. Legitimidade	6.1 Prescrição de medicamentos com base nas listas de medicamentos (componente básico) adotadas/ padronizadas pelo município; 6.2 A gestão desenvolve estratégias/projetos que reconhecem as práticas tradicionais e culturais da população em relação ao cuidado em saúde; 6.3 Valor empregado em aquisição judicial de medicamentos para HAS em relação ao orçamento destinado a aquisição de medicamentos do componente básico no último ano.	– Prescrição na UBS; – Análise da lista de medicamentos padronizada pelo município; – Entrevista com o coordenador da AF, de UBS e farmacêuticos.	17	6	9,5	Laranja	Amarelo

Quadro 4. Indicadores e resultados da avaliação com o juízo de valor para cada indicador – dimensão sustentabilidade

Dimensão Sustentabilidade							
Indicador	O que avalia?	Fonte	Pontuação máxima	Pontos Obtidos		Cor do indicador	
7. Transparência	7.1 Conhecimento da Remume e recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das UBS, segundo prescritores; 7.2 Divulgação de informação para usuários sobre falta de medicamentos para HAS no município pela coordenação de UBS e da AF.	– Entrevista com prescritores e usuários.	14	7	7	Amarelo	Amarelo
Total da Dimensão			100	40,5	65	Laranja	Amarelo

Fonte: elaboração própria, 2023.

AF: Assistência Farmacêutica; APS: Atenção Primária à Saúde; CIB: Comissão Intergestora Bipartite; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; Remume: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais; Sems: Secretaria Municipal de Saúde; UBS: Unidade Básica de Saúde; PMS: Plano Municipal de Saúde.

Discussão

Garantir acesso equitativo e oportuno aos medicamentos envolve medidas relativas à gestão e um processo de superação das deficiências na oferta dos serviços à população, principalmente nas regiões remotas, como o caso da Amazônia brasileira⁴. Aspectos relacionados ao fator amazônico (extensa dimensão territorial, questões climáticas, influência dos rios, baixa densidade demográfica, entre outros) têm influenciado na execução da AF, impactando no desenvolvimento dos serviços e no acesso à saúde como um todo^{4,31,32}.

Os resultados apresentados neste estudo visam contribuir com a disponibilidade de informações sobre a AF na região, com intuito de compreender melhor os desafios e as potencialidades destes territórios. Considerando a influência do contexto social, econômico, histórico e da rede de serviços estabelecida, um estudo sobre a capacidade de gestão da AF e índices socioeconômicos de 507 municípios brasileiros, identificou melhores resultados na AF em municípios com melhor desempenho socioeconômico. Entretanto, isso só foi observado quando houve investimento para a qualificação da infraestrutura do sistema de saúde e

da força de trabalho da APS e maior participação do controle social³³. Estes achados podem justificar os melhores resultados observados no município rural remoto (M2), que embora com menor IDHM comparado ao M1, aspectos associados à capacidade de gestão da AF apresentaram-se mais desenvolvidos.

Ainda no estado do Pará, o município de Ananindeua, com a segunda maior população do estado e maior IDHM, porém com menor PIB per capita que o M1, também apresentou lacunas no cumprimento de práticas de governança, gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da AF^{25,31,34}. A carência desses processos gera ausência de dados fundamentais para o aperfeiçoamento da gestão, pois são essenciais para a definição das ações necessárias para a melhoria dos resultados em saúde³⁵.

Já em municípios como Benevides-PA, com população menor, IDHM semelhante e PIB per capita maior que o M1 e como Augusto Corrêa-PA, com características semelhantes ao M2, quanto a população e IDHM, porém com menor PIB, percebe-se a existência da coordenação de AF, porém com ausência de CFT^{25,36,37}. Todos estes dados confirmam a complexidade da execução das políticas públicas e que há diversos aspectos, para além de econômicos, que impactam na capacidade

de gestão da AF, e por consequência, no acesso da população aos medicamentos.

Os municípios estudados demonstraram avanços como a institucionalização da coordenação da AF (M2). Entretanto, o estabelecimento da CFT local ou regional para considerar as necessidades e características locais e desenvolver ações em prol da melhoria da assistência prestada³⁸ ainda não foi alcançado.

Não só no estado, mas em muitas outras localidades do país, é preciso avançar quanto à presença do profissional farmacêutico na APS e na coordenação da AF. Este profissional, como membro da equipe de saúde, integra as ações de cuidado, objetivando a promoção da saúde e o uso racional dos medicamentos^{39,40}. Além disso, apesar de a AF ser uma área multidisciplinar, é o profissional com maior capacitação técnica para o conjunto de atividades relacionadas, ou seja, a sua inserção amplia as chances da oferta de serviços farmacêuticos de qualidade⁴¹. Destaca-se que atrair e fixar profissionais qualificados em regiões remotas é um desafio adicional observado na região^{42,43}.

Certamente a precariedade de vínculo empregatício e a falta de estímulo à qualificação profissional agrava ainda mais a situação. Dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) demonstraram que no país, com exceção das regiões Sul e Sudeste, houve similaridade numérica de gestores da AF municipal com vínculo efetivo e temporário⁴⁴. Outro estudo, avaliando municípios com alto IDMH, também verificou fragilidades relacionadas à força de trabalho da AF⁴⁵.

Na análise da existência da relação de medicamentos, condição estratégica, o município rural remoto (M2) possuía uma Remume, embora não formalizada. Em estudo sobre a presença de medicamentos traçadores definidos pela Organização Mundial da Saúde nas Remume dos municípios brasileiros no Pará, em 11 regiões de saúde, a compatibilidade entre os elencos variou imensamente, de 7% na região Metropolitana (III) a 96%

na do Tapajós, região a qual o município 02 pertence⁴⁶. A não formalização associada a essa heterogeneidade dificulta a manutenção das ações desenvolvidas na região. Estudos com municípios de outras regiões do país, com características diversas das aqui apresentados, também observaram a necessidade de avanços nesta área⁴⁷.

Um aspecto positivo a ser mencionado no estudo foi a participação dos profissionais farmacêuticos no planejamento em saúde do município (PMS), quesito central na definição das ações a serem priorizadas no âmbito da saúde⁴⁸. Há alguns anos, estudo em municípios brasileiros analisou a participação dos profissionais responsáveis pela AF neste processo e verificou que apenas pouco mais da metade informaram ter participado da elaboração deste instrumento de gestão⁴⁹. A participação crescente dos profissionais é mandatória para ampliar as discussões sobre a área, e a inclusão de ações e metas que possam contemplar o desenvolvimento da AF municipal.

Considerando as particularidades regionais já citadas (por ex. clima – temperatura e umidade elevados – e tempo de deslocamento), a adequação na programação para a distribuição dos medicamentos nos diferentes territórios dos municípios foi satisfatória. Ocorriam adequações conforme os períodos sazonais e as dificuldades de acesso ao município, com aumento do quantitativo para evitar a falta de medicamentos. Estas ações indicam iniciativa da gestão para a manutenção do acesso da população aos medicamentos, assegurando melhores condições para a AF na rede de saúde⁵⁰.

Todavia, é urgente atender à regulamentação vigente quanto ao transporte dos medicamentos (em ambos os municípios), evitando problemas de estabilidade e integridade dos mesmos e para a segurança e qualidade dos tratamentos⁵¹. Também o desenvolvimento de ações/projetos relacionados às práticas populares/tradicionais em saúde, como uso de plantas medicinais, farmácia viva e fitoterapia, riquezas da região e extensamente

utilizadas pela população, não podem ser negligenciados^{52,53}. Desconsiderar tais elementos é reiterar persistentemente o equívoco de não compreender elementos que se colocam determinantes na consolidação das políticas de saúde brasileiras.

Apesar dos avanços observados, com destaque para as adaptações na logística dos medicamentos, priorizando as áreas de mais difícil acesso, aspectos basilares como sistema de informação e prontuário eletrônico, em um dos municípios (M1), a normatização da área e a qualificação da dispensação, em ambos, precisam ser priorizados. Não obstante, a satisfação dos usuários foi alta nos dois municípios e divergiu da satisfação dos profissionais. Mesmo entendendo que a satisfação é influenciada pelas expectativas e experiências individuais, e pelas características dos participantes⁵⁴⁻⁵⁶, a necessidade de considerar e entender a perspectiva dos atores envolvidos é cada vez mais reconhecida⁵⁷. Nesse sentido, precisa-se avançar para o entendimento que os serviços farmacêuticos vão muito além da disponibilização dos medicamentos, e que a qualidade dos produtos e serviços impactam significativamente nos cuidados em saúde^{58,59}.

Como limitações deste estudo destaca-se o número de municípios investigados, que embora possuam características marcantes da região, não possibilita a generalização dos achados para outros contextos. Este estudo está sendo ampliado como parte do projeto 'Amazônia-AF: Assistência Farmacêutica na Amazônia', incluindo novos municípios do estado do Pará e do Amazonas. Outrossim, dificuldades encontradas na coleta de dados, principalmente pela falta de sistemas de informações e dados públicos atualizados se tornaram limitações para este estudo.

Por fim, apesar da identificação de estratégias para a superação de barreiras para o acesso (priorização das áreas de mais difícil acesso e adequações conforme os períodos sazonais), infere-se que há a necessidade de avanços na capacidade de gestão da AF em aspectos relacionados à capacidade de decisão, de execução

e de sustentabilidade dos resultados, para que garantam de forma oportuna o acesso aos medicamentos. Entretanto, não se pode discutir estes resultados sem considerar que os custos operacionais e logísticos nestes cenários são muito mais onerosos, o que compromete a sustentabilidade financeira e, por consequência, a oferta de saúde à população. Assim, estudos como este visam fornecer dados que possibilitem o pensar políticas públicas considerando as diferentes realidades.

Conclusões

Este estudo traz, pela primeira vez, uma avaliação participativa da gestão da AF em municípios da região amazônica. Os resultados demonstraram divergências na capacidade de gestão da AF entre os municípios e que aspectos basilares para garantia do acesso e uso racional de medicamentos na APS precisam ser priorizados. Considerando as características da região, a qualificação do transporte dos medicamentos faz-se urgente. Como condições favoráveis a serem mantidas destacaram-se as adaptações na logística dos medicamentos, priorizando as unidades das zonas rurais e ribeirinhas, considerando as dificuldades de acesso adicionais. Assim, considerando a relevância do processo de implementação de uma política de saúde na perspectiva de consolidação do SUS, são fundamentais estudos como este para acompanhar esse processo em diferentes contextos.

Colaboradoras

Gomes IS (0000-0001-7748-9391)* contribuiu para concepção do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final do manuscrito. Farias MR (0000-0002-4319-9318)* e Leite SN (0000-0002-5258-9684)* contribuíram para interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo

intelectual e aprovação da versão final do manuscrito. Rover MRM (0000-0002-2123-4493)* contribuiu para concepção do trabalho,

análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Couto RCS. Saúde e ambiente na Amazônia brasileira. NAEA. 2021;23(3):167-178. DOI: <http://dx.doi.org/10.5801/ncn.v23i3.7280>
2. Garnelo L. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. Cad Saúde Pública. 2019;35(12):e00220519. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00220519>
3. Kadri MRE, Freitas CM. Um SUS para a Amazônia: contribuições do pensamento de Boaventura de Sousa Santos. Ciênc saúde coletiva. 2021;26:3459-3466. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.3077201>
4. Lima JG, Giovanella L, Bousquat A, et al. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. Trab Educ Saúde. 2022;20:e00616190. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>
5. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2004 maio 6; Seção I:52-53.
6. Ministério da Saúde (BR). 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:45-51.
7. 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>
8. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 5.634, de 25 de outubro de 2024. Define o valor dos repasses de recursos federais aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde, referente ao exercício de 2024. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2024 out 29; Edição 209; Seção I:126.
9. Chaves LA, Chaves GC, Vianna MNS, et al. Desabastecimento de medicamentos na literatura científica da saúde: uma revisão narrativa. Physis. 2019;29(1):e290107. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290107>
10. Bermudez JAZ, Luiza VL, Silva RM. Assistência Farmacêutica e acesso a medicamentos: superando a utopia. In: Bermudez JA, Costa JCS, Noronha JC. Desafios do acesso a medicamentos no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Edições Livres; 2020 [acesso em 2024 ago 20]. p. 19-62. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41803>
11. Lima LL, D'Ascenzi L. Implementação e avaliação de políticas públicas: intersecções, limites e continuidades. In: Lotta G, organizadora. Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil [Internet]. Brasília, DF: Enap; 2019 [acesso em 2024 abr 20]. p. 128-153. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/4162>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Leite SN, Farias MR, Manzini F, et al. Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina [Internet]. Florianópolis: Editora da UFSC; 2015 [acesso em 2024 set 15]. 167 p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/187614>
13. Rover MRM, Peláez CMV, Faraco EB, et al. Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(8):2487-2499. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.01602017>
14. Gerlack LF, Karnikowski MGO, Areda CA, et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(supl2):15s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007063>
15. Fatel KO, Rover MRM, Mendes SJ, et al. Desafios na gestão de medicamentos de alto preço no SUS: avaliação da Assistência Farmacêutica em São Paulo, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(11):5481-5498. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.00842021>
16. Teixeira JB. A Amazônia e a interface com o SUAS. In: Colin DRA, Crus JF, Tapajós LMS, et al. 20 anos da Lei Orgânica de Assistência Social. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2013. p. 188-203.
17. Campos EB. As Sociedades Amazônicas e o SUAS. In: Colin DRA, Crus JF, Tapajós LMS, Albuquerque SA. 20 anos da Lei Orgânica de Assistência Social. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2013. p. 204-223.
18. Martins FM, Schweickardt KH, Schweickardt JC, et al. Produção de existências em ato na Amazônia, Brasil: “território líquido” que se mostra à pesquisa como travessia de fronteiras. *Interface (Botucatu)*. 2022;26:e210361. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.210361>
19. Gama ASM, Fernandes TG, Parente RCP, et al. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(2):e00002817. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00002817>
20. Rache R, Mrejen M, Rosa L, et al. A saúde dos estados em perspectiva comparada: uma análise dos indicadores estaduais do Portal IEPS. *Nota Técnica n. 28*. São Paulo: IEPS; 2022. 6 p.
21. Secretaria de Estado de Saúde Pública (PA). Regionais de Saúde [Internet]. Belém: Sespa; 2025 [acesso em 2025 jan 28]. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/a-secretaria/regionais-de-saude/>
22. Gomes IS, Farias MR, Leite SN, et al. Indicadores para avaliar a assistência farmacêutica municipal: Um olhar direcionado para a região amazônica. *Rev Gestão & Saúde*. 2023;14(1):21-36. DOI: <https://doi.org/10.26512/gsv14i1.47262>
23. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:549.
24. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2016 maio 24; Seção I:44.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Cidades [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2022 [acesso em 2023 ago 10]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação [Internet]. Rio de Janeiro: Coordenação de Geografia IBGE; 2017 [acesso em 2023 ago 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/15790-classificacao-e-caracterizacao-dos-espacos-rurais-e-urbanos-do-brasil.html>

27. Fausto MCR, Fonseca HMS, Penzin VM. Atenção primária à saúde em territórios rurais e remotos no Brasil: Relatório Final [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2020 [acesso em 2023 jan 18]. 404 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/47633>
28. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BR). Consulta de estabelecimento de saúde [Internet]. [Brasília, DF]: CNES; 2023 [acesso em 2023 jan 18]. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>
29. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 44 p.
30. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009. 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, Poder Executivo, Brasília, DF. 2009 ago 18.
31. Atlas Brasil (BR). Atlas do desenvolvimento humano no Brasil [Internet]. [local desconhecido]: Atlas Brasil; 2023 [acesso em 2023 ago 10]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>
32. Santarém (PA). Plano Municipal de Saúde – PMS 2022 a 2025 [Internet]. Santarém: SMS; 2022 [acesso em 2023 jan 10]. Disponível em: <https://transparencia.santarém.pa.gov.br/saude/plano-municipal-saude/plano-municipal-de-saude-2022-2025-62e0154d5c4b5>
33. Faraco EB, Rover MRM, Cunha LNOL, et al. Pharmaceutical services management capacity and the municipal socioeconomic scenario: Persistent inequalities. Research Square; 2023. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3011499/v1>
34. Torres ASF, Brito ML, Costa BWB, et al. A institucionalização da assistência farmacêutica no município de Ananindeua, Pará. RSD. 2021;10(14):e576101422368. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22368>
35. Guimarães MCL, Santos SMC, Melo C, et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. Cad Saúde Pública. 2004;20(6):1642-1650. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600023>
36. Torres ASF, Soler O. Institucionalização da assistência farmacêutica no município de Benevides, Pará. RSD. 2023;12(4):e10212440992. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i4.40992>
37. Ferreira TLS, Silva TCM, Costa BWB, et al O. Institucionalização da assistência farmacêutica no município de Augusto Corrêa, Pará. RSD. 2022;11(2):e22611225610. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25610>
38. Grochowski MHC, Oliveira JC, Pinheiro RM. Seleção de medicamentos. In: Farias MR, Diehl EE, Buendgens FB, et al., organizadores. Seleção de medicamentos. Florianópolis: Ed. da UFSC; 2016. p. 53-145.
39. Barros DSL, Silva DLM, Leite SN. Serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária à saúde do Brasil. Trab Educ Saúde. 2020;18(1):e0024071. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00240>
40. Peixoto RT, Campos MR, Luiza VL, et al. O farmacêutico na Atenção Primária à Saúde no Brasil: análise comparativa 2014-2017. Saúde debate. 2022;46(133):358-375. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213308>
41. Silveira TF, Flores LM, Durigon V, et al. Assistência Farmacêutica Municipal na percepção dos seus atores. RSD. 2022;11(17):e178111738735. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i17.38735>
42. Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. Cad Saúde Pública. 2021;37(7):e00310520. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>
43. Fausto MCR, Giovanella L, Lima JG, et al. Primary Health Care sustainability in rural remote territories at the

- fluvial Amazon: organization, strategies, and challenges. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(4):1605-1618. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202274.01112021>
44. Carvalho MN, Álvares J, Costa KS, et al. Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(supl2):16s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007110>
 45. Bernardo NLM, Soares L, Leite SN. A sociotechnical approach to analyze pharmaceutical policy and services management in Primary Health Care in a Brazilian Municipality. *Pharmacy (Basel)*. 2021;9(1):39. DOI: <https://doi.org/10.3390/pharmacy9010039>
 46. Soler O, Leitão VBG. Compatibilização dos elencos de medicamentos nas regiões de saúde do levantamento nacional sobre a relação municipal de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica [Internet]. Brasília, DF: Conasems; 2022 [acesso em 2023 jan 10]. 123 p. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1xIAFNALbEiCn2xl-DGJfDZv0z0NYJXOM/view>
 47. Monteiro ER, Lacerda JT, Natal S. Avaliação da gestão municipal na promoção do uso racional de medicamentos em municípios de médio e grande porte de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(5):e00112920. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00112920>
 48. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 set 26; Seção I:60.
 49. Nora LCD, Costa KS, Araújo SQ, et al. Análise da assistência farmacêutica no planejamento: participação dos profissionais e a qualificação da gestão. *Cad Saúde Colet*. 2019;27(3):278-286. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900030359>
 50. Luz TCB, Tavares, NUL, organizadoras. Diagnóstico Situacional da Assistência Farmacêutica Municipal: uma síntese de evidências no contexto da Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: Instituto René Rachou; 2023. 247 p.
 51. Ministério da Saúde (BR); Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Diretoria Colegiada. Resolução – RDC nº 304, de 17 de setembro de 2019. Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenamento e Transporte de Medicamentos. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2019 set 18 [acesso em 2023 mar 12]; Edição 181, Seção I:64. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-304-de-17-de-setembro-de-2019-216803526>
 52. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 [Internet]. Geneva: OMS; 2013 [acesso em 2023 mar 12]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506096>
 53. Albuquerque UP, Medeiros PM, Ramos MA, et al. Are ethnopharmacological surveys useful for the discovery and development of drugs from medicinal plants? *Rev Bras Farmacogn*. 2014;24(2):110-115. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjp.2014.04.003>
 54. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2005;10(3):599-613. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300017>
 55. Mendes SJ, Manzini F, Farias MR, et al. Gestão da assistência farmacêutica avaliação de um município catarinense. *Rev Gestão & Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 2023 mar 12];6(1):4-29. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2520>.
 56. Bonadiman RL, Santanna AF, Brasil GA, et al. Nível de satisfação dos usuários e verificação do conhecimento dos farmacêuticos em farmácias públicas do Espírito Santo, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(2):627-638. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.03462016>
 57. Humphreys K, McLellan AT. A policy-oriented review of strategies for improving the outcomes of services for substance use disorder patients. *Addiction*.

2011;106(12):2058-2066. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03464.x>

58. Maximo SA, Andreazza R, Cecilio LCO. Assistência farmacêutica no cuidado à saúde na Atenção Primária: tão perto, tão longe. *Physis*. 2020;30(1):e300107. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300107>

59. Soares LSS, Brito ES, Galato D. Percepções de atores sociais sobre Assistência Farmacêutica na aten-

ção primária: a lacuna do cuidado farmacêutico. *Saúde debate*. 2020;44(125):411-426. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012510>

Recebido em 17/09/2024

Aprovado em 19/02/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Raquel Abrantes Pego

Vozes do desconhecimento: uma Análise de Discurso Crítica dos movimentos antivacinas brasileiros no Facebook

Voices of unknowledge: A Critical Discourse Analysis of Brazilian anti-vaccine movements on Facebook

Tiago Rosa Nogueira¹, Tatiana Rosa Nogueira Dias², Maria Ester Simões Rodrigues³, Éverton Luís Pereira¹, Edith Maria Barbosa Ramos⁴, Maria Célia Delduque³

DOI: 10.1590/2358-289820251459849P

RESUMO Este artigo teve por objetivo analisar os discursos do movimento antivacina no Brasil, publicados na rede social Facebook durante a pandemia da covid-19. Foram acompanhadas três comunidades do Facebook, entre 2020 e 2022, período coerente com a pandemia da covid-19. Foram selecionadas as comunidades tendo em vista sua identificação com o movimento antivacina e que tivessem mais de 200 participantes, selecionando-se as postagens que traziam palavras ou textos contrários à vacinação. Os trechos de textos foram analisados conforme método da Análise de Discurso Crítica (ADC). Os resultados apontaram para postagens com combinação de desconfiança da ciência, teorias conspiratórias e apelos à liberdade individual. O discurso antivacina foi pautado em discursos, como forma de validação, sendo recorrente o tom violento. O estudo evidenciou a ausência de informação fidedigna à população para contrapor ao discurso sem lastro científico das redes sociais e a importância de estratégias de comunicação em saúde mais eficazes, que considerem as dimensões social e cultural da sociedade, além de iniciativas educacionais que interrompam a credulidade de indivíduos em afirmativas sem crédito na ciência.

PALAVRAS-CHAVE Movimento contra vacinação. Covid-19. Hesitação vacinal.

ABSTRACT This article aimed to analyze the speeches of the anti-vaccine movement in Brazil, published on the social network Facebook, during the COVID-19 pandemic. Three Facebook communities were monitored in the period between 2020 and 2022, consistent with the COVID-19 pandemic. Communities were selected based on their identification with the anti-vaccine movement and made up of more than 200 participants, selecting posts that contained words or texts contrary to vaccination. The text excerpts were analyzed according to the Critical Discourse Analysis method (CDA). The results pointed to posts with a combination of distrust of science, conspiracy theories and appeals to individual freedom. The anti-vaccine discourse was based on speeches, as a form of validation, with a recurrent violent tone. The study highlighted the lack of reliable information for the population to counter the unscientific discourse on social networks and the importance of more effective health communication strategies, which consider the social and cultural dimensions of society, in addition to educational initiatives that interrupt the credulity of individuals in statements without credit in science.

KEYWORDS Anti-vaccination movement. COVID-19. Vaccination hesitancy.

¹Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

²Secretaria de Educação do Distrito Federal (SEDF) – Brasília (DF), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz em Brasília (Fiocruz Brasília) – Brasília (DF), Brasil.
mcdelduque@gmail.com

⁴Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – São Luís (MA), Brasil.



Introdução

Em 1902, quando o farmacêutico Rodolpho Theóphilo, sem apoio do governo da época, tentava combater a epidemia de varíola em Fortaleza-CE, vacinando a população com seus próprios recursos e convencendo-a da importância do imunizante, ao mesmo tempo que tentou persuadir as autoridades de que “é preciso coragem e paciência para lutar com os cegos de entendimento”¹⁽¹⁷⁹⁾, estava, de fato, antecipando-se ao que o futuro apresentaria.

Durante a pandemia, as autoridades de saúde recomendaram a implementação agressiva de estratégias com identificação de casos, quarentena/isolamento, rastreamento de contatos e distanciamento social. Modelos matemáticos demonstraram que a disseminação da covid-19 podia ser rapidamente intensificada se essas intervenções fossem relaxadas. Contudo, todos esses preparativos não contavam com o movimento antivacina².

Os movimentos antivacina ocorrem em todo o mundo e há muito tempo, tendo Oswaldo Cruz experimentado uma forte resistência da população do Rio de Janeiro, em 9 de novembro de 1904, à publicação do Plano de Regulamentação da Aplicação da Vacina Obrigatória contra a Varíola. Atualmente, em especial, durante a pandemia da covid-19, novos contornos surgiram para o movimento antivacina: as redes sociais³. A internet deu voz ao público que nunca antes teve um espaço para opinar ou observar as opiniões circulantes na sociedade mundial. Com alternativas que vão muito além do Facebook, Twitter, Instagram e TikTok, as pessoas passaram a gastar cada vez mais tempo interagindo umas com as outras através das redes sociais. Uma pesquisa da ComScore, realizada em 2023, revelou que os quase 1 bilhão de usuários da rede de Mark Zuckerberg gastaram 405 minutos por mês acompanhando os perfis do Facebook⁴.

Durante o período pandêmico, as redes sociais ganharam protagonismo, porque foram o meio utilizado pelos movimentos contrários

à vacinação obrigatória para divulgar suas ideias e se expressar de modo contrário à imunização. Antes mesmo desse protagonismo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já demonstrava preocupação junto às autoridades sanitárias, divulgando em relatório as 10 ameaças para a saúde global, sendo uma delas a hesitação em aceitar o uso de vacinas, que é descrita como relutância ou recusa à vacinação, mesmo quando ela está disponível⁵.

O fenômeno, ocorrido em todo o mundo, foi amplamente disseminado no Brasil, fazendo com que despertasse o interesse em conhecer as narrativas utilizadas pelo movimento antivacina brasileiro para obter o seu intento de coibir a massiva vacinação contra a covid-19. Quais seriam suas estratégias para convencer e arrebatrar simpatizantes para o movimento?

O objetivo deste artigo é apresentar os resultados de pesquisa realizada na rede social Facebook, a fim de mergulhar nas complexas camadas de discursos presentes em grupos antivacina, para desvendar as ideologias e narrativas subjacentes.

Material e métodos

Trata-se de um estudo que adotou metodologia qualitativa, com fonte documental de investigação, consubstanciado em postagens na Plataforma Facebook.

Foram identificados grupos criados entre 2020 e 2022 na Plataforma Facebook, com objetivo declarado na denominação do grupo e caráter público e aberto, em que se pudesse ler as postagens, sem a necessidade de adesão ao grupo ou identificação prévia.

A identificação dos grupos foi realizada na própria Plataforma do Facebook, utilizando-se os termos: ‘Anti vacina’, ‘Antivacinas’, ‘Movimento antivacina’, ‘Vítimas da covid’, ‘Vacinação obrigatória’ e ‘Não a vacina obrigatória’. A escolha dos termos de busca se deu de modo aleatório, tendo havido uma observação prévia dos grupos, para a definição das palavras mais utilizadas nos citados.

Foram selecionados grupos, conforme os critérios: i) mínimo de 200 participantes; ii) operação exclusivamente em língua portuguesa, iii) atividade desde o segundo semestre de 2020 até o primeiro semestre de 2022.

O critério de número de participantes foi tomado pela prévia observação dos grupos na plataforma escolhida, tendo sido encontrado um número elevado de grupos com poucos participantes, o que não geraria resultados mais sólidos.

Foram encontrados 4 grupos que cumpriram os critérios para participar da pesquisa.

As postagens dos grupos foram lidas obedecendo o marco temporal, privilegiando-se as mais antigas, seguidas daquelas nos períodos subsequentes.

Depois de lidas as postagens, foram separadas as mais afeitas ao objeto da investigação, ou seja, identificadas as narrativas mais prevalentes do movimento. Para isso, instituíram-se critérios de inclusão das postagens: i) discursos sobre teorias conspiratórias; ii) liberdade individual; iii) tirania estatal; iv) apelo ao medo; e v) argumentos supostamente científicos.

Para a análise das postagens selecionadas, utilizou-se o método da Análise de Discurso Crítica (ADC), que permite investigar as estruturas discursivas e ideológicas. Esse método enfoca a linguagem como prática social, considerando como os discursos refletem e reproduzem relações de poder e ideologias. A análise centrou-se em identificar e examinar as quatro narrativas mais comuns dentro dos grupos selecionados, com o intuito de entender como tais narrativas contribuem para a construção e disseminação de ideologias antivacinação.

Conforme Wodak and Meyer⁶, a ADC, dependendo de sua epistemologia, seguirá uma teoria de suporte para questões metodológicas, mas o fato de analisar determinado fenômeno

social, visibilizando questões de poder e ideologia, torna a pesquisa crítica.

Considerando a Abordagem Dialética-Relacional, de Fairclough⁷, a Teoria Social do Discurso apresenta um modelo que considera três dimensões: texto, prática discursiva e prática social, observando que, na realidade, o discurso é parte de uma prática social e, portanto, não deve ser analisado como algo isolado, mas pensado como uma rede, em que há implicações entre os elementos da prática social.

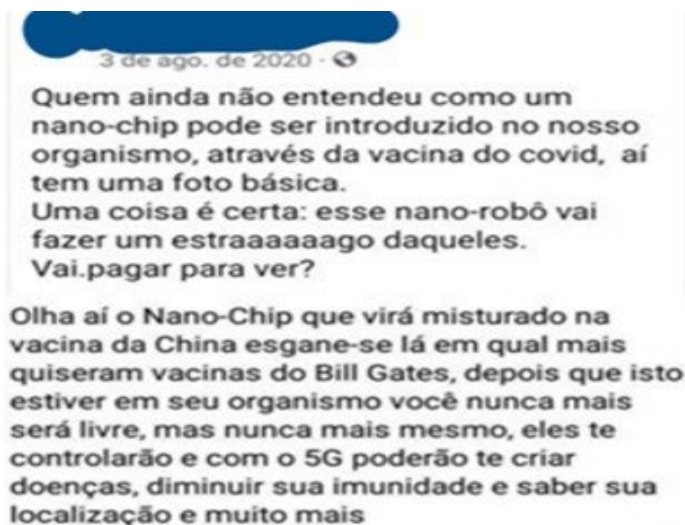
Ademais, o texto é a materialização de uma prática social, por meio de mecanismos linguísticos, sendo possível identificar questões ideológicas e hegemônicas a partir do que é escrito e publicado em espaço um público como a *web*.

Dada a natureza pública das informações analisadas e o foco em grupos acessíveis publicamente no Facebook, este estudo não precisou ser submetido a um Conselho de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2026, do Conselho Nacional de Saúde⁸. No entanto, foram adotadas práticas éticas rigorosas para garantir o anonimato dos participantes e de seus grupos. Todas as identificações pessoais, nomes dos participantes ou quaisquer outras informações que pudessem levar à identificação foram omitidas ou anonimizadas.

Resultados e discussão

Nas postagens analisadas, foram encontrados itens lexicais que remetem a discursos específicos, entre eles, o discurso da manipulação por meio de tecnologias, como o implante de ‘nano-robôs’ para controle populacional, conforme é possível verificar na *figura 1*:

Figura 1. Postagens da Comunidade A



Fonte: postagem extraída do Facebook⁹.

Vê-se a expressão lexical ‘Nano-Chip’, indicando que viria ‘misturado na vacina’, com o avaliador na pergunta inicial intensificado com o uso de várias vogais em ‘estraaaaaago’.

Por meio da escolha lexical e do intensificador, há uma apropriação do discurso científico como forma de controle social, corroborando o discurso antivacina, uma vez que o objetivo da vacinação não seria o de controle da doença, mas um controle social, por meio de outras tecnologias como o ‘Nano-Chip’.

Brotas et al.¹⁰, em trabalho de investigação, também identificaram a intenção de associar a vacina a veneno, riscos e morte e, do ponto de vista político, às liberdades individuais, planos de poder para redução populacional e lucro da big pharma.

Outro discurso empregado como forma de argumentação, na mesma comunidade, foi o de cunho científico com base em alterações de DNA. São apresentados dois discursos considerados antagônicos como fundamentação da argumentação antivacina. Por meio dos itens lexicais ‘demônios’ e ‘gente maligna’,

percebe-se o discurso religioso. Já por meio dos itens lexicais ‘DNA’ e ‘vacinação’, há o discurso científico.

Importante destacar que a problemática sobre o avanço das pesquisas sobre vacinas e os movimentos contrários à ciência e à vacinação já estavam em discussão pelos autores da saúde coletiva desde o início da pandemia da covid-19. Castro¹¹ destacava o paradoxo existente entre o desenvolvimento das estratégias biomédicas de imunização e os possíveis obstáculos que isso enfrentaria em uma sociedade marcada por concepções conflitantes sobre o assunto.

A utilização de processos verbais, como ‘mudará’, ‘obrigar’, ‘tornar’, intensifica uma possível mudança social de submissão e ‘escravização’ dos seres humanos por um suposto movimento de ‘globalistas’, discurso que será explicado na prática social.

Na Comunidade B, foram encontradas representações do movimento ‘globalista’ por meio de itens lexicais específicos (figura 2).

Figura 2. Postagem da Comunidade B

E ainda penso que em um futuro próximo,
o SISTEMA/Deep State /Governo Oculto/
Cabala Negra /Illuminati /Maçonaria/
Donos do Mundo /banqueiros sionistas
(chamem como quiser) vão tentar chipar a
população através de vacinas.

Fonte: postagem extraída do Facebook¹².

Na postagem, há indicações da possível elite ‘o SISTEMA/Deep State/Governo Oculto/Cabala Negra/Illuminati/Maçonaria/Donos do Mundo/banqueiros sionistas (chamem como quiser)’. Por meio das escolhas lexicais, há uma mescla de representações de figuras relacionadas ao governo e ao capitalismo – ‘Deep State’, ‘Governo Oculto’, ‘Donos do Mundo’ e ‘banqueiro’ – com representações relacionadas

ao discurso religioso, presentes em ‘Cabala Negra’, ‘Illuminati’, ‘Maçonaria’ e ‘sionista’.

A argumentação do discurso do ‘globalismo’ é fundamentada pela utilização de itens lexicais relacionados ao discurso científico, presente no item lexical ‘chipar’, como forma de processo verbal, indicando uma possível ação que seria desenvolvida por essa elite (figura 3).

Figura 3. Postagem da Comunidade B

Estamos nas mãos de pessoas perigosas,
que além de ignorarem todas as
evidências dos efeitos colaterais
causados pelo soro milagroso nas
pessoas grandes, agora eles querem
sacrificar as crianças.

Fonte: postagem extraída do Facebook¹².

Em outro *post* da Comunidade B, também foi encontrada a mescla do discurso religioso com o científico, por meio dos itens lexicais ‘efeitos colaterais’ e ‘evidências’, relacionados ao científico, e ‘soro milagroso’ e ‘sacrificar’, relacionados ao religioso.

Maciuszek et al.¹³, em trabalho publicado, enfatizam que os adeptos da vacinação apoiam a ciência, confiam na medicina convencional e se preocupam com ameaças à população decorrentes de não vacinados. Já

os antivacinação possuem motivações mais diversas e, por isso, apresentam uma identidade grupal mais fraca. Porém, os autores não identificaram o viés religioso do movimento antivacina em seu estudo.

Importante pensar que, como afirmado pelos autores citados, se as motivações são mais diversas, pode-se pensar, também, que as comunidades de fala acionadas são maiores e mais plurais. Utiliza-se aqui o conceito de comunidade de fala proposto por Dell Hymes¹⁴,

ou seja, comunidades que congregam sujeitos acionados em determinado discurso. Assim, as postagens podem produzir um maior engajamento, mesmo com pouco ou nenhum sentimento de coletividade.

Ainda com relação ao movimento do 'globalismo', nas postagens da Comunidade B, são acrescentados itens como #contranovaordem-mundial, #contraglobalism, #nãoaoglobalismo.

A maioria das hashtags relacionadas à vacinação foi negativa, segundo Khadafi et al.¹⁵. As hashtags mais populares de oposição à vacinação foram #covidiot (Brasil), #covi-vaccine (EUA) e #antivaccine (Indonésia). Os autores identificam uma forte relação entre as hashtags usadas nos três países, indicando conexão entre os grupos antivacina.

Quanto ao #BoicoteaChina, a vacina desenvolvida pelo país teve muita resistência em ser aceita no Brasil. A associação de uma vacina contra covid-19 com a China reduziu em 16,4% a intenção de imunização da população¹⁶. Essa associação foi amplamente difundida inclusive em discursos da Presidência da República e parlamentares, o que pode acionar a identificação de uma comunidade de fala e de práticas a partir de um certo alinhamento político¹⁴.

A intertextualidade presente em um texto possibilita a análise da prática discursiva, pois

várias vozes são articuladas como forma de compor o que se denominou chamar prática discursiva.

Resende e Ramalho¹⁷⁽⁴⁷⁾ apresentam que:

A intertextualidade é uma categoria de análise muito complexa e potencialmente fértil. Bakhtin (2002) enfatizou a dialogicidade da linguagem, postulando que textos são dialógicos em dois sentidos: primeiro, mesmo textos aparentemente monológicos, como os textos escritos, participam de uma cadeia dialógica, no sentido de que respondem a outros textos e antecipam respostas; segundo o discurso é internamente dialógico porque é polifônico, todo texto articula diversas vozes.

Nos textos das comunidades do Facebook, foram percebidas algumas intertextualidades, ora explícitas, ora implícitas, com discursos e textos. A mais evidente, como forma de validação de uma argumentação, é a intertextualidade com textos científicos.

Foram utilizados textos de divulgação da vacinação como forma de invalidação, utilizando os efeitos colaterais como principais argumentos contrários à vacinação, além de desempenharem papel de comparação de outras doenças com o ato de vacinar (figura 4).

Figura 4. Postagem da Comunidade B



Fonte: postagem extraída do Facebook¹².

Nota-se semelhança nos discursos mesmo em comunidades diferentes. Há uma prevalência do discurso de que a vacinação pode ocasionar outras doenças, fazendo-se considerações ao passado quando houve indicações e validações pela comunidade científica de que produtos da indústria médica causaram má-formação em recém-nascidos. A talidomida, no caso da *figura 4*, e a relação das vacinas com o autismo – demonstrando que o estudo fraudulento de Andrew Wakefield¹⁸, em postagens seguintes, continua propagando tal crença até os dias atuais.

Outra intertextualidade empregada foi aquela indicada em um filme específico: *Matrix*. No filme, é apresentado um

personagem que está preso em um ambiente que parece real, mas que, depois de fazer uma escolha, entende que a realidade está sendo programada por máquinas que utilizam os seres humanos como baterias.

As mensagens antivacina usaram predominantemente histórias anedóticas, humor/sarcasmo e figuras de celebridades como técnicas de persuasão, e se concentraram, principalmente, em valores relacionados às categorias de segurança, teorias políticas/conspiratórias e escolha. As mensagens antivacina usaram, principalmente, a gravidade e a suscetibilidade percebidas, que são elementos de apelo ao medo, segundo estudos de Scannell et al.¹⁹.

Figura 5. Postagem da Comunidade B

Qual o objetivo destas injeções sem
injetar nada??? Medo da vacina???
VAMOS REFLETIR!!!!
DESPERTEM!!
SAIAM DA MATRIX!!!!
ACORDA POVO BRASILEIRO INGÊNUO,
ESCRAVO, OMISSO E APÁTICO!!!
LEIAM!!!! PESQUISEM!!!! POLITIZEM-SE!!!
REAJAM!!!!

Fonte: postagem extraída do Facebook¹².

No *post* da *figura 5*, há uma intertextualidade utilizando imagens dos personagens do filme *Matrix*, associando-os aos aspectos de vacinação da covid-19. No *post*, há uma ordem direta, indicada pela frase ‘saíam da Matrix’, que utiliza a intertextualidade com a produção cinematográfica citada.

Por meio da intertextualidade com a produção cinematográfica, existe uma representação de que as pessoas não estariam em um ambiente propício a escolhas, pois estariam sem liberdade. E somente por meio de uma ideologia antivacina poderia surgir uma nova possibilidade de ação.

Outro discurso apresentado na Comunidade C tem conexão com a liberdade, que foi empregado utilizando uma intertextualidade com a lei. Na postagem: ‘Salve esta foto no seu celular para mostrar como justificativa de recusa caso alguém queira lhe obrigar a tomar uma certa vacina-lixo feita às pressas por aí’.

A foto a que se refere é do texto do art. 15 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002²⁰, que instituiu o novo Código Civil, que dispõe: “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica”.

Apresentando o texto literal do Código Civil, a intenção argumentativa foi a de que as pessoas estariam livres para optar por não se vacinar e que, caso alguma autoridade tivesse a intenção de obrigar a inoculação, as pessoas poderiam mostrar a lei para fundamentar a recusa.

Broniatowski et al.²¹, em estudo, afirmam que a narrativa das páginas antivacinas na internet alternam o discurso de segurança das vacinas para liberdades civis. A utilização de dispositivo do Código civil apenas reforça esse entendimento.

Em postagem na Comunidade identificada como C, houve a publicação do seguinte texto:

Não ao passaporte de imunização! Não aceite o controle estatal sobre o seu corpo! Ninguém pode ser obrigado nem coagido a receber tratamento, vacinas ou ser inoculado com qualquer substância sem seu consentimento. É o fim da liberdade! Resista!²².

Esse *post* apresenta uma intertextualidade com discurso apresentado pela mídia de como seria uma abordagem policial, indicando que todos teriam apenas ‘o direito de receber a vacina e ficar calado independente do que acontece com você’.

Observa-se que a argumentação em favor da liberdade individual não é um fenômeno recente. Personalidades históricas como Lauro Sodré, Vicente de Souza, Barbosa Lima e Rui Barbosa, durante a crise sanitária na cidade do Rio de Janeiro, em 1904, manifestaram-se contra a obrigatoriedade da vacinação. Esses discursos enfatizavam o respeito ao direito individual de escolha, sublinhando a importância de preservar a autonomia pessoal frente às intervenções de saúde pública²³.

Utilizando a intertextualidade com textos científicos, cinematográficos e legais, as postagens conseguem estabelecer uma relação de confiança com o público leitor, permitindo uma representação da vacinação proposta pelo Estado. Em função de serem diversos, os discursos acionam diferentes comunidades

de fala, gerando, dessa forma, uma grande possibilidade de engajamento.

O fato é que o movimento antivacina se voltou contra uma hegemonia capitalista, apesar de apresentar argumentos contra o comunismo. Foi estabelecida uma elite, composta por governo, empresários mundiais e até cientistas, que estariam fomentando uma indústria de enriquecimento global. Há alguns estudos que apontam que isso seria um populismo anticientífico²⁴ ou uma ciência relacionada ao populismo²⁵, em que a ciência e quem mais estiver contra os seus interesses seriam a elite, enquanto aqueles que estão de acordo com os meus interesses seriam o ‘povo’.

Por meio dos discursos, o movimento constrói informações que passam a ser divulgadas: o ‘globalismo’ visa à criação de uma comunidade internacional interconectada, em uma Nova Ordem Mundial, um plano secreto elaborado por elites poderosas para estabelecer um governo mundial autoritário. Essa narrativa frequentemente se mistura com outras teorias da conspiração, como o controle populacional e a vigilância em massa. A teoria do Great Reset é uma teoria incongruente de um governo mundial socialista autoritário, liderado por uma elite de capitalistas e políticos influentes, que ganhou adeptos na internet, apesar das evidentes contradições teóricas. Essa ideia sugere a existência de uma conspiração secreta em andamento globalmente. Propaga a alegação sem base de que o Great Reset faz parte de um esquema maquiavélico orquestrado pela elite global, que supostamente planejou e controlou a pandemia de covid-19. Dentro dessa narrativa, as medidas de confinamento não visavam a mitigar a disseminação do vírus, mas induzir de forma calculada a uma crise econômica, pavimentando o caminho para a instauração de um regime socialista global, ainda que operando em prol de capitalistas poderosos. Essa teoria da conspiração encontrou ressonância entre diversos grupos, incluindo ativistas antivacinação, opositores das medidas de confinamento, curandeiros *new age* e indivíduos de espectros políticos

extremos, tanto da direita quanto da esquerda. Isso se insere no contexto de uma suposta iniciativa das elites globais para reestruturar as economias e sociedades do mundo, sob o pretexto da recuperação pós-pandemia, mas com o verdadeiro objetivo de consolidar o poder e aumentar a vigilância e o controle sobre a população²⁶.

As teorias da conspiração receberam um novo impulso, especialmente com a pandemia da covid-19, através da mídia conspiratória marginal. Thomas e Zhang²⁷ reforçam que as alegações mais disseminadas são que Bill Gates estaria envolvido numa conspiração global, parte da Nova Ordem Mundial e do Grande Reset, para implantar microchips nas vacinas contra a *coronavirus disease*. Segundo os proponentes dessa teoria, esses *microchips* funcionariam como a ‘Marca da Besta’, mencionada no apocalipse bíblico, permitindo não apenas o rastreamento, mas, também, o controle absoluto sobre a população mundial. Essas afirmações são completamente infundadas e foram refutadas por especialistas em saúde pública e tecnologia ao redor do mundo²⁸.

O que se observa é que o movimento antivacina utiliza suas narrativas negacionistas, definidas como a recusa de consensos científicos bem estabelecidos, sem fornecer argumentos sólidos ou que se baseiem em evidências, de forma reiterada. Os que negam a ciência acreditam que os consensos científicos são meras opiniões combinadas entre profissionais que têm interesses obscuros comuns²⁹, contribuindo para o descrédito da ciência.

Existem diversos exemplos ao longo da história do mau uso ou de interpretações preconceituosas do conhecimento científico que ajudam a compreender a desconfiança por parte da população. Já se utilizou a ciência como justificativa para a segregação racial, pesquisas abusivas, genocídios e diversos outros exemplos nefastos. Entre os cientistas, há aqueles que se envolvem em práticas antiéticas para obter vantagens, especialmente em laboratórios de desenvolvimento de medicamentos, onde manipulam descobertas

científicas de maneira imprópria para maximizar seus lucros. Além disso, há charlatões que abusam de sua autoridade científica e da confiança das pessoas para alcançar benefícios financeiros e poder³⁰. Todas essas situações contribuem para a desconfiança na ciência aos olhos do público leigo.

Além do mais, o descontentamento com o conhecimento acadêmico tem outras razões. Vivemos em um mundo moldado pela ciência moderna, mas, frequentemente, sua serventia não é compartilhada de forma equitativa³¹, ou seja, os supostos benefícios, com frequência, não são democratizados e não chegam ao cidadão comum.

No Brasil, uma pesquisa do Centro de Gestão e Estudos Estratégicos revelou uma queda significativa no percentual de pessoas que veem a ciência e a tecnologia como benéficas para a humanidade. Em 2015, 54% acreditavam que a ciência trazia benefícios para a sociedade, mas esse número caiu para 31% em 2019³¹.

Em outro estudo, em que aproximadamente 140 mil pessoas foram entrevistadas, a conclusão foi de que, no Brasil, 73% desconfiam da ciência e 23% acreditam que a produção científica contribui pouco para o desenvolvimento econômico e social do País. Questões religiosas influenciaram significativamente as respostas, com quase metade dos entrevistados afirmando que a ciência contraria suas crenças religiosas, e a maioria preferindo seguir a religião nesses casos³¹.

Com o passar do tempo, a ciência foi se desenvolvendo de uma forma que acabou se encastelando em seu mundo, as pesquisas e os debates ficaram isolados em bolhas, e o distanciamento do público geral foi se tornando uma realidade, acarretando um vácuo de representatividade, já que o público não especializado na ciência não se vê representado. Essa percepção contribui para uma crise geral de legitimidade da ciência, similar à desconfiança com relação ao governo, às instituições e à imprensa, alimentada tanto por críticas de certa forma válidas quanto por discursos infundados e convicções pessoais³¹.

Existem demonstrações desse distanciamento que se evidenciam de diversas formas. Os guetos científicos acabam por ter uma dinâmica de comunicação apenas entre os indivíduos que pertencem à mesma comunidade. Um exemplo é a percepção de que as mudanças frequentes nas orientações das autoridades sanitárias durante evento de surto são resultado de incompetência ou confusão, quando em verdade consistem das incertezas que são inerentes ao próprio desenvolvimento do conhecimento científico, que é insatisfatoriamente comunicado à população. A diferença entre o conhecimento dos especialistas e dos não especialistas está baseada em dois aspectos principais³².

O primeiro aspecto é a discrepância entre o tempo que o conhecimento científico leva para evoluir e o tempo que a sociedade leva para absorver esse conhecimento, o que acaba limitando a capacidade das pessoas de entenderem informações relacionadas às práticas da ciência e da tecnologia. O rápido avanço científico e tecnológico, especialmente nas últimas décadas, faz com que o conhecimento e as tecnologias se tornem obsoletos de forma rápida, e, na área da saúde, não é diferente. Um medicamento que era considerado o melhor tratamento para uma dada doença, de repente, pode ser desconsiderado devido à introdução de um novo medicamento no mercado. De maneira semelhante, um dado alimento, anteriormente visto como pouco saudável, pode, de um dia para o outro, ser recomendado como parte de uma dieta balanceada e saudável, demonstrando que a melhor estratégia para prevenir uma doença transmissível pode mudar de um dia para o outro³².

O segundo aspecto trata das diferentes formas de produção de conhecimento entre cientistas e a população em geral. Cientistas e indivíduos não vinculados ao processo de produção científica aprendem de maneiras diferentes. Um cientista passa muitos anos em ambientes de aquisição de conhecimento formal, como escolas, universidades e cursos de pós-graduação, e se acostuma a basear a

produção de seu conhecimento na busca de evidências, análise de tendências, estimativas baseadas em dados existentes e observação de padrões, além de outros aspectos próprios da construção do conhecimento científico. O cientista também se acostuma com dois princípios que são básicos para a ciência: as incertezas e o processo de constante evolução do conhecimento científico. Ou seja, para um cientista, a revisão quase diária de orientações durante uma crise sanitária e as mudanças de orientação resultantes do surgimento de novas evidências são processos naturais e esperados. Em contrapartida, para a população em geral, essa situação é frequentemente vista com desconfiança, como se indicasse despreparo, desconhecimento e/ou insegurança por parte dos cientistas, técnicos ou especialistas³².

Existe um crescente distanciamento entre as demandas de conhecimento científico presentes nas informações sobre saúde e o grau de conhecimento que as pessoas a quem essas informações são destinadas realmente possuem. Esse é o ponto de partida e a principal justificativa para desenvolver e implementar estratégias de literacia em saúde de indivíduos e grupos³⁰⁻³², o que poderia aproximar o público em geral da comunidade científica.

De outra banda, durante a pandemia, foram observados discursos de políticos em várias regiões do globo que corroboram a tese antivacina, além de figuras influentes e formadores de opinião, que impactaram as crenças e atitudes da população com relação à confiança nas vacinas. Exemplos notáveis incluem Donald Trump, nos Estados Unidos, Jair Bolsonaro, no Brasil, Boris Johnson, no Reino Unido, e Narendra Modi, na Índia³³, revelando a politização da saúde.

A politização ou, por que não, a partidariização, tornou-se ainda mais clara no estado americano do Texas, onde o movimento antivacina se estabeleceu de forma ainda mais evidente, já que exerce influência significativa na esfera política. O artigo 'Lessons from the Front Line'³⁴ demonstra a organização e o financiamento dos ativistas antivacina, que

conseguiram implementar legislação contrária à vacinação em um ambiente político turbulento, colocando em risco a segurança da saúde pública. Esse movimento começou a ganhar força nos primeiros anos do Século XXI, atingindo um ponto crucial em 2003, com a aprovação da Lei 2292 durante a 78ª Sessão Legislativa Regular. Essa lei permitiu que os pais optassem por não vacinar seus filhos nas escolas com base em convicções filosóficas. Desde então, o movimento tem ampliado sua influência nas políticas de vacinação do Texas, trabalhando em conjunto com legisladores republicanos, no sentido de enfraquecer as políticas de imunização estabelecidas³⁴.

Por mais delirantes que possam parecer o negacionismo científico e as teorias da conspiração contidas no discurso antivacina, e que continuam sendo repetidos mesmo quando existem provas contrárias, não se pode entender esse fenômeno exclusivamente como resultado de problemas psicológicos ou de pessoas que estejam em situação de vulnerabilidade ao medo e à desconfiança. Além dos fatores socioculturais, que podem estar presentes, a negativa científica geralmente é formulada e influenciada por ações político-ideológicas deliberadas de certos grupos, que atuam promovendo a dúvida e o medo, distorcendo e manipulando informações com o objetivo de capturar emoções, atraindo indivíduos para versões fictícias da realidade e mobilizando-os em favor de seus próprios interesses.

A dificuldade de contato da ciência com o mundo cotidiano gera a sua negação pela população, e os discursos carismáticos vão ocupando as lacunas deixadas. Ou seja, existem duas situações: a grande dificuldade da ciência de dialogar com o público e, por outro lado, a existência de líderes carismáticos que exercem influência sobre a população.

Sendo assim, a população, distante dos pesquisadores de produção científica, fica vulnerável aos discursos antivacina disseminados nas redes e muitas vezes endossados por políticos carismáticos que se posicionam e

são identificados como detentores da verdade. Nesse contexto, somando a profusão de informações na internet e a popularização, polarização e partidarização das redes sociais, fica evidente a necessidade urgente de se estabelecer um diálogo mais efetivo da Saúde com a população. A ciência precisa se tornar popular, precisa se aproximar das pessoas.

Considerações finais

O movimento antivacina esteve presente no momento histórico da pandemia da covid-19. Embora não seja um movimento novo, não há dúvidas de que o advento da internet e das redes sociais abriu espaço à disseminação em escala global dos seus objetivos.

O estudo demonstrou que o movimento antivacina, no Brasil, utilizou uma potente forma de divulgação de narrativas para a sociedade, na tentativa de divulgar sua ideologia pelo Facebook.

Por meio da ADC foi possível identificar o problema social, a hesitação vacinal por parte da população, que acabou sendo potencializada pela influência do discurso antivacina.

Concorda-se que é paradoxal a forma como o movimento antivacina se posiciona: por um lado, rejeita a ciência, a medicina fundamentada em evidências e os ensaios clínicos relacionados a vacinas; por outro lado, vale-se paradoxalmente de declarações de cientistas para legitimar suas posições³⁵.

O discurso antivacina está embasado em discursos como a tese 'globalista', efeitos colaterais, em sua maioria, inexistentes, mutações promovidas pela alteração do DNA e direito à liberdade individual de escolha. Estabelece um tom agressivo para suas argumentações, utilizando-se de dados da ciência, da religião e de políticos como embasamento.

Os achados deste estudo revelam que os discursos atuais sobre saúde têm muitas semelhanças com as narrativas do passado, adaptando-se aos contextos contemporâneos somente quando necessário. Esse padrão sugere que, ao

compreender e evitar os equívocos do passado, podemos descobrir abordagens efetivas para resolver os dilemas atuais relacionados à comunicação em saúde.

O distanciamento da ciência do cidadão comum, em combinação com os discursos carismáticos de políticos, contribui para a hesitação vacinal, demonstrando a necessidade de melhorar a comunicação em saúde, com linguagem clara, simples, direta e, acima de tudo, baseada em evidências, objetivando elaborar conteúdos que esclareçam a população de maneira mais assertiva. Evitar a simples invalidação de argumentos antivacina, preferindo promover um diálogo isento de inclinações ideológicas ou políticas, é imperativo para garantir que a mensagem seja acessível a todos os segmentos da sociedade. Um discurso enviesado pode comprometer a universalidade da comunicação, resultando em resistência à vacinação. A educação em saúde, na perspectiva da vacinação, deve ser ampliada a diversos públicos, e nas plataformas sociais digitais, a literacia sanitária é inadiável.

A chave está na educação em saúde: ela precisa ser simples, direta e, acima de tudo,

baseada em evidências. É preciso entender que a saúde não pertence a esse ou aquele grupo político: ela é de todos e para todos.

É sobre ter a chance de viver uma vida plena e saudável, pois, no fim das contas, cuidar da saúde é cuidar das pessoas ao nosso redor, é construir uma comunidade mais forte e unida. Porque, quando se trata de bem-estar, todos estamos no mesmo barco.

Colaboradores

Nogueira TR (0000-0001-6576-7614)* colaborou para coleta, análise e interpretação dos dados e redação do texto do manuscrito. Dias TRN (0000-0002-7851-6539)* colaborou para análise e interpretação dos dados e redação do texto do manuscrito. Rodrigues MES (0009-0000-0716-9739)* colaborou para redação do texto do manuscrito. Pereira ÉL (0000-0002-7771-1594)* e Ramos BEM (0000-0001-6064-1879)* colaboraram para análise dos dados e revisão do texto do manuscrito. Delduque MC (0000-0002-5351-3534)* colaborou para aprovação final do texto do manuscrito. ■

Referências

1. Neto L. A vacina sem revolta: a luta de Rodolpho Theophilo contra o poder e a peste. São Paulo: Bella Editora; 2022. 226 p.
2. Kalichman SC, Eaton LA, Earnshaw VA, et al. Faster than warp speed: early attention to COVID-19 by anti-vaccine groups on Facebook. *J Public Health (Bangkok)*. 2022;44(1):e96-e105. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab093>
3. Santos CJ, Carvalho Neto ADPM, Rocha TJM, et al. Vaccine hesitation and the 'pandemic' of the unvaccinated: What to do to face the new 'vaccine Revolt'? *Medicina (Ribeirão)*. 2022;55(1):e-192095. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2022.192095>
4. Veronesi I. Tendências Digitais 2023 [Internet]; 2023 [acesso em 2025 jan 3]. Disponível em: <https://www.comscore.com/por/Insights/Apresentacoes-e-documentos/2023/Tendencias-Digitais-2023>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Organização Panamericana da Saúde. Dez ameaças à saúde que a OMS combaterá em 2019. Opas [Internet]. 2019 jan 17 [acesso em 2025 jan 3]; Início. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-1-2019-dez-ameacas-saude-que-oms-combatera-em-2019>
6. Wodak R, Meyer M. Methods of Critical Discourse Analysis [Internet]. Londres: Sage Publications; 2009 [acesso em 2025 jan 3]. Disponível em: www.sagepub.co.uk/iqm
7. Fairclough N. Discurso e mudança social. Brasília: Editora UnB; 2001. 316 p.
8. 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.
9. Comunidade A – Comunidade no Facebook: Debatendo sobre as Vacinas [Internet]. 2024 [acesso em 2024 mar 21]. Disponível em: <https://www.facebook.com/groups/1000109736827250>
10. Brotas AMP, Costa MCR, Ortiz J, et al. Discurso antivacina no YouTube: a mediação de influenciadores. Rev Eletrôn Comun Inf Inov Saúde. 2021;15(1):72-91. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v15i1.2281>
11. Castro R. Vacinas contra a Covid-19: o fim da pandemia? Physis. 2021;31(1):e310100. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310100>
12. Comunidade B – Comunidade no Facebook: Reações e a Verdade Sobre As Vacinas [internet]. 2024 [acesso em 2024 mar 12]. Disponível em: <https://www.facebook.com/groups/763981737694864>
13. Maciuszek J, Polak M, Stasiuk K, et al. Active pro-vaccine and anti-vaccine groups: Their group identities and attitudes toward science. PLoS One. 16(12):e0261648. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261648>
14. Hymes D. Models of the Interaction of Language and Social Life. In: Paulston CB, Tucker GR, editores. Sociolinguistics: the essential readings. Oxford: Blackwell Publ. 2003, p. 35-71
15. Khadafi R, Nurmandi A, Qodir Z, et al. Hashtag as a new weapon to resist the COVID-19 vaccination policy: a qualitative study of the anti-vaccine movement in Brazil, USA, and Indonesia. Hum Vaccin Immunother. 2022;18(1):2042135. DOI: <http://doi.org/10.1080/21645515.2022.2042135>
16. Ferrari M. 2020. Brasileiros têm mais resistência a tomar vacinas chinesa e russa, diz estudo. CNN [Internet]. 2020 out 26 [acesso em 2025 jan 3]; Saúde. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/brasileiros-tem-mais-resistencia-a-tomar-vacinas-chinesa-e-russa-diz-estudo/>.
17. Resende VM, Ramalho V. Análise do discurso crítica. São Paulo: Contexto; 2006. 160 p.
18. Shelby A, Ernst K. Story and science: how providers and parents can utilize storytelling to combat anti-vaccine misinformation. Hum Vaccin Immunother. 2013;9(8):1795-1801. DOI: <http://doi.org/10.4161/hv.24828>
19. Scannell D, Desens L, Guadagno M, et al. COVID-19 Vaccine Discourse on Twitter: A Content Analysis of Persuasion Techniques, Sentiment and Mis/Disinformation. J Health Commun. 2021;26(7):443-459. DOI: <http://doi.org/10.1080/10810730.2021.1955050>
20. Presidência da República (BR). Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2002 jan 11 [acesso em 2025 jan 3]; Edição 8; Seção I;1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm
21. Broniatowski DA, Jamison AM, Johnson NF, et al. Facebook Pages, the ‘Disneyland’ Measles Outbreak, and Promotion of Vaccine Refusal as a Civil Right, 2009–2019. Am J Public Health. 2020;110(supl3):S312-S318. DOI: <http://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305869>

22. Comunidade C – Contra a vacinação obrigatória [Internet] 2024 [acesso em 2024 mar 7]. Disponível em: <https://www.facebook.com/groups/1542331419271651>
23. Carvalho JM. Os Bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi. São Paulo: Companhia das Letras; 2019. 192 p.
24. Monari ACP, Araújo KM, Souza MR, et al. Legitimando um populismo anticiência: análise dos argumentos de Bolsonaro sobre a vacinação contra Covid-19 no Twitter. *Liinc Rev.* 2021;17(1):e5707. DOI: <https://doi.org/10.18617/liinc.v17i1.5707>
25. Mede NG, Schafer MS. Science-related populism: Conceptualizing populist demands toward science. *Public Underst Sci.* 2020;29(5):473-491. DOI: <https://doi.org/10.1177/0963662520924259>
26. Robinson O, Sardarizadeh S, Goodman J, et al. ‘Great Reset’: como um plano econômico virou teoria da conspiração global. UOL [Internet]. 2021 jun 30 [acesso em 2025 jan 3]; Notícias. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/bbc/2021/06/30/great-reset-como-um-plano-economico-virou-teoria-da-conspiracao-global.htm>
27. Thomas E, Zhang A. Bill Gates and the Mark of the Beast: How Covid-19 Catalyses Existing Online Conspiracy Movements [Internet]. [local desconhecido]: Australian Strategic Policy Institute; 2020 [acesso em 2025 jan 3]. Disponível em: <https://www.aspi.org.au/>
28. Orsi C. Negacionismo & desafios da ciência. São Paulo: Editora de Cultura; 2022. 112 p.
29. Pilati R. Ciência e Pseudociência: por que acreditamos apenas naquilo em que queremos acreditar. São Paulo: Contexto; 2022. 160 p.
30. Takimoto E. Como dialogar com um negacionista. São Paulo: Livraria da Física; 2021. 152 p.
31. Peres F, Rodrigues KM, Silva TL. Literacia em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021. 154 p.
32. Hernández Rincón EH, Lamus Lemus F, Díaz Quijano DM, et al. Resistencia de la población hacia la vacunación en época de epidemias: a propósito de la COVID-19. *Rev Panamer Salud Púb.* 2022;46(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.148>
33. Lakshmanan R, Sabo J. Lessons from the Front Line: Advocating for Vaccine Policies at the Texas Capitol During Turbulent Times. *J Appl Res Child.* 2019;10(2). DOI: <https://doi.org/10.58464/2155-5834.1402>
34. Fernandes J, Lanzarini NM, Homma A, et al. Vacinas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021. 110 p.
35. Nobre R, Guerra LDS, Carnut L. Hesitação e recusa vacinal em países com sistemas universais de saúde: uma revisão integrativa sobre seus efeitos. *Saúde debate.* 2022;46(esp1):303-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E121>

Recebido em 29/09/2024

Aprovado em 19/02/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Matriciamento em saúde mental: a perspectiva dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial

Matrix support in mental health: The perspective of professionals from Psychosocial Care Centers

Daniela Cristine Moraes da Silva¹, Luciana Santos Dubeux¹

DOI: 10.1590/2358-289820251459800P

RESUMO O objetivo deste estudo é avaliar a implantação do matriciamento nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) tipos II e III 24 horas em Recife, Pernambuco. Desenvolveu-se um estudo avaliativo, do tipo normativo, com aferição do Grau de Implantação (GI) baseado em critérios, indicadores e parâmetros de estrutura e processo orientados pela construção do modelo lógico e da matriz de análise e julgamento, validados por consulta a especialistas. A coleta dos dados envolveu a aplicação de questionário estruturado com 97 gestores e profissionais de nível superior, observação não participante e consulta a documentos. Apontam-se GI incipiente (53,1%) da intervenção, e por dimensão, estrutura e processo (44,8% e 57,2%, respectivamente). Na dimensão processo, o componente ações educacionais apresentou-se não implantado (18%), enquanto as ações pedagógico-terapêuticas se mostraram implantadas (78,4%), à exceção do Caps E. O estudo demonstrou implantação desfavorável, expondo fragilidades e fortalezas das ações do matriciamento dos Caps de Recife, com capacidade para contribuir para a adoção de mudanças positivas na gestão e na prática clínica. Recomenda-se investimento em formação profissional de matriciadores e gestores, em instrumentos de trabalho, em tecnologias digitais e em ações educativas.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Serviços de saúde mental. Qualidade da assistência à saúde. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *This study aims to evaluate the implementation of the matrix support model in 24-hour Type II and III Mental Health Centers (CAPS) in Recife, Pernambuco. An evaluative, normative study was conducted, assessing the Degree of Implementation (DoI) based on criteria, indicators and structural and process parameters guided by the construction of the logical model and judgment matrix, validated by expert consultation. Data collection involved the application of a structured questionnaire to 97 managers and higher-level professionals, non-participation observation and document review. The DoI is incipient (53.1%) of the intervention, and by dimension structure and process (44.8% and 57.2%, respectively). In the process dimension, the educational actions component was not implemented (18%), while the pedagogical-therapeutic actions were implemented (78.4%), except for CAPS E. The study demonstrated unfavorable implementation, exposing weaknesses and strengths of matrix support actions in Recife's CAPS, with the potential to contribute to positive changes in management and clinical practice. Investment in professional training for matrix supporters and managers, work instruments, digital technologies, and educational actions is recommended.*

KEYWORDS *Mental health. Mental health services. Quality of health care. Health evaluation.*

¹Instituto de Medicina
Integral Professor Fernando
Figueira (Imip) - Recife
(PE), Brasil.
danielamorairecife@gmail.
com

Introdução

O elevado grau de sofrimento que acomete a população mundial, incluindo a diversidade do contexto social brasileiro, gera transtornos mentais ao indivíduo e aos seus familiares. Para além dessa abrangência, conduzem a elevados custos diretos ao sistema de saúde (cuidados terapêuticos, médicos/psiquiátricos e de necessidade de reabilitação); bem como custos indiretos devido à perda da produtividade, ao desemprego, falta ao trabalho e a custos de assistência social. Embora representem 12% da carga global de doenças e 1% das mortes, o percentual de investimento destinado às ações para a atenção à saúde mental representa menos de 1% do orçamento da saúde¹.

No contexto brasileiro, há uma prevalência de 3% de transtornos psiquiátricos graves e persistentes na população em geral². Apesar da gravidade desses problemas, no Brasil, ainda existem resistências ao tratamento dos transtornos mentais, especialmente devido a barreiras culturais, financeiras e estruturais que dificultam o acesso e a busca dos serviços de saúde. Essas barreiras estão relacionadas a fatores como o estigma ou a falta de conhecimento sobre a doença, a percepção de que o tratamento é ineficaz, a escassez de serviços disponíveis e a falta de capacitação das equipes de atenção primária para identificar os casos, entre outros³. Adicionalmente, percebe-se a inadequação no que se refere à demanda e à oferta dos atendimentos psiquiátricos nos sistemas de saúde. Calcula-se que, em países em desenvolvimento, entre 76% e 85% dos sujeitos com transtornos mentais não recebem tratamento, enquanto nos países desenvolvidos, entre 35% e 50% dos indivíduos com transtornos mentais encontram-se nessa situação⁴.

No Brasil, a arquitetura do sistema de saúde se organiza em Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) relevante para a articulação entre níveis assistenciais, incluindo a Atenção Primária à Saúde (APS) e os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que correspondem à

atenção especializada de base comunitária em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as atribuições do Caps, o matriciamento possibilita discussões sobre saúde mental na APS, permitindo que os profissionais se apropriem dos casos e fortaleçam a integração entre níveis de assistência, o que contribui para maior resolução dos casos. Dessa forma, favorece a efetividade do cuidado prestado às pessoas em sofrimento psíquico⁵.

Nesse contexto, o matriciamento é uma intervenção pedagógico-terapêutica, com encontros entre equipes de atenção primária e especializada para produzir saúde de modo compartilhado⁶. As três diretrizes dessa prática, na perspectiva de Oliveira e Campos⁷, alicerçam-se no apoio, na cogestão e corresponsabilização. As relações interprofissionais devem transcender a lógica da divisão de tarefas, da excessiva valorização do especialista e do incipiente compromisso com o cuidado integral, cabendo reforçar que o matriciamento representa o principal método adotado no Brasil para acolher e inserir novos profissionais na APS^{6,7}.

O matriciamento tem sido o principal eixo para integrar a saúde mental especializada à APS em diversos municípios brasileiros nos últimos anos⁸. Todavia, Lima e Dimenstein⁹ apontam desafios na sua implantação em âmbito nacional, como a fragilidade da política de APS, divergências conceituais e de modelos de atuação, falta de suporte dos gestores, irregularidade do matriciamento, baixa influência na regulação da Raps, conflitos entre equipes, escassez de psiquiatras no matriciamento e uma abordagem ambulatorial excessivamente centrada em encaminhamentos ao especialista⁹.

Destaca-se, dentro dessa perspectiva, que a avaliação em saúde pode ser um dispositivo capaz de oferecer resposta às demandas sociais¹⁰. Diante de um mundo em contínua mudança, o profissional de saúde mental se depara com dúvidas sobre sua atuação ao lidar com um indivíduo que sofre psicologicamente e que está inserido em um cenário

de adoecimento com aspectos socioculturais, em um determinado período histórico. Nessa perspectiva ampla do processo de adoecimento psíquico, das práticas de matriciamento e dos seus efeitos, torna-se pertinente a realização de estudos avaliativos para evidenciar os acertos, corrigir as falhas, além de apoiar a formulação de novos processos de decisão política¹¹. Nesse cenário, a presente pesquisa tem o objetivo de avaliar a implantação do matriciamento nos Caps tipos II e III 24 horas em Recife, Pernambuco.

Material e métodos

Trata-se de uma avaliação normativa, que consiste em fazer um julgamento sobre a relação entre as normas previstas e a intervenção no que tange aos recursos empregados, sua organização e aos serviços prestados, ou seja, estrutura e processo, respectivamente¹². No presente estudo, a intervenção a ser avaliada é o 'matriciamento dos Caps em Recife – PE'. Trata-se de um estudo de caso, porque o objetivo do trabalho é analisar detalhadamente a intervenção em foco¹³.

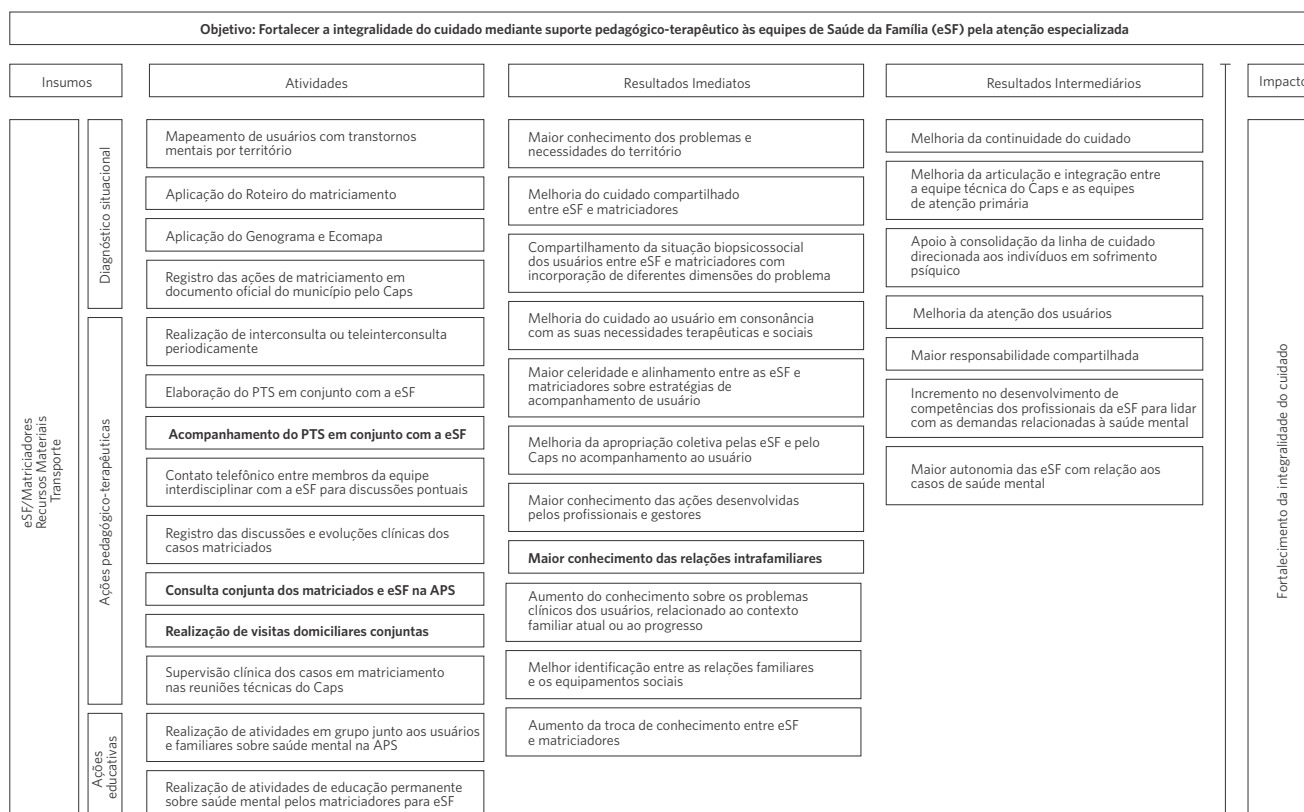
O município de Recife possui 1.653.461 habitantes, extensão territorial de 218 km², é contemplado por 94 bairros, com composição territorial diversificada, de modo que sua divisão político-administrativa abrange seis Regiões Político-Administrativas (RPA) e oito Distritos Sanitários (DS). A maior concentração populacional se encontra no DS IV, compreendendo 18,24% da população, enquanto o DS I apresenta-se como o menos populoso, correspondendo a 5,10% da população¹⁴.

Os Caps são distribuídos territorialmente em 17 centros localizados nos DS, com exceção do DSVIII, sendo eles: 3 Caps Tipo II, 5 Caps Tipo III 24H, 4 Caps Álcool e outras Drogas

(Caps AD), 2 Caps AD Tipo III 24H e 3 Caps Infantojuvenis (Capsi). Este estudo ocorreu nos quatro Caps tipo II e quatro Caps tipo III 24h. Foram excluídos da pesquisa os Caps AD e os Capsi, cuja assistência é voltada para populações de portadores de transtornos mentais específicos e com particularidades relacionadas aos cuidados de saúde e vulnerabilidades: dependentes químicos e crianças/adolescentes, respectivamente¹⁵.

Para descrever a intervenção avaliada, foi utilizado como referência o modelo lógico elaborado por Figueiroa¹⁶; e, a partir dos elementos contidos nesse modelo lógico preliminar, foi realizada uma análise de documentos para atualização e adaptação aos Caps avaliados. Para tanto, foram considerados referenciais normativos e científicos, conferindo maior ênfase na operacionalização do matriciamento dos Caps tipos II e III 24h, na atualização das informações, bem como foram incluídos elementos relacionados à atenção psicossocial na época da pandemia da covid-19. O modelo lógico final foi composto pelos componentes diagnóstico situacional, ações pedagógico-terapêuticas e ações educacionais, e, em seguida, foi submetido à consulta de especialistas envolvidos no programa, quais sejam: gestores de saúde mental, profissionais do Caps, gestores e profissionais da APS e profissionais da área de avaliação em saúde, os quais opinaram sobre a coerência e a pertinência dos elementos do modelo (*quadro 1*). Tal ferramenta subsidiou a elaboração da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), composta por critérios, indicadores, parâmetros e fonte de verificação para coleta de dados, atribuindo-se pontuação para cada indicador, norteados pela sua relevância para o bom funcionamento da intervenção. A MAJ também foi submetida aos especialistas supracitados (*quadro 2*).

Quadro 1. Modelo Lógico do matriciamento dos Caps no município do Recife, Pernambuco – 2023



Fonte: elaboração própria.

Quadro 2. Matriz de Análise e Julgamento do matriciamento dos Centros de Atenção Psicossocial no município do Recife, Pernambuco – 2023

Critérios	Indicador	Padrão	Valor máximo esperado	Fonte de verificação	Descrição do valor ou ponto de corte***
Dimensão Estrutura					
Equipes de Saúde da Família	% de eSF matriciadas pelo Caps	≥ a 90%	5	Entrevista com gestores Observação direta	90 a 100% = 5 pontos 89% a 50% = 3 pontos < 50% = 0 pontos
Profissionais de Saúde				Análise de documentos	
Recursos Físicos	Existência de equipe mínima do Caps*	Sim	5	Entrevista com gestores Observação direta	Sim = 5 Não = 0
Recursos Materiais				Análise de documentos	
	Presença da equipe interdisciplinar completa do Caps com formação (curso ou capacitação) específica para realizar matriciamento	Sim, se equipe completa	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Equipe completa = 5 pontos Maioria dos profissionais = 3 pontos Nenhum profissional = 0 pontos

Quadro 2. Matriz de Análise e Julgamento do matriciamento dos Centros de Atenção Psicossocial no município do Recife, Pernambuco – 2023

Critérios	Indicador	Padrão	Valor máximo esperado	Fonte de verificação	Descrição do valor ou ponto de corte***
Dimensão Estrutura					
Equipes de Saúde da Família	Existência de USF com sala de reunião disponível para matriciamento na APS	Sim, se todas	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Todas = 5 pontos Maioria = 3 pontos Nenhum = 0 pontos
Profissionais de Saúde	Existência de USF com sala para atendimento conjunto disponível para matriciamento	Sim, se todas	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Todas = 5 pontos Maioria = 3 pontos Nenhum = 0 pontos
Recursos Físicos	Existência de internet no Caps disponível para ações do matriciamento	Sim	3	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sim = 3 pontos Não = 0 pontos
Recursos Materiais	Presença de computadores ou tablets no Caps para ações do matriciamento	Sim	3	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sim = 3 pontos Não = 0 pontos
	Disponibilidade de transporte regular no Caps para matriciamento	Sim, se sempre	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sempre = 5 pontos Às vezes = 3 pontos Nunca = 0 pontos
	Existência de roteiro de matriciamento no Caps	Sim, se sempre	4	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sim = 4 pontos Não = 0 pontos
Pontuação máxima da dimensão Estrutura = 40 pontos					
Dimensão Processo					
Diagnóstico situacional	Existência de mapeamento de usuários com transtornos mentais	Sim	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sim = 5 Não = 0
	Existência de conhecimento dos profissionais do Caps sobre mapeamento de usuários com transtornos mentais graves por território	Sim, se maioria dos profissionais	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Maioria = 5 Minoria = 3 Nenhum = 0
	Aplicação de roteiro do matriciamento	Sim, se sempre	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sempre = 5 Às vezes = 3 Nunca = 0
	Aplicação de Genograma nos casos complexos	Sim, se para maioria dos casos	4	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Maioria = 4 Minoria = 1 Nunca = 0

Quadro 2. Matriz de Análise e Julgamento do matriciamento dos Centros de Atenção Psicossocial no município do Recife, Pernambuco – 2023

Critérios	Indicador	Padrão	Valor máximo esperado	Fonte de verificação	Descrição do valor ou ponto de corte***
Dimensão Processo					
Diagnóstico situacional	Aplicação de Eco-mapa nos casos complexos	Sim, se para maioria dos casos	4	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Maioria = 4 Minoria = 1 Nunca = 0
	Existência de registro do matriciamento em documento oficial (BPA-C)** do município pelo Caps	Sim, se para maioria dos casos	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Maioria = 5 Minoria = 3 Nunca = 0
Ações pedagógico-terapêuticas	Realização do apoio matricial pela equipe interdisciplinar do Caps	Sim, para maioria dos casos	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Maioria = 5 Minoria = 3 Nunca = 0
	Realização de interconsulta ou teleinterconsulta mensalmente por eSF	Sim, se para a maioria dos casos	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Maioria = 5 Minoria = 3 Demanda espontânea do território = 0 Nunca = 0
	Elaboração de PTS em conjunto com a eSF	Sim, se a maioria dos casos	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Maioria = 5 Minoria = 3 Nunca = 0
	Existência de casos matriciados com PTS acompanhados em conjunto com a eSF	Sim, se a maioria dos casos	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Maioria = 5 Minoria = 3 Nunca = 0
	Realização de contato telefônico entre membros da equipe interdisciplinar com eSF para discussões pontuais	Sim	2	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sim = 2 Não = 0
	Existência de registro físico ou digital das discussões e evolução clínica dos casos matriciados	Sim	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sim = 5 pontos Não = 0 pontos
	Existência de consulta conjunta dos matriciadores e eSF na APS	Sim	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sim = 5 pontos Não = 0 pontos
	Realização de visitas domiciliares conjuntas	Sim	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sim = 5 pontos Não = 0 pontos
	Supervisão clínica dos casos em matriciamento nas reuniões técnicas do Caps	Sim	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sim = 5 pontos Não = 0 pontos

Quadro 2. Matriz de Análise e Julgamento do matriciamento dos Centros de Atenção Psicossocial no município do Recife, Pernambuco – 2023

Critérios	Indicador	Padrão	Valor máximo esperado	Fonte de verificação	Descrição do valor ou ponto de corte***
Ações educativas	Realização de atividades em grupo junto aos usuários e familiares sobre saúde mental na APS	Sim	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sim = 5 pontos Não = 0 pontos
	Realização de atividades de educação permanente sobre saúde mental pelos matriciadores para eSF	Sim	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sim = 5 pontos Não = 0 pontos

Pontuação máxima da dimensão Processo = 80 pontos

Fonte: elaboração própria.

* Equipe mínima do Caps II para atender 30 pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 pacientes por dia, em regime intensivo: 01 médico psiquiatra, 01 enfermeiro com formação em saúde mental, 04 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. Equipe mínima do Caps III para atender 40 pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 pacientes por dia, em regime intensivo: 02 médicos psiquiatras, 01 enfermeiro com formação em saúde mental, 05 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

** BPA-C: Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado.

*** Não Sabe (NS)/pontuou 0 em todos os casos.

Os indicadores da MAJ auxiliaram na formulação do questionário estruturado, para averiguar o Grau de Implantação (GI) das ações do matriciamento nos Caps. O questionário, com 34 questões, foi inserido no *software* SurveyMonkey^{®17}, o que dispensou a impressão do instrumento, bem como permitiu a emissão de relatórios que facilitaram o processamento dos dados. Esse instrumento foi aplicado com os gerentes e profissionais de nível superior, distribuídos entre 24 enfermeiros (24,74%), 22 psicólogos (22,68%), 18 assistentes sociais (17,52%), 17 psiquiatras (17,52%), 14 terapeutas ocupacionais (14,43%), 1 farmacêutico (1,03%) e 1 nutricionista (1,03%) dos oito Caps da cidade do Recife, totalizando 97 entrevistados. Houve 55,4% de representatividade dessas categorias profissionais do Caps e 44,6% de perda desses atores devido a recusa, férias, afastamentos de saúde e licença. Entre os gerentes, acrescentou-se a consulta a documentos, a observação direta e duas perguntas referentes

ao percentual de eSF matriciadas pelo Caps e à presença de equipe mínima preconizada em portaria ministerial mais atual¹⁸. A coleta de dados ocorreu no mês de janeiro de 2023.

As respostas aos questionários foram consolidadas em um banco de dados no programa Excel (versão compatível com 97-2003). Com base nos parâmetros estabelecidos, a classificação do GI foi obtida por meio da relação proporcional entre a pontuação esperada e a pontuação alcançada nas dimensões estrutura e processo. A classificação do GI foi dada de acordo com os seguintes pontos de corte adaptados de Figueiroa¹⁶: implantado (75% a 100%), parcialmente implantado (60% a 74,9%), incipiente (40% a 59,9%) e não implantado (abaixo de 40%).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Imip), com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE)

nº 56339622.7.0000.5201, sob parecer 5.371.815, de acordo com a Resolução nº 466/2012¹⁹ e a Resolução nº 510/2016²⁰ do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

A avaliação do GI dos Caps abordados apresentou classificação incipiente, tendo apenas o Caps F sido enquadrado como parcialmente implantado. Do mesmo modo, a dimensão estrutura foi classificada como incipiente, embora o Caps G tenha se apresentado como

não implantado. Sobre a dimensão processo, o GI dos Caps analisados foi incipiente, porém, os Caps B, D, F e H se situam como ‘parcialmente implantados’. Sob a perspectiva dos componentes avaliados, as ações pedagógico-terapêuticas obtiveram a maior pontuação, enquadrando-se como implantadas. Por sua vez, o componente ações educativas apresentou-se como não implantado no conjunto dos Caps, tal como diagnóstico situacional, que obteve a mesma classificação, apesar dos Caps E, F e H terem alcançado GI incipiente (tabela 1).

Tabela 1. Grau de implantação (GI) do apoio matriciamento dos Caps por dimensão e componente no município do Recife, Pernambuco – 2023

	Caps/ GI (%)								
Dimensão/componente	A	B	C	D	E	F	G	H	Total
Estrutura									
GI estrutura (%)	43,8	49,1	42,0	44,3	46,5	56,3	39,0	43,5	44,8
Processo									
Diagnóstico situacional	38,2	38,5	36,1	37,5	41,4	51,4	36,1	45,7	39,7
Ações pedagógico-terapêuticas	77,9	91,0	76,4	89,5	71,0	75,2	75,7	82,4	78,4
Ações educacionais	15,3	27,5	6,0	36,0	4,0	37,0	27,0	14,0	18,0
GI processo (%)	56,1	64,6	53,5	64,6	52,2	62,1	55,7	61,0	57,2
GI: Estrutura + Processo (%)	52,0	59,4	49,4	57,8	50,3	60,7	50,7	55,1	53,1

Fonte: elaboração própria.
Implantado = 75 a 100%; Parcialmente implantado = 60 < 74,9%; Incipiente = 40 < 59,9%; Não implantado = 0 < 39,9%

Os resultados demonstraram semelhanças entre os Caps, ressaltando a coerência entre as respostas dos profissionais e gestores entrevistados. Outrossim, os achados observados foram semelhantes aos de estudos realizados tanto em Pernambuco como em âmbito nacional. Nacionalmente, o matriciamento é visto como uma prática em construção que ainda precisa ser fortalecida para alcançar seu pleno potencial^{6,9}. Nesse contexto, uma pesquisa¹⁶

desenvolvida nos Caps AD no município do Recife, em 2012, demonstrou a manutenção de algumas fragilidades e o avanço de critérios relacionados à estrutura e à organização do processo de trabalho. Entre os indicadores avaliados, destacam-se a maior fragilidade na formação do profissional matriciador e avanços nos indicadores do componente ações pedagógico-terapêuticas, como a discussão de casos e elaboração compartilhada de projetos

terapêuticos singulares; e os registros do matriciamento em documento oficial do município, no Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C).

É pertinente questionar os motivos para alcance do GI ‘incipiente’ na dimensão estrutura. A existência de equipe mínima do Caps foi o único indicador com alcance da pontuação máxima prevista. O conjunto dos entrevistados ignorou o percentual de eSF matriciadas, e a presença de profissionais com formação específica para realização do matriciamento obteve a menor pontuação. Sobre esse aspecto, reconhece-se que uma formação profissional qualificada é necessária para garantir a efetividade da assistência e a devida articulação entre os serviços, tendo sido identificado por Entreportes et al.²¹ que os profissionais da APS ressaltam a importância da oferta de cursos para compreensão da proposta do matriciamento, embora metade dos entrevistados tenha conferido que sua

implantação implicará sobrecarga de trabalho. Além disso, esses profissionais desconhecem a existência dessa prática na unidade de saúde, e o universo dos entrevistados não acompanha os usuários após a contrarreferência, apontando o desconhecimento dos cuidados prestados pelo Caps e seu matriciamento²¹.

A insuficiência de veículos para realização do matriciamento nos Centros abordados corroborou a avaliação de um Caps no agreste pernambucano, que verificou a baixa disponibilidade de transportes, com consequente descontinuidade das ações fora das unidades de saúde com os usuários²². Do mesmo modo, a existência de internet no Caps para ações do matriciamento e a presença de computadores ou tablets no Caps para ações do matriciamento obtiveram GI inferior ao esperado. Igualmente, verificou-se a incipiente presença de roteiro de matriciamento nos Caps, refletindo uma ausência de padronização nas ações, ou seja, a inexistência de protocolos (tabela 2).

Tabela 2. Grau de implantação da dimensão estrutura do matriciamento dos Caps no município do Recife, Pernambuco – 2023

Indicador	PE	PE/PO Caps								Total
		A	B	C	D	E	F	G	H	
% de eSF matriciadas pelo Caps	5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Existência de equipe mínima do Caps	5	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Presença da equipe interdisciplinar completa do Caps com formação específica para realizar o matriciamento	5	0,2	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,8	0,4
Existência de USF com sala de reunião disponível para matriciamento	5	3,3	3,5	2,1	3,6	3,3	4,0	2,4	1,0	2,7
Existência de USF com sala para atendimento conjunto disponível para matriciamento	5	3,0	3,6	2,3	2,7	3,2	4,0	3,6	3,5	3,2
Existência de internet no Caps disponível para ações de matriciamento	3	1,2	1,2	1,7	3,0	2,1	3,0	0,2	0,8	1,0
Presença de computadores ou tablets no Caps para ações de matriciamento	3	0,7	1,4	1,1	0,4	1,2	3,0	0,2	0,8	1,0
Disponibilidade de transporte regular no Caps para matriciamento	5	3,2	3,5	3,1	3,0	3,8	3,5	3,3	3,0	3,3
Existência de Roteiro de matriciamento no Caps	4	0,9	0,7	1,5	0,0	0,0	0,0	0,4	1,1	0,7
Pontuação Estrutura	40	17,5	19,6	16,8	17,7	18,6	22,5	15,6	17,4	17,9
GI (%)		43,8	49,1	42,0	44,3	46,5	56,3	39,0	43,5	44,8

Fonte: elaboração própria.

Implantado = 75 a 100%; Parcialmente implantado = 60 < 74,9%; Incipiente = 40 < 59,9%; Não implantado = 0 < 39,9%

Caps – Centro de Atenção Psicossocial; eSF – equipes de Saúde da Família; USF – Unidades de Saúde da Família.

Esses resultados ganham relevância por terem sido obtidos durante a pandemia da doença do coronavírus 2019 (covid-19), período em que os serviços de saúde adotaram amplamente tecnologias digitais para comunicação e assistência. No decorrer desse período, observou-se a criação e disseminação de tecnologias na área da saúde, como plataformas para manejo clínico, inteligência artificial para análise de riscos, diagnóstico por imagem, aplicativos de geolocalização e ferramentas de suporte à tomada de decisão. No Brasil e no mundo, essas inovações favoreceram a rapidez no acesso aos serviços e viabilizaram a introdução de novos modelos de cuidado em saúde²³.

Presumia-se a criação de um roteiro digital que facilitasse a aplicação do matriciamento, principalmente na era pós-pandêmica. Os achados deste estudo podem refletir a ausência de investimentos em tecnologia e digitalização nos processos de trabalho do matriciamento do Caps em Recife, independentemente do contexto de urgência sanitária, período em que a comunicação remota foi amplamente utilizada. A pandemia exigiu uma reformulação do modelo de atendimento, obrigando as instituições de saúde a deixarem de lado o cuidado presencial tradicional e a adotarem soluções tecnológicas para monitoramento clínico remoto dos pacientes. Diversas iniciativas com tecnologias digitais foram implantadas para atenuar os impactos da covid-19²³.

Em diversos serviços de saúde, observou-se o desenvolvimento de soluções tecnológicas para o manejo clínico dos pacientes. Um exemplo é o estado do Rio Grande do Norte (RN), onde foi implantado o Ecossistema Tecnológico, que reúne diferentes sistemas de informação para cumprir as normativas internacionais diante da pandemia, tanto na gestão dos centros de operações em emergências de saúde pública quanto na estratégia global contra a covid-19. Durante a resposta à covid-19, o estado adotou o Ecossistema como a principal ferramenta de apoio ao processo decisório, tornando-o referência para a

saúde digital no SUS. Pode-se constatar que o Ecossistema e as intervenções que surgiram a partir de sua implantação são frutos de uma colaboração entre diversas instituições. É oportuno pontuar que a integração e interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde são condições indispensáveis para viabilizar decisões coerentes com as demandas da população²⁴.

Sobre a dimensão processo (*tabela 3*) e seu componente diagnóstico situacional, foram percebidas a inexistência de protocolos e limitações relacionadas ao planejamento de ações no território. Salienta-se o insatisfatório mapeamento de indivíduos acometidos por transtornos psiquiátricos severos e das aplicações de roteiro de matriciamento, genograma e ecomapa, com ênfase no Caps C, cujas pontuações foram expressivamente baixas nesses indicadores. Neste âmbito, entende-se que os agravos relacionados à saúde mental emergem de um conjunto de fatores, sendo crucial considerar o território e as histórias pessoais da população para que as ações de promoção e prevenção sejam pertinentes e resultem em cuidados baseados em relações de afeto e acolhimento²⁵. Ademais, a limitação de dados pode constituir um entrave ao monitoramento e à avaliação das políticas, prejudicando a fundamentação das decisões em informações sólidas.

O registro das ações em BPA-C apresentou-se como um dos indicadores que obtiveram pontuação favorável à implantação da intervenção. Verificou-se que quatro unidades alcançaram pontuação máxima, e o indicador obteve 4,6 dos 5 pontos esperados para a totalidade dos Centros estudados. Empregar os instrumentos de registro de forma adequada possibilita a criação de dados que servem como base para indicadores de monitoramento e avaliação, colaborando para a adaptação e o fortalecimento do modelo assistencial dos Caps. Essa prática ainda propicia a autonomia dos municípios, orienta a tomada de decisão e promove a melhoria contínua na gestão, com maior transparência e responsabilização.

Observa-se, também, um avanço notório dos Registros Eletrônicos em Saúde²⁶.

O matriciamento requer o alinhamento e a articulação dos serviços de saúde da Raps, juntamente com a elaboração colaborativa e consensual dos projetos terapêuticos e das ações educativas dos serviços do Caps e da eSF, constituindo uma transformação nas práticas clínicas, que precisam de tempo para ser incorporadas à cultura das instituições^{6,9,25}. Contrastando com os resultados dos demais componentes, no tocante aos indicadores do componente ações pedagógico-terapêuticas, os matriciadores demonstraram executar de forma satisfatória os indicadores: realização do matriciamento pela maioria da equipe interdisciplinar do Caps; elaboração e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) em conjunto pelos matriciadores e eSF; existência de registro das discussões e evoluções clínicas dos casos matriciados; execução de visitas domiciliares conjuntas; e realização de supervisões clínicas dos casos em matriciamento nas reuniões técnicas do Caps. Conforme evidenciado em diversas pesquisas, os resultados indicam que o matriciamento desempenha um papel fundamental na superação

do modelo psiquiátrico convencional e na efetivação do cuidado em saúde mental^{23,27}.

Verificou-se no componente ações educativas que a totalidade dos Caps avaliados continha GI ‘não implantado’, quando analisadas a realização de atividades em grupo com usuários e familiares sobre saúde mental na APS e a realização de educação permanente sobre saúde mental pelos matriciadores para eSF. Tais descobertas podem comprometer o estreitamento de vínculos com as eSF, com o território e, sobretudo, com os usuários, que, potencialmente, apresentam fragilidades de conhecimento sobre a relevância da atenção à saúde mental^{11,28,29}.

Outros estudos^{16,30} também revelam que a prática do diálogo entre as equipes – que inclui a troca de experiências, o debate científico e a reflexão sobre os processos de trabalho – contribui significativamente para o estabelecimento de práticas que promovem a saúde como direito e condição de cidadania. Esse processo é viabilizado pelo investimento na formação de gestores, o qual se configura como uma estratégia-chave para desenvolver processos de trabalho compatíveis com os preceitos de uma APS integral.

Tabela 3. Grau de implantação da dimensão processo, por componente do matriciamento dos Caps no município do Recife, Pernambuco – 2023

Indicador	PE/PO Caps									
	PE	A	B	C	D	E	F	G	H	Total
Diagnóstico Situacional										
Existência de mapeamento de usuários com transtornos mentais	5	1,9	1,8	1,2	0,7	2,3	3,7	1,4	2,3	1,8
Conhecimento dos profissionais do Caps sobre mapeamento de usuários com transtornos mentais	5	3,6	3,8	2,6	4,4	3,7	3,7	3,2	3,6	3,5
Aplicação do roteiro de matriciamento	5	0,2	0,2	1,2	0,0	0,4	0,0	0,7	1,1	0,6
Aplicação do Genograma em casos complexos	4	0,3	0,1	0,1	0,3	0,1	1,7	0,8	0,4	0,4
Aplicação do Ecomapa em casos complexos	4	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	1,5	0,4	0,4	0,2
Existência de registro do matriciamento em documento oficial (BPA-C) do município pelo Caps	5	4,7	4,8	5,0	5,0	5,0	3,8	3,6	5,0	4,6
Pontuação Processo – Diagnóstico Situacional	28	10,7	10,8	10,1	10,5	11,6	14,4	10,1	12,8	11,1
GI (%)		38,2	38,5	36,3	37,5	41,4	51,4	36,1	45,7	39,7

Tabela 3. Grau de implantação da dimensão processo, por componente do matriciamento dos Caps no município do Recife, Pernambuco – 2023

Indicador	PE/PO Caps									
	PE	A	B	C	D	E	F	G	H	Total
Ações diagnóstico-terapêuticas										
Realização do matriciamento pela equipe interdisciplinar do Caps	5	3,4	4,5	3,9	5,0	3,9	4,5	3,8	4,3	4,0
Realização de interconsulta ou teleinterconsulta mensalmente por eSF	5	2,4	4,1	1,0	2,1	0,0	1,2	0,0	0,3	1,2
Elaboração de PTS em conjunto com eSF	5	4,5	5,0	4,0	4,4	4,3	4,5	4,5	4,2	4,4
Acompanhamento de PTS em conjunto com eSF	5	3,4	4,4	3,8	4,4	4,0	4,5	3,5	4,1	3,9
Contato telefônico entre membro da equipe interdisciplinar do Caps com eSF para discussões pontuais	2	1,8	2,0	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,9
Registro físico ou digital das discussões e evolução clínica dos casos matriciados	5	5,0	5,0	4,7	5,0	4,6	5,0	4,4	5,0	4,8
Consulta conjunta dos matriciados e eSF na APS	5	3,8	4,1	2,8	5,0	3,0	3,7	4,2	5,0	3,9
Visitas domiciliares conjuntas	5	4,6	4,1	5,0	4,7	5,0	5,0	4,7	5,0	4,7
Supervisão clínica dos casos matriciados nas reuniões técnicas do Caps	5	3,8	5,0	5,0	5,0	3,0	1,2	4,7	4,7	4,0
Pontuação Processo – Ações pedagógico-terapêuticas	42	32,7	38,2	32,3	37,6	29,8	31,6	31,8	34,6	32,9
GI (%)		77,9	91	76,4	89,5	71,0	75,2	75,7	82,4	78,4
Ações Educativas										
Existência de atividades em grupo junto aos usuários e família sobre saúde mental na APS	5	0,0	0,5	0,6	0,0	0,0	0,0	2,2	0,7	0,7
Realização de atividades de educação permanente sobre saúde mental para eSF	5	1,5	2,3	0,0	3,6	0,4	3,7	0,5	0,7	1,1
Pontuação Processo – Ações Educativas	10	1,5	2,8	0,6	3,6	0,4	3,7	2,7	1,4	1,8
GI (%)		15,0	28	6,0	36	40	37	27	14	18

Fonte: elaboração própria.

Implantado = 75 a 100%; Parcialmente implantado = 60 < 74,9%; Incipiente = 40 < 59,9%; Não implantado = 0 < 39,9%

APS – Atenção Primária Saúde; BPA-C – Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado; Caps – Centro e Atenção Psicossocial; eSF – equipes de Saúde da Família; PTS – Projeto Terapêutico Singular.

Considerações finais

O avanço do matriciamento, com um forte alinhamento entre a equipe de retaguarda assistencial e as eSF, demonstra um alto potencial para aprimorar a coordenação entre a APS e a atenção especializada, contribuindo para a consolidação das RAS. Na atenção psicossocial, objeto do presente estudo, a plena implantação das ações de matriciamento pode influenciar as práticas de trabalho nos Caps e nas Unidades de Saúde da Família (UBS), facilitando a prestação de serviços de saúde às pessoas com transtornos mentais.

Ao propor avaliar a implantação do matriciamento dos Caps de Recife (PE), ressaltou-se a relevante contribuição da validação do modelo lógico e da matriz de análise e julgamento, que, conjuntamente, são instrumentos que têm elevada utilidade para a avaliação do Caps em outros períodos ou cenários diferentes, com o intuito de subsidiar tomadas de decisões assertivas. Estudos de implantação são essenciais para compreender a adequação entre a intervenção e os critérios e normas previstos, norteados os gestores para a execução das ações com ênfase nos efeitos esperados e o direcionamento dos

recursos futuros, garantindo maior eficiência e efetividade aos sistemas de saúde.

Apesar da importância do matriciamento, este estudo demonstrou que, sob a perspectiva dos atores abordados, tais serviços se encontram com nível de implantação incipiente ou parcialmente implantado, sendo verificadas pontuações baixas ou nulas, sobretudo nos indicadores da dimensão estrutura. Embora o município de Recife tenha conseguido se manter realizando o matriciamento do período da pandemia da covid-19, o uso de tecnologias digitais no matriciamento dos Caps ainda é incipiente. O uso de tecnologias digitais pode ser um dos caminhos para ampliação da implantação do matriciamento e de suas potencialidades. Por não existirem protocolos claros e bem definidos, e, ao mesmo tempo, pela falta de um registro adequado dos fluxos assistenciais, torna-se difícil monitorar, na prática clínica cotidiana, como o matriciamento está sendo implantado. Esse contexto evidencia a necessidade de identificar e compreender os desafios enfrentados nessa fase, que é dedicada ao desenvolvimento e à melhoria de práticas, recursos, ações, procedimentos e processos.

Sobre a dimensão processo, os resultados demonstraram falta de mapeamento dos territórios pelos profissionais e baixa utilização de instrumentos de trabalho, que refletem a ausência de protocolos, assim como a fragilidade do uso de computadores e tablets para as ações no matriciamento. O maior envolvimento dos profissionais apoiadores em educação permanente junto à APS apresenta potencial para reduzir o estigma relacionado aos transtornos mentais, quebrar resistências às mudanças de modelos assistenciais e, conseqüentemente, aumentar a adesão ao matriciamento. Porém, este estudo demonstrou que os resultados direcionados às ações educativas foram os mais críticos. Integrar ações de saúde mental à APS é essencial para promover a desinstitucionalização e para desmistificar o estereótipo da loucura, estratégias que ampliam o acesso e diversificam a atenção à saúde de forma integral. Para concretizar essa proposta, é necessário

que a gerência e a gestão municipal atuem de maneira integrada e contínua, e não apenas em resposta a problemas pontuais. Assim, o investimento na capacitação de gestores surge como uma estratégia primordial para a implantação bem-sucedida do matriciamento.

Ao medir o nível de implantação, esta pesquisa revelou tanto as fragilidades quanto os pontos fortes das ações de matriciamento dos Caps em Recife, destacando-se em meio à escassez de estudos avaliativos sobre o tema. Entre as limitações, ressaltam-se a dependência das avaliações normativas, que consideram as normas como absolutas, e a ausência da análise dos fatores contextuais que influenciam o GI. Ainda que a triangulação de métodos – observação, entrevistas e análise de documentos – tenha reforçado a validade dos resultados, a inclusão das percepções dos profissionais da APS e dos usuários poderia ter complementado os achados. Por fim, o elevado número de profissionais avaliados ampliou o potencial informativo desta avaliação.

Esta pesquisa possui potencial para fomentar avanços tanto na gestão quanto no atendimento clínico. É razoável supor que os resultados desta avaliação possam refletir a realidade do matriciamento do Caps em outros contextos brasileiros, apresentando tanto as mesmas potencialidades quanto as fragilidades comuns a diversos municípios. No entanto, não é possível generalizar os resultados desta pesquisa, pois, embora o modelo de funcionamento do Caps na Raps seja estabelecido em âmbito nacional, os municípios têm autonomia para definir seus investimentos locais. Outrossim, dada a vastidão territorial do Brasil e as significativas diferenças regionais, essas variações devem ser consideradas ao implantar qualquer intervenção.

Colaboradoras

Silva DCM (0009-0009-7617-7404)* e Dubeux LS (0000-0002-7142-5191)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança [Internet]. Genebra: OMS; 2001 [acesso em 2024 ago 22]. 206 p. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42390/WHO_2001_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y
2. Ministério da Saúde (BR), Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em dados 4 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em 2024 ago 22];4(4). Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smdados4.pdf
3. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(4):1281-1289. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Transtornos Mentais – OPAS/OMS [Internet]. Washington, DC.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2022 [acesso em 2023 maio 8]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais/>
5. Quinderé P, Jorge MSB, Nogueira MSL, et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;18(7):2157-66. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700031>
6. Campos GW, 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>
7. Oliveira MM, Campos GW. Apoio matricial e apoio institucional: analisando sua construção. *Ciênc saúde coletiva*. 2015;20(1):229-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>
8. Chiaverini DH, organizadora. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011. 236 p.
9. Lima M, Dimenstein M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(58):625-635. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0389>
10. Dubeux L, Albuquerque K, Souza MB, et al. Comunicação dos resultados: um desafio para o uso das lições aprendidas com a avaliação. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, et al., organizadores. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p. 175-85.
11. Oliveira WF. Algumas reflexões sobre as bases conceituais da saúde mental e a formação do profissional de saúde mental no contexto da promoção da saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2008 [acesso em 2023 mar 12]; 32(78/80):38-48. Disponível em: <https://pesquisa.bv-salud.org/portal/resource/pt/lil-514310>
12. Patton MQ. *Utilization-focused evaluation*. Los Angeles: Sage Publications; 2008.
13. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2015.
14. Prefeitura da Cidade do Recife (PE), Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação. Resolução CMS/SESau Recife nº 009, de 22 de fevereiro de 2018 – Aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde do Recife [Internet]. Recife: Prefeitura da Cidade do Recife; 2018 [acesso em 2024 ago 22]. Disponível em: https://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2018_2021_vf.pdf
15. Prefeitura da Cidade do Recife (PE). Serviço de saúde mental CAPS [Internet]. Recife: Prefeitura da Cidade do Recife; 2020 [acesso em 2024 ago 22]. Disponível em: <https://www2.recife.pe.gov.br/servico/servicos-de-saude-mental-caps>
16. Figueiroa MDS. Avaliação da implantação do apoio matricial do CAPS AD na cidade do Recife [dissertação na Internet]. Recife: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira; 2012 [acesso em 2024 ago 22]. 116 p. Disponível

em: <http://higia.imip.org.br/bitstream/123456789/911/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20MAGDA%20FIGUEIROA.pdf>

17. SurveyMonkey. Audience [Internet]. San Mateo, Calif: SurveyMonkey; [data desconhecida] [acesso em 2024 ago 22]. Disponível em: <https://pt.surveymonkey.com/mp/audience>
18. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as modalidades dos Caps, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2002 fev 20; Edição 34; Seção I:22-23.
19. 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.
20. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24; Edição 98; Seção I:44-46.
21. Entreportes MBA, Fonseca WNS, Rocha EM, et al. Percepção dos profissionais da atenção básica sobre o matriciamento em saúde mental no interior de Goiás. Rev Gestão & Saúde [Internet]. 2017 [acesso em 2023 mar 12];8(1):56-75. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3686>
22. Silva GM, Felisberto E, Samico I, et al. Avaliação da implantação de um Centro de Atenção Psicossocial em Pernambuco, Brasil. Saúde debate. 2020;44(127):1134-1150. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012714>
23. Celuppi IC, Lima GS, Rossi E, et al. Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da Covid-19 no Brasil e no mundo. Cad Saúde Pública. 2021;37(3):e00243220. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00243220>
24. Valentim RAM, Lima TS, Cortez LR, et al. A relevância de um ecossistema tecnológico no enfrentamento à Covid-19 no Sistema Único de Saúde: o caso do Rio Grande do Norte, Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2021;26(6):2035-2052. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.44122020>
25. Carvalho ASLJ, Vieira AAC, Vasconcelos NL, et al. A contribuição do apoiador matricial na superação do modelo psiquiátrico tradicional. Psicol Estud. 2019;24:e44107. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.44107>
26. Silva NS, Camargo NCS, Bezerra ALQ. Assessment of the procedures record by professionals of Psychosocial Care Centers. Rev Bras Enferm. 2018;71(supl5):2191-2198. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0821>
27. Santos AM, Cunha ALA, Cerqueira P. O matriciamento em saúde mental como dispositivo para a formação e gestão do cuidado em saúde. Physis. 2020;30(4):e300409. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300409>
28. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 [acesso em 2023 maio 8]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/whr_2001_por.pdf
29. Gonçalves RC, Peres RS. Matriciamento em saúde mental: obstáculos, caminhos e resultados. Rev SAGESP [Internet]. 2018 [acesso em 2023 mar 12];19(2):123-136. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1677-29702018000200010
30. Nunes LO, Castanheira ERL, Dias A, et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. Rev Panam Salud Pública. 2018 [acesso em 2020 nov 5];42:e175. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.175>

Recebido em 10/09/2024

Aprovado em 21/03/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Gicelle Galvan Machineski

Expressões da precarização do trabalho: o caso da enfermagem em um hospital público de Pernambuco

Expressions of job insecurity: The case of nursing in a public hospital in Pernambuco

Tamires Maria Pereira¹, Raquel Santos Oliveira¹, Heloisa Maria Mendonça de Moraes¹, Elenice Machado da Cunha²

DOI: 10.1590/2358-289820251459816P

RESUMO Desde os anos 1970, em todo o mundo, sob a égide neoliberal, estratégias de flexibilização do trabalho têm se feito presentes em distintos setores da economia e do campo social, levando a relações e condições laborais precárias para a classe trabalhadora. A pesquisa explorou arranjos contratuais e categorias empíricas relacionados à precarização social do trabalho entre enfermeiras que exerciam atividades na Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco. Trata-se de estudo qualitativo, cujas fontes documentais foram provenientes de legislação do estado de Pernambuco, de informações sobre as relações de trabalho das enfermeiras e de entrevistas com gestores e essas trabalhadoras. Os resultados permitem afirmar que há uma decisão política do poder público pelo fomento à precarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. Ameaça de desemprego, contratações informais, jornadas exaustivas de trabalho e aviltamento da remuneração pela prestação de serviço estiveram presentes no cotidiano da instituição, resultando no elevado percentual de 72% de enfermeiras vinculadas de forma precária no ano de 2021. O trabalho desenvolvido sob a égide de uma política de precarização colabora para a desqualificação do serviço público, posto que os trabalhadores adequam seus processos de trabalho às condições a que estão submetidas as suas necessidades de subsistência.

PALAVRAS-CHAVE Serviço hospitalar de enfermagem. Segurança do emprego. Mercado de trabalho. Sistema Único de Saúde. Saúde pública.

ABSTRACT Since the 1970s, around the world, under the neoliberal aegis, labor flexibility strategies have been present in different sectors of the economy and the social field, leading to precarious working relationships and conditions for the working class. The research explored contractual arrangements and empirical categories related to the social precariousness of work among nurses who worked at the Hematology and Hemotherapy Foundation of Pernambuco. This is a qualitative study, whose documentary sources came from legislation in the state of Pernambuco, information about nurses' working relationships and interviews with managers and these workers. The results allow us to affirm that there is a political decision by the public authorities to encourage the precariousness of work in the Unified Health System. The threat of unemployment, informal hiring, exhausting working hours and degraded remuneration for providing services were present in the institution's daily life, resulting in a high percentage of 72% of nurses working precariously in 2021. The work carried out under the auspices of a precariousness policy contributes to the disqualification of the public service, as workers adapt their work processes to the conditions to which their subsistence needs are subjected.

KEYWORDS Nursing service, hospital. Job security. Job market. Unified Health System. Public health.

¹Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) – Recife (PE), Brasil.

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. elenice.cunha@fiocruz.br



Introdução

Nos países ocidentais de economia capitalista, a partir da década de 1970, surgiram questionamentos sobre a atuação do Estado no setor produtivo e sobre a abrangência do sistema de proteção social, sob alegações de que direitos trabalhistas e previdenciários e um Estado intervencionista se constituíam em entraves para mercados competitivos. Emergia uma nova reestruturação produtiva do capital, visando a garantir uma dinâmica de acumulação cada vez mais flexível¹. Instaurava-se um novo arcabouço econômico, que logo se tornaria uma agenda política identificada como neoliberal.

Também no Brasil, estratégias de flexibilização do mundo do trabalho têm se feito presentes desde os anos 1990, independentemente dos distintos matizes político-ideológicos que têm caracterizado os governos do período 1990-2022. A precariedade estrutural desses últimos trinta anos² tem se direcionado aos trabalhadores assalariados e informais, dos setores públicos e privados, nos mais diversos setores da economia, incluindo o da saúde³⁻¹³.

A lógica contemporânea do neoliberalismo traz à tona a expressão do trabalho social mais complexificado, heterogeneizado e intensificado em seus ritmos e processos. Enquanto desígnio, têm-se, de um lado, a diminuição progressiva e intensiva do trabalho estável e socialmente protegido; e, por outro, o aumento exponencial de diversas formas de trabalho precarizado, com destaque para o trabalho parcial ou *'part-time'*, terceirizado, quarteirizado, todos eles possibilitados mediante contratos temporários e/ou informais, além de sua expressão negada, o desemprego estrutural^{3,4}.

Sob a égide, pois, dessa denominada flexibilização do trabalho decorrem relações e condições laborais precárias expandidas entre os diversos segmentos de trabalhadores, mesmo que de forma hierarquizada, estabelecendo, assim, uma institucionalização da instabilidade⁹. A flexibilidade, portanto, deve ser apreendida enquanto um fenômeno político, econômico e jurídico-administrativo que dissimula

[...] os fenômenos materiais reais dos quais é feita: intensificação do trabalho, fragmentação dos coletivos de trabalho, instalação de um desemprego estrutural, recurso ao trabalho temporário e à subcontratação [...] ¹⁴⁽³⁶⁾.

É nesse cenário que, no Brasil, o poder público, a partir de novos arranjos contratuais para a força de trabalho, até mesmo no setor saúde, vem institucionalizando o binômio da instabilidade/precariedade. Essa questão é detalhada por Druck⁹ ao investigar a precarização social do trabalho a partir de dimensões, entre as quais, destacam-se: as condições de (in)segurança e saúde no trabalho; a perda da identidade individual e coletiva; e a crise do direito do trabalho.

A escolha dessas dimensões, entre as investigadas pela referida autora, fortalece a hipótese de que a reforma do Estado brasileiro, sob a premissa neoliberal da flexibilização do trabalho, vem provocando nos serviços públicos ambientes laborais inseguros, sucateados, competitivos; processos de desvalorização e discriminação entre a classe trabalhadora; e ameaça permanente de desemprego, com ausência de direitos sociais do trabalho.

A presente investigação tomou como objeto de análise o trabalho da enfermagem em um hospital emblemático da rede pública do estado de Pernambuco, o Hemope (Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco). Emblemático porque, desde os anos 1970, com a implantação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, o Hemope se constituiu enquanto um centro de referência nacional, extrapolando os limites do próprio estado.

Posteriormente à Constituição Federal de 1988 (CF/88), o conjunto de leis e/ou decretos promulgados visando à conformidade da contratação de trabalhadores ao novo cenário acarretou mudanças para o setor público. No caso do Hemope, essas repercussões significaram a introdução de uma legislação distinta para contratação de pessoal daquela prevalecente desde a sua criação¹⁵.

Assim, no estado de Pernambuco, o Decreto estadual nº 39.763/2013 estabeleceu um teto financeiro para a execução de plantão extraordinário no setor saúde, revelando a opção política do governo, à época, de estimular o trabalho precário no Sistema Único de Saúde (SUS), em detrimento da contratação de trabalhadores via concurso público. Desde então, outra Lei, a nº 16.089, de 2017, e o Decreto nº 53.242, de 2022, referentes ao plantão extraordinário, foram promulgados, conferindo legalidade à contratação de profissionais de saúde sem quaisquer garantias de direitos sociais do trabalho e de estabilidade laboral¹⁶⁻¹⁸.

A presença de relações de trabalho precarizadas no âmbito do SUS vem sendo problematizada desde os anos 2000, inclusive pela proposta de um Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – DesprecarizaSUS –, de iniciativa do próprio Ministério da Saúde (MS), que visava a combater tais situações e fortalecer o SUS¹⁹. Desde então, na contramão daquela proposta, a expansão de vínculos precários no SUS tem se aprofundado nas três esferas governamentais, em todos os níveis de atenção do sistema e entre as diversas categorias de trabalhadores da saúde²⁰⁻²². O registro da incidência dessas manifestações sobre trabalhadores da saúde não tem poupado profissionais da enfermagem, mesmo aqueles de nível superior^{20,23-26}.

O presente estudo aborda a natureza da relação laboral estabelecida entre o poder público, representado pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), e as(os) enfermeiras(os) vinculadas(os) ao Hemope. Pretende-se desvelar algumas das expressões da precarização social do trabalho, conforme Druck^{8,9}, e suas interferências em aspectos na vida social dos trabalhadores investigados.

Material e métodos

Estudo exploratório, de natureza qualitativa, que analisou os arranjos contratuais e as categorias empíricas apreendidas a partir de

três dimensões analíticas da precarização social do trabalho^{8,9} entre enfermeiras(os) que exercem suas atividades profissionais no Hemope. Considerando a natureza do objeto investigado, o estudo está amparado nos pressupostos da abordagem qualitativa, filiados ao paradigma interpretativo e, em seu interior, à tradição crítica²⁷.

O Hemope, enquanto unidade coordenadora dos hemocentros do estado de Pernambuco, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, prestou-se bem para um estudo de caso, considerando-se sua função altamente significativa para o desenvolvimento das políticas estratégicas do SUS no estado.

A instituição foi criada em 1977 enquanto Entidade de Direito Privado vinculada ao Estado, tendo passado à condição de Órgão Público a partir de 1998. É referência na sistematização, organização e desenvolvimento da Hemoterapia no País, operando com cerca de oitocentos e noventa profissionais de diversas categorias, sessenta e sete leitos para internamento, assistência ambulatorial, de hospital-dia, de pronto atendimento, de atendimento odontológico e acompanhamento fisioterápico e psicológico^{15,28,29}.

Os dados sobre as relações de trabalho de enfermeiras(os) do Hemope foram solicitados à Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação da SES-PE, segundo a Lei de Acesso à Informação, e corresponderam ao quantitativo de enfermeiras(os) com vínculo estatutário, com contrato por tempo determinado (CTD) e para o exercício de plantão extraordinário, entre 2013 e 2021.

Vale ressaltar que as informações disponibilizadas pela SES-PE sobre o plantão extraordinário só estavam disponíveis a partir de 2017, e dos contratos por tempo determinado a partir de 2021, embora suas publicizações tenham sido asseguradas, respectivamente, pelo Decreto estadual nº 39.763/2013 e pela Lei nº 14.547/2011^{16,30}. A pesquisa documental valeu-se de material de arquivos da Alepe (Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco), como leis, decretos e portarias

sobre a institucionalização de vínculos flexíveis, com destaque para a legislação que instituiu o sistema de plantões extraordinários (Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco)^{16-18,30,31}.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas de modo quase completamente remoto (apenas uma presencial), visando a superar impossibilidades, tais como dificuldades de deslocamentos e incompatibilidades de horários. As participantes da pesquisa foram nove enfermeiras vinculadas à assistência, selecionadas por amostra intencional e heterogênea subdivididas em três subgrupos de acordo com o tipo de vínculo: três enfermeiras estatutárias (EEST-1, EEST-2 e EEST-3), três com contratação por tempo determinado (ECTD-1, ECTD-2 e ECTD-3) e três que realizavam plantões extraordinários (EPEX-1, EPEX-2 e EPEX-3). Também foram entrevistadas uma representante da gestão do trabalho da enfermagem (G1) e uma representante da Diretoria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DEGTES) da SES-PE (G2). Para as enfermeiras da assistência, o critério de inclusão foi possuir mais de seis meses de experiência; para as representantes da gestão, o critério foi estar no exercício da função no momento da pesquisa.

O roteiro da entrevista versou sobre: a formação profissional, o tipo de vínculo empregatício, o tempo de serviço, a forma de seleção, a jornada de trabalho, a remuneração, as condições de trabalho, a satisfação profissional, as condições de saúde, bem como a percepção sobre a precarização do trabalho.

Já as entrevistas direcionadas aos representantes da gestão do trabalho do Hemope e da SES-PE versaram sobre: a compreensão com relação à institucionalização de vínculos flexíveis pela SES-PE e às percepções sobre a precarização do trabalho.

Para atender aos requerimentos da análise dos dados sob o paradigma interpretativo desde a tradição crítica, o arcabouço teórico da pesquisa elegeu os conceitos da flexibilização e da precarização do trabalho^{2-4,7-9,32,33}.

O paradigma interpretativo assume realidades enquanto construções; significados negociados entre os sujeitos implicados; presença criativa do pesquisador, tendo em vista a impossibilidade de neutralidade que se converte em reflexividade; articulação com contexto social e verdades como aproximações²⁷⁽¹¹⁷⁾. E, *a posteriori*, a tradição crítica

[...] lança mão de um arcabouço teórico no qual as relações de poder, estrutura de classes, conflitos de interesses, iniquidades, são considerados no interior do paradigma de pesquisa em que é empregado, não importando se trabalhamos com números ou linguagens/discursos²⁷⁽¹²⁶⁾.

O estudo seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do CNS³⁴. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Pernambuco (Hemope), sendo gerado o CAAE 67879623.0.3001.5195, e aprovado sob parecer 6.050.743, em 10 de maio de 2023.

Resultados e discussão

As evidências empíricas da precarização do trabalho foram apreendidas no processo de diálogo com as trabalhadoras entrevistadas. No processo de síntese de explicação da realidade, devem ser entendidas enquanto resultado das “condições de (in)segurança e de saúde no trabalho; da perda da identidade individual e coletiva e da crise do direito do trabalho”^{8,9}.

Essas dimensões serão apresentadas separadamente no decorrer da discussão assumindo-se, entretanto, que aspectos de uma determinada dimensão perpassam e dialogam com outros, considerando que tanto suas determinações quanto consequências são parte constitutiva do fenômeno a que se tem denominado de flexibilização no cenário da hegemonia neoliberal^{2,3}.

Porém, de antemão, convém explicitar que em 1977, ano de inauguração do Hemope, a contratação de trabalhadores era uma das funções de seu conselho deliberativo. Ao referido conselho, competia, entre outras atribuições, aprovar o quadro e as normas de contratação de pessoal e a política salarial³⁵. Com a promulgação da CF/88, seu arcabouço jurídico foi modificado mediante a publicação do regime jurídico do servidor público civil, pela Lei Complementar nº 03, de 1990, o qual transformou as contratações pregressas em cargos públicos efetivos³⁶.

Embora essa legislação tenha possibilitado a garantia das vinculações dos trabalhadores do setor público, sob a égide do trabalho socialmente protegido (vínculo estatutário), não tardou para que ocorressem importantes retrocessos no âmbito da legislação do trabalho no nível federal e, na sequência, nos demais estados da federação, tal como a introdução legal dos plantões extraordinários no estado de Pernambuco¹⁶⁻¹⁸.

Isso porque a própria CF/88, apesar de disponibilizar várias formas de ingresso no cargo ou emprego público – sendo a aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos, como regra geral, estabelecida pelo art. 37, inciso II –, admitiu, também, em seu inciso IX, a contratação por tempo determinado no caso de necessidade temporária de excepcional interesse público. Ademais, a Emenda Constitucional nº 19, de 1988, conhecida como Reforma Administrativa, modificou o texto constitucional justamente nos dispositivos que tratavam da Administração Pública e dos servidores públicos, e passou a permitir a nomeação sem concurso público para os cargos em comissão (aqueles de livre nomeação e livre exoneração)³⁷.

Nessa direção, diversas leis e decretos foram promulgados pelo estado de Pernambuco^{16-18,30,31} instituindo o Contrato por Tempo Determinado (CTD) e o plantão extraordinário, o que veio a respaldar a introdução da flexibilização das relações de trabalho no

âmbito da SES-PE. Ambos os arranjos vêm resultando em situações laborais precárias entre trabalhadores da saúde no estado.

De um lado, os trabalhadores contratados pelo CTD são submetidos ao regime celetista, portanto, não possuem estabilidade laboral. Por outro, o trabalhador que exerce o plantão extraordinário vivencia a completa condição de informalidade, considerando a inexistência de qualquer tipo de vínculo e direitos com o empregador, no caso, a SES-PE. Nesse sentido, uma representante da gestão expressa que “*O plantão extra não é vínculo [...] é como se fosse uma prestação de serviço*” (G2). Em ambas as condições, a rotatividade de profissionais é parte constitutiva desses arranjos contratuais.

No material disponibilizado pela SES-PE, sobre o tipo de contratação de enfermeiras vinculadas ao Hemope, constavam apenas vínculos de estatutárias entre 2013 e 2016, quando passaram de 16 para 31 nesse período. Essa informação causa um certo estranhamento, considerando o pequeno quantitativo registrado desse profissional nesses três anos. Daí decorre uma possível explicação para o fato de que o contrato temporário e o plantão extraordinário, este último sempre vinculado à condição de intermitência, não tenham sido registrados pela referida secretaria nesse período³⁸.

A informação disponível em 2017 registrava 54 enfermeiras(os) realizando plantão extraordinário, que representavam 63,5% da força de trabalho em enfermagem (nível superior), enquanto o quantitativo de estatutárias(os) permaneceu inalterado. Já em 2021, último ano do período estudado, das(os) 113 profissionais em exercício, mantinha-se o quantitativo de estatutárias(os), enquanto as(os) com vínculos, CTD e plantão extraordinário somavam 17 (15,04%) e 65 profissionais (57,52%), respectivamente. Portanto, observou-se em todo o período, um crescimento das condições de informalidade e instabilidade, que alcançou 72,56 % da força de trabalho em enfermagem no referido hospital.

Dimensão 1 – (In)segurança e saúde no trabalho

A (in)segurança e saúde no trabalho dizem respeito aos aspectos da política de saúde do trabalhador implementada (ou não) pelo poder público, assim como as ações de promoção e prevenção desenvolvidas e as situações de (in)segurança vivenciadas nos ambientes de trabalho⁸. As falas das enfermeiras revelaram que as poucas ações desenvolvidas no Hemope não contemplam todos os trabalhadores, considerando os diferentes arranjos contratuais.

[...] A gente que é do CTD não teve exames admissionais e periódicos. (ECTD-1).

[...] Nós temos os exames periódicos, é convocado o servidor para fazer exame, vacinação, só não vejo a saúde mental funcionar. (EEST-1).

Estou no Hemope há 1 ano e 2 meses, e eu nunca vi de fato assistência psicológica, eu não presenciei programa nacional de imunização, eu nunca fiz exames periódicos, nunca fiz exame admissional, não sei se pelo fato de ser do quadro extraordinário, e mesmo assim acho muito válido que tivesse esse protocolo de admissão, mesmo sendo quadro extra [...], sem falar, também, da precariedade com a infraestrutura do hospital. (EPEX-3).

Corroborando essas análises, representante da gestão afirma

Nós temos isso muito incipiente [saúde do trabalhador], muito de começo. Já houve uma época, a médica se aposentou, é para ter outra... inclusive, foi feito agora o concurso, que nesse concurso foi contemplado duas, que vão entrar, mas hoje muito incipiente, muito tímido o trabalho voltado para o trabalhador, e não abrange a todos, infelizmente. (G1).

Fica claro que apenas as enfermeiras estatutárias são contempladas pelas poucas ações propostas voltadas aos poucos cuidados individuais (vacinação, exames admissionais e periódicos), restando para as contratadas via

CTD e as que realizam plantão extraordinário a completa desassistência. De fato, a promulgação tardia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST)³⁹, a qual somente ocorreu 24 anos após a instituição do SUS, tem resultado na penalização das condições de saúde de seus trabalhadores. Esperava-se que ações orientadoras dessa política de atenção integral ao trabalhador, com ênfase na vigilância em saúde³⁹, devessem orientar as diretrizes específicas dos diversos estabelecimentos de saúde pública.

Ressalta-se a definição, no art. 7º da PNST, de ações prioritárias voltadas às pessoas e aos grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aquelas e aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, visando a superar as desigualdades sociais e buscar a equidade na atenção³⁹. Nesses termos, a ausência de quaisquer ações referentes à saúde do trabalhador voltadas para as enfermeiras com vínculos precários no Hemope, como apontado acima, representa um descumprimento dessa definição.

A associação entre condições precárias no ambiente de trabalho com a falta de recursos financeiros foi mencionada por uma das entrevistadas.

O Hemope há 30 anos atrás, quando cheguei, parecia um hospital europeu, era tudo moderno, limpo e organizado, todo material funcionava, não faltava nada [...] foram diminuindo as verbas e isso foi um impacto muito grande porque o Hemope está sucateado hoje [...]. (EEST-1).

Para Paim⁴⁰, é perceptível a existência de um 'boicote passivo' versus 'boicote ativo' no SUS, pois o subfinanciamento da saúde pública limita os gastos com a manutenção da infraestrutura pública da rede de serviços, bem como a remuneração de seus trabalhadores⁴⁰. O permanente processo de subfinanciamento corrói por dentro a premissa da oferta de uma assistência de qualidade, considerando a

inadequação da infraestrutura e de profissionais de saúde concursados.

Falta de espaço, falta de material, falta de profissionais [...] uma enfermeira que trabalha em uma emergência hematológica, que comporta 8 leitos, e chega momentos que eu tenho 18 ou 20 pacientes para serem atendidos [...] eu não tenho como prestar uma assistência de qualidade, nem humanizada, porque, além de sobrecarregar a(o) enfermeira(o), sobrecarrega também minha equipe. (EPEX-3).

A partir dessa afirmação, é possível identificar no dia a dia de labor os fenômenos da intensificação e da polivalência do trabalho, os quais repercutem na assistência ofertada, assim como em suas condições de saúde. Dal Rosso³² explica que esses fenômenos objetivam reduzir a quantidade de mão de obra necessária para as atividades, pois um mesmo trabalhador é considerado capaz de cuidar, simultaneamente, de diversos equipamentos e/ou distintas atribuições.

Em oposição à interpretação do autor, a polivalência foi identificada por uma das trabalhadoras enquanto um ‘aspecto cultural’ (quase natural), dissociada, portanto, da dinâmica imposta pela flexibilização da organização do trabalho na dinâmica capitalista.

A profissão de enfermagem, em todas as instituições, ela tende a acumular algumas atividades que não são necessariamente de enfermagem; é histórico, é cultural, e a enfermagem acaba tendo, e às vezes se disponibilizando, para situações que não são necessariamente atribuições da enfermagem. (ECTD-2).

Logo, a trabalhadora assimila que a situação de intensificação do trabalho pela via da polivalência é gerada pelas preferências individuais, ocultando os processos sociais mais amplos que explicam esse fenômeno. Frente à ampliação do fenômeno da precarização do trabalho, “o trabalhador transforma-se em um indivíduo volátil, sem laços, sem vínculos”⁸⁽⁴⁹⁾,

além de ficar permanentemente exposto a um processo de intensificação do trabalho, o qual está intimamente associado à exigência da polivalência.

Dimensão 2 – Perda da identidade individual e coletiva

Essa dimensão vem sendo relacionada à ameaça do desemprego ou ao desemprego propriamente dito, frutos da atual desvalorização e descartabilidade do trabalhador. Em decorrência, os trabalhadores vivenciam a cultura do isolamento e da falta de vínculos, comprometendo consubstancialmente a solidariedade de classe⁸. No caso das entrevistadas, elas não perceberam a associação da condição da descartabilidade com o enfraquecimento da solidariedade de classe. A explicação ficou reduzida ao limite das repercussões sobre suas individualidades.

O desemprego, ele é ruim para qualquer pessoa... ficar desempregado nos abala psicologicamente. (EPEX-1).

As enfermeiras do quadro extra se sentem acuadas, retraídas, porque a qualquer momento podem sair. (EPEX-3).

As consequências das políticas sob os ditames neoliberais vêm suscitando o crescimento da procura dos não empregados por trabalhos inseguros e de baixíssima remuneração. Essa sujeição relaciona-se à necessidade da sobrevivência material da classe trabalhadora, ainda que haja o reconhecimento de que o subemprego seja adoeceador e insuficiente para suprir as necessidades materiais.

A ameaça do desemprego é uma realidade inconteste, associada à agudização da concorrência entre os trabalhadores. Slater, amparado em Marx, explica que o fenômeno do desemprego está intimamente ligado à natureza e à dinâmica do emprego sob o capitalismo e “não pode ser explicado como o resultado do

mau funcionamento dos mercados... e afeta diretamente a evolução dos salários, o esforço de trabalho e a pobreza”³³⁽¹³⁷⁾.

Na mesma direção, Fontes⁷⁽⁴⁸⁾ argumenta que “o desemprego é a ameaça maior para a população privada das condições de existência”.

No vínculo extra, se você não trabalha você não ganha [...] ocorre repercussão para a vida pessoal, porque se a gente adoecer [...] não tem uma estabilidade [...] não tem um retorno [...] se você ficar doente você não vai ganhar o plantão. (EEST-2).

De outro modo, a competição causada pela coexistência de arranjos contratuais, tanto instáveis/estáveis quanto informais/protegidos, faz-se presente entre as enfermeiras.

Poderia ser muito melhor, mas infelizmente tem um pouco de rivalidade na profissão, muita competição. (ECTD-1).

Sim, eu consigo identificar essa concorrência, da [profissional] que está há mais tempo com a que está chegando agora. Então, as pessoas mais antigas acabam ficando mais vulneráveis e com medo, porque a nova está chegando [...]. (EPEX-2).

A agudização da concorrência entre os trabalhadores deve ser entendida enquanto uma das consequências da flexibilização, em decorrência do aumento da intensificação da exploração da força de trabalho ao elevar a exigência por mais produtividade, ocasionando um maior engajamento no processo produtivo. Nesses termos, “uma maior competitividade entre os trabalhadores tende a se traduzir em maior produtividade em prol do capitalista”⁴⁰⁽¹⁵³⁾.

O aprofundamento legal da insegurança social do trabalho acarreta

Consciente ou inconscientemente, voluntária ou involuntariamente, um processo intelectual e prático de apagamento das classes sociais [...] a luta da classe trabalhadora deve evitar os equívocos de manutenção de modalidades

dísparas de subordinação no trabalho, que fragmenta a massa trabalhadora em arranjos dos ‘com direitos’, dos ‘com algum direito’, dos ‘com poucos direitos’, dos ‘quase sem direitos’ e dos ‘sem direitos’ que, precisando defender seu lugar específico na hierarquia de direitos, des-solidariza o conjunto de maneira profunda⁷⁽²⁰⁾.

Dimensão 3 – Crise do direito do trabalho

A ‘crise do direito do trabalho’ tem sido determinada pelo intenso processo de ataques às regulamentações do Estado ao questionar a tradição social do direito trabalhista⁸⁽⁵²⁾. Uma questão de extrema relevância para as enfermeiras e as representantes da gestão, e que materializa essa crise, diz respeito à compreensão do trabalho precário.

Quando a remuneração é muito baixa e não permite que o trabalhador consiga se manter, e nem manter a própria família [...]. (EEST-3).

Que não tem estabilidade, então é um trabalho que ele pode sair a qualquer tempo. (G2).

Quando eu sou obrigada a ter vários vínculos, uma jornada de trabalho absurda [...] a partir do meu próprio empregador que não me dá uma condição de trabalho, uma condição de descanso também digna. (G1).

O que a pesquisa demonstrou, em um hospital público, foi a crescente expansão do trabalho precarizado, que alcançou, na última década, o percentual de 72,56% entre as(os) enfermeiras(os) de nível superior.

[...] se a gente não tivesse essas modalidades (CTD e plantão extra), o serviço estaria completamente desassistido, porque o serviço público esbarra em muitas dificuldades na hora da contratação [...] se não tivesse a Lei de Responsabilidade Fiscal, eu acho que seria muito mais fácil [...]. [...] eu avalio [esses contratos] como modalidade precária [...]. (G2).

[...] para a gente que faz escala, que trabalha na gestão, é extremamente desgastante [...] a gente fica preocupado se vai renovar o contrato [...]. (G1).

À medida que se sucedem as aposentadorias sem a necessária reposição de servidores, o constrangimento à contratação de pessoal determinado pela LRF em um cenário de importante expansão de serviços do SUS, ganham relevância distintas estratégias adotadas tanto para a terceirização da gestão das unidades de saúde quanto para a contratação precária de trabalhadores. Ao ser justificada como imprescindível para o equilíbrio das finanças públicas, de fato, a LRF impõe a redução das despesas com o funcionalismo para os três entes da federação. Nesse movimento, o que se observa é o reforço da agenda neoliberal, afinal, essas novas modalidades de contratação não são computadas como despesas de pessoal⁹.

Servidor talvez saia mais caro [...] o interesse na verdade, é precarizar mesmo a mão de obra, de forma geral, criar cooperativas, colocar as pessoas lá, e no dia que o pessoal vai embora, não tem direito nenhum. (G1).

Frente a esse cenário de claro déficit de profissionais, entre 2013 e 2017, vieram à tona Decretos e Leis da SES-PE¹⁶⁻¹⁸ destinados à regulamentação do plantão extraordinário nos serviços de saúde. Finalmente, pela Lei nº 16.089, de 2017¹⁷, o Sistema de Plantões Extraordinários foi instituído visando à “manutenção dos serviços essenciais na rede pública estadual de saúde”¹⁸. Em seu art. 4º, ficou estabelecido que o plantão extraordinário será exercido,

preferencialmente, por servidor público efetivo da SES, cedido de outros órgãos do Poder Executivo Estadual ou de outras esferas de governo e contratado por tempo determinado¹⁸.

Todavia, tanto essa legislação quanto o Decreto nº 53.242/2022 (que a regulamenta) deixam claro, no art. 6º, que na

[...] impossibilidade de designação de servidores com vínculo estatutário, contratados por tempo determinado, ou cedidos de outros órgãos para cobertura emergencial de lacunas nas escalas de trabalho, o plantão extraordinário poderá ser exercido, excepcionalmente, por profissional de saúde sem vínculo público, habilitado para o serviço e previamente credenciado, mediante processo de inexigibilidade de licitação realizado pela Secretaria Estadual de Saúde¹⁸.

Essa situação aprofunda o que estabelece a CF/88 ao flexibilizar contratações temporárias para “situações excepcionais de interesse público”⁴¹. No caso de Pernambuco, essa flexibilização se intensifica desde que a ‘cobertura emergencial’, na forma de plantão extraordinário, passa a ser a regra, e não uma exceção.

Outra situação que deve ser ressaltada são os valores pagos pela SES-PE referentes à prestação de serviços via plantão extraordinário.

[...] permaneci na Covid-19, e, até então, a gente ganhava um valor no início, de 200 reais por plantão. A gente tinha que trabalhar mais, então a gente fazia em torno de 15 plantões (por mês) na Covid-19, e com o outro reajuste que houve, acho que no final de 2022, o plantão passou para 300 reais. (EPEX 2).

Posteriormente, com a regulamentação do piso da enfermagem⁴², o valor instituído como salário base da categoria ficou muito acima dos valores pagos à condição do plantão extraordinário, demonstrando a violação do valor da força de trabalho quando ela é paga muito aquém do seu valor, fenômeno ao qual Marini⁴³⁽¹²⁶⁾ denominou de “superexploração” do trabalho.

Esse amplo processo de transformações na esfera do trabalho expõe o trabalhador à volatilidade, efemeridade e descartabilidade,

transformando rapidamente os homens que trabalham em obsoletos e descartáveis que devem ser superados e substituídos por outros novos e modernos, isto é, flexíveis⁸.

O que o presente estudo de caso irrefutavelmente demonstrou, enquanto um processo ofensivo do Estado brasileiro contra a classe trabalhadora, inclusive a do setor saúde, constitui-se em um agravante nacional. Sua particularidade, nesse caso, deve-se ao fato de tê-lo demonstrado enquanto um fenômeno presente no interior de um hospital público de referência para a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados.

Considerações finais

A (in)segurança e a saúde no trabalho estiveram associadas à necessidade de investimento em infraestrutura, redimensionamento de profissionais e falta de políticas de qualificação e saúde do trabalhador. As poucas ações existentes no Hemope não seguem as premissas da PNST, e contemplam apenas as(os) enfermeiras(os) com vínculos estatutários, excluindo as(os) contratadas(os) por tempo determinado e as(os) que trabalham mediante plantão extraordinário.

As dimensões da perda da identidade individual e coletiva e da crise do direito do trabalho se coadunam quando, no ano de 2021, mais de 70% das enfermeiras(os) estavam exercendo suas atividades em situações precárias, como resultado da parcial ou total ausência de direitos do trabalho e níveis remuneratórios rebaixados. Em ambas as condições, esses

trabalhadores vivenciam a ameaça constante do desemprego.

Desse modo, no Brasil, a consolidação de arranjos contratuais cada vez mais flexíveis nos serviços públicos de saúde tem se revelado enquanto uma estratégia do Estado sob a égide neoliberal, materializada pela diminuição progressiva de gastos com servidores públicos. Os resultados apresentados permitem afirmar que, no período estudado, no estado de Pernambuco, persistiram decisões de governos coadunadas com os rumos da política nacional de saúde, a qual vem tendo como uma de suas consequências mais funestas a precarização social do trabalho no SUS.

Colaboradoras

Pereira TM (0009-0006-1322-2288)* contribuiu para concepção inicial do projeto, coleta e análise dos dados, revisão bibliográfica, padronização de normas, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final do manuscrito. Oliveira RS (0000-0002-6189-1543)* e Morais HMM (0000-0001-8244-6601)* contribuíram para concepção inicial do projeto, análise e interpretação dos dados, elaboração, revisão crítica do conteúdo intelectual, padronização de normas e aprovação da versão final do manuscrito. Cunha EM (0000-0001-7471-301X)* realizou contribuições metodológicas e revisão crítica final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Antunes R, Pochmann M. A desconstrução do trabalho e a explosão do desemprego estrutural e da pobreza no Brasil [Internet]. Porto Alegre: Tomo Editorial Clacso; 2007 [acesso em 2025 jan 1]. 16 p. Disponível em: <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20120708071300/08antu2.pdf>
2. Alves G. Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios de sociologia do trabalho. 2. ed. Londrina: Editora Praxis; 2007. 290 p.
3. Antunes R. Adeus ao trabalho? ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 13. ed. São Paulo: Cortez; 2008. 103 p.
4. Antunes R, Praun L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serv Soc Soc*. 2015;123:407-427. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.030>
5. Alves SMP, Coelho MCR, Borges LH, al. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. *Ciênc saúde coletiva*. 2015;20(10):3043-3050. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.11592014>
6. Arruda GCM, Bezerra SCS. Flexibilização das relações de trabalho no Brasil: uma reflexão à luz das incertezas da modernidade complexa. *Rev Argum*. 2019;20(2):539-562.
7. Fontes V. Capitalismo em tempos de uberização: do emprego ao trabalho*. Marx e o Marxismo. Niterói: Universidade Federal Fluminense. 2017; 188 p.
8. Druck G. Trabalho, precarização e resistência: novos e velhos desafios? *Cad CRH*. 2011;24(1):37-57. DOI: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v24i1.19219>
9. Druck G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trab Educ Saúde*. 2016;14(1):15-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>
10. Druck G, Franco T. Trabalho e precarização social. *Cad CRH*. 2011;24(1):9-13. DOI: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v24i1.19216>
11. Fonseca JM, Lemos SM, Teixeira M. Expressões da precarização do trabalho nas regras do jogo: Organizações Sociais na Atenção Primária do município do Rio. *Saúde debate*. 2021;45(130):590-602. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113003>
12. Pochmann M. Desestabilização do trabalho. *Saúde debate*. 2018;42(3):67-77. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S306>
13. Lima ICS, Sampaio JJC, Souza KCA. A complexidade do trabalho precário na Atenção Psicossocial Territorial: reflexão crítica sobre o contexto brasileiro. *Saúde debate*. 2023;47(136):215-226. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313614>
14. Druck G, Thébaud M A. Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil. In: Druck G, Franco T, organizadores. A perda da Razão Social do trabalho: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo. 2007. p. 23-58.
15. Santos LG. Hemope e pró-sangue: duas decisões, um caminho: hemoterapia: aspectos históricos, política hemoterápica e experiência brasileira. 2. ed. Recife: EDUPE. 2022. 94 p.
16. Palácio do Campo das Princesas (PE). Decreto nº 39.763, de 29 de agosto de 2013. Estabelece o valor máximo mensal a ser despendido na execução de Plantão Extraordinário, no âmbito da Secretaria de Saúde. *Diário Oficial do Estado, Recife, PE*. 2013 ago 29.
17. Palácio do Campo das Princesas (PE). Lei nº 16.089, de 30 de junho de 2017. Institui o sistema de plantões extraordinários no âmbito da rede estadual de saúde. *Diário Oficial do Estado, Recife, PE*. 2017 jun 30.
18. Palácio do Campo das Princesas (PE). Decreto nº 53.242, de 22 de julho de 2022. Regulamenta a Lei nº 16.089, de 30 de junho de 2017, que institui o Sistema de Plantões Extraordinários, no âmbito da Rede Estadual de Saúde. *Diário Oficial do Estado [Internet]*, Recife, PE. 2022 jul 22 [acesso em 2025 abr 17]. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=67026&tipo=TEXTOTUALIZADO>

19. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas e respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2006. 32 p.
20. Girardi S, Carvalho CL, Der Mass LW, et al. O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. *Divulg saúde debate*. 2010;(45):11-23.
21. Eberhardt LD, Carvalho M, Murofuse NT. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião oeste do Paraná. *Saúde debate*. 2015;39(104):18-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040432>
22. Silva PMC, Souza KR, Reis LR. Política de desprecarização do trabalho em saúde em uma instituição federal de c&t: a experiência de professores e pesquisadores. *Trab Educ Saúde*. 2017;15(1):95-116. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00048>
23. Gomes HF, Gonçalves FGA, Pires AS, et al. Precarização do trabalho de enfermagem e repercussões na saúde dos trabalhadores brasileiros: revisão integrativa. *Revista enferm atual in derme*. 2016;77(15):67-74.
24. Santos TA, Nunes DO, Pereira RB, et al. Associação entre variáveis relacionadas à precarização e afastamento do trabalho no campo da enfermagem. *Ciência saúde coletiva*. 2020;25(1):123-133. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28242019>
25. Rodrigues US, Rodrigues EP, Santana PES, et al. Decisões da justiça do trabalho sobre as demandas no campo da enfermagem. *Enferm Foco*. 2020;11(2):64-69.
26. Pereira AAC, Lemos M, Cunha CLF, et al. Impactos da Reforma Trabalhista sobre o trabalho da Enfermagem. *Rev Min Enferm*. 2022;26:e-143. DOI: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.39242>
27. Bosi MLM. Paradigmas, tradições e terminologias: demarcações necessárias. In: Bosi MLM, Gastaldo D, organizadores. *Tópicos Avançados em Pesquisa Qualitativa: fundamentos teórico-metodológicos*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 2021. p. 106-144.
28. Fundação Hemope: Uma fundação que presta serviços nas áreas de hematologia e hemoterapia. Portal Hemope [Internet]. Recife, Pernambuco; 2023 [acesso em 2024 ago 14]. Disponível em <https://www.hemope.pe.gov.br/>
29. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Prtal [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2024 ago 14]. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>
30. Palácio do Campo das Princesas (PE). Lei nº 14.885, de 14 de dezembro de 2012. Altera a Lei nº 14.547, de 21 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender às necessidades de excepcional interesse público de que trata o inciso VII do art. 97 da Constituição Estadual. *Diário Oficial do Estado, Recife, PE*. 2012 dez 14. 6 p.
31. Alepe Legis. Legislação do estado de Pernambuco. Início: Plantão extraordinário, 2013-2022 [Internet]. Recife: Alepe Legis; 2014 [acesso em 2024 ago 14]. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/pesquisa.aspx>
32. Rosso SD. Ondas de intensificação do labor e crises. *Perspectivas*. 2011;39:133-154.
33. Slater G. Desemprego. In: Fine B, Saad Filho A. *Dicionário de economia política marxista*. São Paulo: Expressão Popular, 2020. p. 137-146.
34. 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:59-62.
35. 6º Ofício de notas. Cartório João Roma. Escritura Pública de Constituição do Centro de Hematologia e hemoterapia de Pernambuco. Recife, PE: 6º Ofício de notas; 1974 dez 4.
36. Palácio do Campo das Princesas (PE). Lei complementar nº 3, de 22 de agosto de 1990. Institui o regime jurídico único de que trata o art. 98 da Constituição Estadual, e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado, Reccife, PE*. 1990 ago 22.

37. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípio e normas da Administração Pública, Servidores e Agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1998 jun 5; Seção I:1.
38. Palácio do Campo das Princesas (PE). Lei nº 14.804, de 29 de outubro de 2012. Regula o acesso a informações, no âmbito do Poder Executivo Estadual, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado, Recife, PE. 2022 out 29.
39. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 ago 23; Edição 165; Seção I:46-51.
40. 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>
41. Presidência da República (BR). Lei nº 8745, de 9 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 1993 [acesso em 2025 abr 11]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18745cons.htm
42. Presidência da República (BR). Lei nº 14.434, de 4 de agosto de 2022. Altera a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, para instituir o piso salarial nacional do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2022 ago 5; Seção I:3.
43. Marini RM. *Dialética da dependência/uma antologia da obra de Ruy Mauro Marini; organização e apresentação de Emir Sader*. Petrópolis RJ; Buenos Aires: Vozes; Clacso; 2000.

Recebido em 18/09/2024

Aprovado em 21/03/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Ronaldo Teodoro

Nutrição e questão ambiental: com a palavra, as lideranças do campo da nutrição no Brasil

Nutrition and environmental issue: The nutrition field's leaders in Brazil take the floor

Marcelo Eliseu Sipioni^{1,2}, Maria Angélica Carvalho Andrade¹

DOI: 10.1590/2358-289820251459619P

RESUMO O Antropoceno sugere que a ação humana representa a mais importante força geológica agindo sobre o planeta, provocando mudanças climáticas e, em última análise, colocando em risco toda a vida futura. O sistema alimentar hegemônico representa um importante componente dessa ação humana, dado o uso irresponsável de técnicas predatórias frente à Natureza. Estando a nutrição inserida no sistema alimentar, faz-se necessário discutir seu posicionamento e ações para mitigar seus efeitos. Esse trabalho objetivou avaliar as percepções das lideranças da nutrição no Brasil sobre a questão ambiental e sua relação com o campo da nutrição. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas e analisados com uso da técnica de análise temática. Os resultados demonstraram que as lideranças têm consciência sobre a emergência da questão ambiental e que a nutrição possui grande relação e responsabilidade com a temática, apesar de diferentes níveis e contrapontos a essa percepção terem sido encontrados, como a falta de conhecimento sobre o tema. Sugere-se que a nutrição, atravessada pela ideologia do nutricionalismo, deva ser direcionada por uma postura ético-política adequada à emergência da questão ambiental, como propõe o Princípio Responsabilidade de Hans Jonas.

PALAVRAS-CHAVE Mudança climática. Sistema alimentar. Ciências da nutrição.

ABSTRACT The Anthropocene suggests that human action represents the most important geological force acting on the planet, causing climate change and, ultimately, endangering all future life. The hegemonic food system represents an important component of this human action, given the irresponsible use of predatory techniques against Nature. Since nutrition is part of the food system, it is necessary to discuss its position and actions to mitigate its effects. This work aimed to evaluate the perceptions of nutrition leaders in Brazil on the environmental issue and its relationship with the field of nutrition. This is a descriptive study with a qualitative approach. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using the thematic analysis technique. The results showed that the leaders are aware of the environmental issue emergence and that nutrition has a great relationship and responsibility with this theme, although different levels and counterpoints to this perception have been found, such as the lack of knowledge on the subject. It is suggested that nutrition, permeated by the ideology of nutritionalism, should be guided by an ethical-political posture suited to the emergence of the environmental issue, as proposed by Hans Jonas' Principle of Responsibility.

KEYWORDS Climate change. Food system. Nutritional sciences.

¹Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) - Vitória (ES), Brasil.
mesipioni@yahoo.com.br

²Universidade Vila Velha (UVV) - Vila Velha (ES), Brasil.



Introdução

A temática ambiental vem ocupando interesse e preocupações das mais diversas áreas do conhecimento, do ativismo da sociedade civil e das políticas públicas. Com a premissa de que estamos em uma época em que a ação do ser humano é a principal força geológica do planeta, o Antropoceno tem ganhado adeptos no mundo inteiro, apesar de ainda configurar uma teoria não confirmada pelas entidades internacionais da área^{1,2}.

O Antropoceno sugere que as mudanças climáticas e a perda da biodiversidade que vêm ocorrendo desde a Revolução Industrial estão levando todas as formas de vida ao risco de desaparecimento, sendo que, nos últimos 50 anos, a intensidade desses acontecimentos se potencializou como consequência do desenvolvimento tecnológico em diferentes áreas de exploração econômica¹. Entre essas áreas está a produção agrícola, na perspectiva do sistema alimentar hegemônico.

Desde a chamada Revolução Verde^{3,4}, o sistema alimentar hegemônico utiliza técnicas predatórias que subjugam a Natureza, numa noção de desenvolvimento utilitarista e antropocêntrica. Além disso, a despeito de seu contraditório discurso de que é responsável por alimentar o planeta, promove, ao contrário, desigualdades sociais⁵ e, consequentemente, fome, uma vez que se trata de um modelo de mercado, o agronegócio, que vê no alimento a mera utilidade mercadológica, típica do capitalismo^{6,7}.

Vale ressaltar que a definição de sistemas alimentares considera não só as etapas da cadeia produtiva de alimentos, mas inclui as relações socioculturais, políticas e ambientais envolvidas nas dimensões de produção e consumo de alimentos⁸, nos diversos modelos de ambientes alimentares propostos⁹.

O fato é que a tecnologia utilizada pelo sistema alimentar hegemônico não só prejudica a promoção da vida como um todo no tempo atual como insinua pouca reflexão sobre a possibilidade de vida digna às gerações

futuras. Dessa forma, cabe-nos refletir sobre um necessário freio ético à técnica irresponsável utilizada por esse modelo de produção de alimentos, para o que consideramos fundamentais as reflexões feitas por Hans Jonas¹⁰ e seu Princípio Responsabilidade.

Para esse filósofo, os modelos éticos modernos pouco contribuem para essa face da ação humana chamada tecnologia¹⁰, uma vez que sugerem princípios e imperativos apenas ao ser humano contemporâneo. Outras formas de vida não estão inclusas no domínio ético moderno, tampouco as vidas, humanas e não humanas, de gerações futuras, ameaçadas pelo avanço tecnológico desprovido de reflexão ética.

Jonas¹¹ considera que a técnica moderna assumiu uma postura em que cria problemas para ela mesma resolver com novos avanços tecnológicos, gerando um ciclo vicioso que desconsidera os riscos futuros frente a benefícios imediatos. Longe de uma postura tecnofóbica, Jonas defende que a questão é atribuir a essa nova forma de poder, a técnica moderna, uma ética, não para impedi-la, mas para ajudá-la a cumprir sua missão¹².

O Princípio Responsabilidade nos parece apropriado para orientar ações individuais e coletivas que possam frear as consequências do Antropoceno, alinhando-se a outras concepções éticas que priorizam a Natureza com seu valor e dignidade próprios^{13,14} e estabelecem novas posturas na relação entre Natureza e ser humano, este último, interno, não superior a ela¹⁵⁻¹⁷. Nesse sentido, Jonas defende que a biosfera inteira “reivindica sua parcela de respeito que se deve a tudo que é um fim em si mesmo, quer dizer, a todos os viventes”¹¹⁽⁵⁵⁾.

Assim, é prudente que as diversas dimensões do sistema alimentar passem a se orientar pela ética jonasiana¹⁸, tanto no que se refere ao uso de técnicas de produção de alimentos, o que já configurava elemento de preocupação de Jonas¹⁰ quando elaborou seu Princípio Responsabilidade, em 1979, quanto nos processos tecnológicos envolvidos na dimensão do consumo, especialmente no que diz respeito às

estratégias industriais de produção e *marketing* de alimentos danosos à saúde humana^{19,20} e ao meio ambiente, uma vez que têm origem em métodos predatórios de produção^{4,6,19,21,22}.

Nesse sentido, ao contrário do que uma primeira análise acerca da orientação ética de Jonas sugeriria, não é só na dimensão da produção que se aplica o Princípio Responsabilidade. Nessa dimensão, as ações humanas são, de fato, mais evidentes e potencialmente danosas à vida. Contudo, sendo o sistema alimentar uma unidade complexa com relação sinérgica entre as dimensões que o compõem, espera-se que a tomada do Princípio Responsabilidade como norteador de posições ético-políticas ocorra igualmente em ambas as dimensões, seja entre os responsáveis técnicos, empresariais e políticos do setor de produção, seja entre os técnicos e gestores do campo do consumo, incluindo nesse nicho a nutrição e o nutricionista.

Apesar de possuir certas atribuições na esfera da produção, a atuação profissional do nutricionista, de fato, alinha-se mais diretamente à dimensão do consumo, na qual assume atribuições específicas^{23,24}. Assim, o nutricionista tende a perceber sua implicação no sistema alimentar limitada a colaborar para um ambiente alimentar mais saudável. Contudo, a questão ambiental parece sugerir que os profissionais da área de nutrição devem assumir uma visão integral frente ao sistema alimentar, conforme já exposto em diretrizes e princípios norteadores da promoção da alimentação adequada e saudável no País^{25,26}.

A relação intrínseca entre nutrição e questão ambiental também é evidenciada quando se compreende a dinâmica da Sindemia Global, caracterizada pela relação sinérgica entre três pandemias – obesidade, desnutrição e mudanças climáticas – e suas consequências quanto às questões alimentares no mundo, com agravamento em países mais pobres^{5,27,28}. Ao se compreender a lógica explicativa da Sindemia Global, percebe-se o quanto as escolhas relacionadas ao sistema alimentar impactam as mudanças climáticas, sejam elas escolhas políticas sobre o que e como produzir, sejam elas

relativas ao campo do consumo de alimentos.

O envolvimento do campo da nutrição na questão ambiental apresenta-se, portanto, como inevitável. Para além de pensar a alimentação como ato político^{29,30} e ético³¹, deve-se compreender a questão ambiental como elemento ético-político norteador da própria atuação profissional no campo da nutrição, para o qual a ética de Jonas¹⁰ pode trazer enorme contribuição.

Diversos debates já vêm sendo feitos para compreender tal relação, incluindo a temática das dietas sustentáveis^{32,33} e a inserção da ciência da nutrição no arranjo dos sistemas alimentares³⁴⁻³⁶. Além disso, há proposições para que a formação em nutrição considere as questões ambientais frente ao Antropoceno^{37,38}.

Ressalta-se, contudo, que, mesmo constituída sob bases epistemológicas dos campos biológico e social³⁹, a nutrição é hegemonicamente dominada por uma postura biomédica que historicamente conduz seu desenvolvimento técnico e científico e orienta suas práticas⁴⁰⁻⁴². Scrinis⁴³ denomina esse movimento de nutricionalismo, uma ideologia que reduz a complexidade do alimento ao seu conteúdo nutricional e, a partir dessa análise limitada, estabelece o nível de saúde relacionado à alimentação. O nutricionalismo remete à despreocupação com a “qualidade de produção e processamento do alimento e de seus ingredientes”⁴³⁽²⁵⁾, evidenciando um choque antitético com o Princípio Responsabilidade¹⁰, que sugere uma análise de elevada precaução frente à possibilidade, mesmo que remota, de ameaça à vida futura.

Parece urgente que a nutrição se norteie menos pelo nutricionalismo e mais por modelos éticos que fomentem uma atuação profissional alinhada ao debate das mudanças climáticas e do respeito à Natureza, reconhecida com dignidade e valores intrínsecos, não utilitários^{11,13-15}.

Para tanto, a nutrição precisa se reconhecer corresponsável pela questão ambiental junto aos mais diversos campos do conhecimento, de prática e de políticas públicas, especialmente para se contrapor ao sistema alimentar

hegemônico no contexto do Antropoceno. Nesse sentido, este trabalho buscou identificar as percepções das lideranças nacionais da nutrição no Brasil sobre a relação entre o campo da nutrição e a questão ambiental.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, que buscou analisar as impressões e interpretações das principais lideranças nacionais do campo da nutrição sobre a questão ambiental. Optou-se por abordar tais atores por se entender que, dados os espaços em que estão inseridos, representam um nicho privilegiado da área para pautar debates acerca da nutrição no País. Por questão ambiental, referimo-nos especialmente às mudanças climáticas e à perda da biodiversidade associadas à exploração predatória da Natureza pelo ser humano.

No momento desta pesquisa, as lideranças entrevistadas estavam inseridas nos mais diversos campos de atuação e representação da nutrição no Brasil, sendo identificadas nos endereços eletrônicos e nas redes sociais das entidades a que estão vinculadas. Posteriormente, foram contatadas por e-mail, e, na ausência de retorno, por outros meios eletrônicos. O único critério de inclusão definido foi a exigência de ser (essa liderança) nutricionista.

Não serão nominadas as entidades contatadas, a fim de resguardar a identidade das lideranças. Além disso, é importante frisar que não foram solicitados quaisquer posicionamentos das entidades nessa pesquisa, mas, sim, das lideranças em si, o que pensam e interpretam sobre as questões levantadas.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas ocorridas entre março e junho de 2022 por videochamada. As questões buscaram indagar os entrevistados

sobre: a) ideias e percepções gerais que possuem sobre a temática; b) relação entre a questão ambiental e o campo da nutrição; e c) nível de prioridade que a nutrição deve direcionar à questão ambiental. Todas as conversas foram gravadas em áudio e vídeo, com a devida autorização das lideranças.

Os resultados das entrevistas foram submetidos à análise temática⁴⁴. Optamos por tal metodologia dada sua flexibilidade, aliada a um criterioso processo metodológico de construção de ideias⁴⁴, buscando identificar os “núcleos de sentido que compõem uma comunicação”⁴⁵⁽³¹⁶⁾. Trata-se de identificar temas, ou seja, elementos que captam importantes ideias num determinado campo teórico de pesquisa⁴⁴.

Para ilustrar as lideranças participantes deste estudo, foram utilizadas algumas das mais importantes denominações indígenas do País como pseudônimos: Guarani, Ticuna, Caingangue, Macuxi, Terena, Pataxó, Ianomâmi, Guajajara e Xavante.

Este trabalho atende a todas as orientações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁴⁶, sendo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob o parecer nº 5.261.355 (CAAE: 55231822.1.0000.5060).

Resultados

Participaram da pesquisa nove lideranças do campo da nutrição, engajadas nos mais diversos espectros de atuação, incluindo entidades da categoria profissional e estudantil e entidades do campo acadêmico, científico e de políticas públicas.

O *quadro 1* resume os temas definidos a partir do conjunto de dados obtidos pelas entrevistas, conforme apresentado abaixo.

Quadro 1. Elementos de análise e temas definidos a partir do conjunto de dados coletados junto às lideranças da área de nutrição no Brasil

Elemento de análise	Temas definidos
Impressões gerais sobre a questão ambiental	- Necessidade de ação urgente para conter as mudanças climáticas. - Visão antropocêntrica sobre a questão ambiental. - Questão ambiental submetida a interesses econômicos e políticos. - Falta de conhecimento sobre o tema.
Relação entre nutrição e questão ambiental	- Nutrição alheia ao debate sobre as questões ambientais. - Relação limitada entre nutrição e questões ambientais. - Forte relação entre nutrição e questões ambientais.
Prioridade da questão ambiental para a nutrição	- Alta prioridade da questão ambiental para a nutrição. - Média prioridade da questão ambiental para a nutrição.

Fonte: elaboração própria.

Impressões gerais sobre a questão ambiental

Ao serem solicitadas a comentar suas impressões sobre a questão ambiental, constatou-se um nível de entendimento e compromisso geral elevados pelas lideranças entrevistadas, uma vez que todas demonstraram preocupação e sugeriram ações, genéricas ou específicas, para conter o avanço das mudanças climáticas.

Tal preocupação está demonstrada em diversos trechos das entrevistas, de forma que esse tema apareceu intensamente nesse elemento de análise, sob diversos argumentos, conforme representado pelos trechos abaixo:

[...] a gente precisa adotar medidas [...]. Só que eu acho que essas medidas deveriam ser tomadas em menor tempo e maior proporção. Porque a gente está vendo uma série de impactos, seja nas águas, nas florestas, no próprio oxigênio que a gente respira. (Xavante).

[...] as mudanças climáticas são assustadoras, e a cada ano que passa isso se opera de uma forma cada vez mais intensa. E é muito mais calor, é muito mais frio, é muito mais seca. E com toda certeza, isso é o homem. (Guajajara).

Também foi possível evidenciar elementos antropocêntricos nas ideias identificadas, em

que análises sobre a temática ambiental se justificam na perspectiva de benefícios para os seres humanos, numa visão utilitarista, conforme exemplo abaixo:

[...] se a gente não se preocupar e olhar atentamente a isso, uma hora vai acabar, e, enfim, acabando os recursos, acaba também a vida, não é? Porque a gente não vai sobreviver com nada. [...] se a gente não tem os recursos para fazer um alimento bom, a gente não vai ter um alimento bom, e vai acabar interferindo também na saúde do homem. (Ticuna).

A sensibilidade quanto à emergência das mudanças climáticas, mesmo que em um viés antropocêntrico, esbarra numa percepção pessimista quanto à negativa interferência de interesses políticos e econômicos sobre a questão ambiental e ao pouco conhecimento geral sobre o assunto. Em diversos momentos, as lideranças constroem seus temas nesse sentido, conforme trechos abaixo:

Acho que a gente é muito pequeno frente a tudo isso. As minhas impressões é que enquanto a gente não tiver lideranças que se importem com isso [...], que tenha isso como prioridade, vai ser muito difícil resolver os nossos problemas internos. [...] No Brasil, ainda não existiu nada nem ninguém com interesse real sobre o assunto. (Terena).

[...] porque é uma coisa que a gente não sabe discutir, que a gente não sabe de onde vem, não sabe realmente quais são as principais causas, e fica muito no achismo. (Ticuna).

Relação entre o campo da nutrição e a questão ambiental

Neste elemento de análise, as lideranças foram estimuladas a comentar sobre a relação entre nutrição e questões ambientais. Os temas identificados foram reveladores de uma noção ampliada da nutrição com papel relevante à questão ambiental, mesmo com algumas sugestões limitadas sobre tal relação ou, como veremos, a constatação de que a nutrição está alheia ao debate.

De fato, em diversos momentos, as lideranças indicaram que a nutrição não debate o tema como deveria e que a inserção da temática deve ocorrer tanto na formação como na própria orientação para a atuação profissional. Além disso, algumas lideranças se assumem inseguras em comentar sobre o tema, enquanto outras sugerem que há áreas da nutrição mais envolvidas com a temática, conforme trechos abaixo:

[...] não é uma questão que é ditada pela nutrição. A nutricionista não tem ainda esse perfil de buscar isso. [...] Por isso que eu digo que nessa área (alimentação coletiva) acontece muito mais. Nas outras áreas, eu acho que a nutricionista deveria buscar isso, e eu não vejo. (Guarani).

[...] hoje, eu não tenho um conhecimento tão tácito dessas questões. [...] Acho que na formação a gente ainda está muito carente disso [...] pela questão do modelo de aprendizagem que hoje a gente tem. (Caingangue).

[...] a gente está muito mais preocupado com a comida de fora para dentro da nossa boca, o impacto que tem no nosso organismo. Eu acho que a gente pensa menos no ambiente, no impacto do lado de fora, no que isso gera, não é? [...] se a gente não der um passo e entender que a gente

precisa realmente cuidar disso tudo que está aqui fora, a gente realmente está caminhando para a extinção da nossa raça. (Macuxi).

Mesmo com esse diagnóstico, o de que a nutrição precisa compreender mais e ampliar a discussão sobre sua relação com a questão ambiental, os temas a seguir sugerem dois tipos diferentes de visão sobre essa relação. A primeira delas revela uma ideia limitada sobre o papel do nutricionista frente à questão ambiental, além de uma análise pontual sobre algum elemento específico do sistema alimentar hegemônico, como o uso de agrotóxicos, de forma isolada. São questões temáticas relevantes, de fato, porém, se analisadas de forma isolada e descontextualizada, não conseguem somar de forma abrangente à complexidade da emergência climática. Vejamos os trechos representativos de tais temas a seguir:

[...] a questão do agrotóxico. É uma coisa muito séria. A quantidade de produtos liberados de forma indiscriminada, e se sabendo através de inúmeros estudos dos problemas desses agrotóxicos na saúde. (Guajajara).

[...] tem algumas ISO que elas [as fábricas] têm que fazer parte para elas ganharem conceito e poderem exportar, por exemplo. Então, várias marcas têm um compromisso ambiental. Esse compromisso ambiental rege toda a fábrica e inclui o refeitório. Incluindo o refeitório, ele [o nutricionista] se preocupa com copos descartáveis, com resíduos, com a parte do óleo. (Guarani).

Por outro lado, grande parte das falas das lideranças apontou para um entendimento mais ampliado da relação entre nutrição e questão ambiental, uma vez que se trata de um campo bastante implicado na formatação e nos problemas gerados pelo sistema alimentar como um todo, conforme ilustrado pelos seguintes trechos:

[...] o nutricionista trabalha, dentro do seu objeto de ação, ele trabalha com os alimentos

[...] na perspectiva da saúde do indivíduo e da saúde coletiva. [...] eu preciso compreender como e onde esse alimento é produzido. [...] Se ele é produzido com mão de obra escrava, se ele é produzido com água de esgoto, se ele é produzido com veneno, se ele é produzido de forma sustentável, se nós estamos nos preocupando se as novas e futuras gerações poderão usufruir dessa diversidade que ainda se tem hoje. (Ianomâmi).

[...] não é da prática do nutricionista a produção dos alimentos, mas os sistemas alimentares fazem parte do contexto em que as práticas alimentares se dão, e acho que elas têm super a ver com a prática profissional do nutricionista, seja a prática alimentar de uma pessoa [...] no ambulatório, seja a prática das pessoas que estão comendo num restaurante, [...] seja os que estão numa escola e que estão sendo pautados por alguma ação educativa. (Pataxó).

Prioridade da questão ambiental para a nutrição

Questionadas sobre o nível de prioridade que a questão ambiental deveria receber do campo da nutrição, as lideranças sugeriram tanto alta quanto média prioridade.

A alta prioridade foi revelada como tema de forma mais evidente nas falas das lideranças. Contudo, observou-se que, ao comentarem seu posicionamento, houve argumentos que sugeriram algum limite para tal, por considerarem haver temas mais importantes do que a questão ambiental para o campo da nutrição. Já entre os que defendem alta prioridade sem estabelecer limitações, houve o entendimento de que a dimensão ambiental é inerente à nutrição. Além disso, a defesa de que a formação deve intensificar esse debate como forma de ampliar a concepção da nutrição sobre o tema foi apontada como alternativa em alguns depoimentos. Os trechos a seguir buscam ilustrar essas ideias:

Veja bem, eu acho que é alta [...]. Mas tem outras coisas que eu vejo que são ainda um pouco mais altas do que esse processo, não é? [...] vejo que tem outras coisas na nutrição que são muito específicas e que precisa melhorar, precisa trabalhar. (Guarani).

[...] deveria ser alta, desde que contextualizada. Que desse sentido na discussão para todos os profissionais. [...] Porque eu acho que uma das questões da formação é dar sentido no contexto como um todo. [...] Eu converso com o professor de dietoterapia. Ele dá câncer e dieta do câncer. [...] Mas ele não discute o que causou o câncer. [...]. (Caingangue).

Eu trabalho com uma concepção de que a alimentação tem várias dimensões. Então, tem a dimensão do direito humano, a dimensão sociocultural, a dimensão econômica e a dimensão ambiental. [...] se a nutrição não encarar esse elemento, está fora da história, ela está vivendo num momento outro da história. (Pataxó).

Ressalta-se, ainda, que, tanto entre os que defendem prioridade alta quanto entre os que sugerem que há outras pautas mais importantes, foi evocada a ideia de que a atuação da nutrição se baseia na segurança alimentar e nutricional e que esse conceito tem, de maneira intrínseca, a noção da sustentabilidade e da questão ambiental como norteadoras, conforme o trecho a seguir:

[...] essa questão ambiental transita com a soberania e a segurança alimentar e nutricional. [...] Não há soberania e segurança alimentar e nutricional sem incentivo à agricultura familiar, e não dá para incentivar a agricultura familiar sem trabalhar com a transição agroecológica. (Ianomami).

Um segundo tema presente neste elemento de análise defende que a questão ambiental ainda não configura alta prioridade no campo da nutrição, e, sim, média, caminhando para alta, sem apresentar aprofundamento. Uma das lideranças exemplifica essa ideia ao assumir

que “*existem outras coisas que a gente também deve se preocupar. Então, ficarei entre média e alta*” (Ticuna).

Em suma, percebe-se que as lideranças entrevistadas defendem que a nutrição se volte para a questão ambiental, mesmo com diferentes entendimentos sobre o nível de prioridade.

Discussão

Os resultados encontrados neste estudo reforçam o entendimento de que o campo da nutrição está profundamente ligado à questão ambiental a partir da lógica estruturante dos sistemas alimentares³⁵ e que suas lideranças nacionais, mesmo com diferentes níveis de entendimento e priorização, convergem no sentido de fomentar que a nutrição some forças para frear a destruição ambiental no contexto do Antropoceno.

A percepção de que as mudanças climáticas representam um desafio global urgente está em sintonia com o debate feito em nível mundial^{47,48}. Quando se busca identificar as motivações para a elevada preocupação com tal emergência, apesar de não estar contida em todas as falas, percebe-se ainda forte implicação antropocêntrica entre algumas lideranças.

A visão antropocêntrica nesse contexto busca reverter os impactos ambientais para benefício humano, numa noção utilitarista frente à Natureza. Para avançar no entendimento de nossa responsabilidade frente à questão ambiental, de acordo com as premissas jonasianas defendidas neste trabalho, faz-se necessário e urgente delegar à Natureza seu direito e valores próprios, devendo ser protegida, independentemente dos benefícios utilitários^{11,13-16}.

Para Jonas, assumir o reducionismo antropocêntrico, em que o ser humano é separado e diferenciado da Natureza, significa nada mais do que desumanizar o próprio ser humano, pois “na medida em que ela nos gerou, devemos fidelidade à totalidade de sua criação”¹⁰⁽²²⁹⁾.

Ao submetermos a Natureza à apreciação utilitarista do ser humano, sobressaem-se os interesses econômicos em prol de um dito desenvolvimento sustentável, conceito que teve seu significado comprometido pela lógica de mercado que se atribuiu a ele nas últimas décadas^{1,13,15,18}.

Esse elemento de análise dialoga com a percepção, por parte das lideranças da nutrição, de que os interesses econômicos e políticos se sobrepõem aos interesses globais demandados pelos desafios da emergência climática. Apesar de ser possível identificar algum avanço nos debates internacionais em torno das mudanças climáticas, há atores politicamente e economicamente influentes que sugerem manter os níveis atuais de queima de combustíveis fósseis, interferindo fortemente nas negociações globais⁴⁹.

Não se pretende aqui cair na armadilha da dicotomia entre esquerda e direita sobre o debate ambiental. Mesmo que a teoria marxista seja eficiente em explicar as bases da alienação da sociedade capitalista frente ao modelo de produção nefasto do ponto de vista ambiental e social^{6,7}, o arranjo de uma sociedade pós-capitalista suposta pela utopia marxista não sinaliza necessariamente uma demanda reduzida pela exploração da Natureza^{10,50,51}.

Jonas até compreende o marxismo como mais “adequado ao empreendimento de uma ética da responsabilidade”⁵²⁽¹⁴⁰⁾, desde que se desvincule de seu caráter utópico. Mas parece prudente no atual contexto global a escolha de uma nova orientação política frente ao Antropoceno que não seja pautada por velhos dilemas, mas que busque “explorar a possibilidade de canalizar certas emoções políticas na direção de novos objetos”⁵¹⁽¹¹⁾.

Ainda a esse respeito, não se pode ignorar a importância de propostas de políticas de alimentação e nutrição, numa perspectiva institucional-governamental, para a reversão da emergência climática atualmente⁵³. Contudo, as ações individuais ou mesmo corporativas, como as defendidas para o campo da nutrição neste trabalho, possuem enorme

relevância para a afirmação do Princípio Responsabilidade. Segundo o próprio Jonas¹¹⁽⁸⁵⁾,

[...] as grandes decisões visíveis, para o bem ou para o mal, serão tomadas (ou não) no nível político. Mas todos nós podemos preparar, invisivelmente, o solo para elas começarem por nós mesmos.

Ademais, para posicionar a questão ambiental no contexto político em nível mundial, há de se considerar a necessidade de que os conhecimentos relativos às causas e consequências de tais problemas sejam ampliados. Neste trabalho, as lideranças da nutrição demonstraram preocupação com a falta de conhecimento geral sobre o tema, especialmente entre os atores que compõem o campo da nutrição.

Há muito interesse em alimentar desinformação ou ocultar informações verdadeiras sobre mudanças climáticas⁵¹. Dessa forma, o debate sobre a questão ambiental deve ser fomentado no contexto populacional, ressaltando o importante papel da educação ambiental, desde que resignificada para além de análises simplistas sobre o tema⁵⁴.

Já no campo da nutrição, não há motivos para que o tema não seja mais intensamente debatido, dada sua emergência. A nutrição está fortemente implicada a demandas globais atuais, como a Sindemia Global²⁷ e a Agenda 2030⁵⁵, além de constarem nos documentos norteadores da profissão diversas menções que levam em conta a questão ambiental^{24,56}.

Ainda assim, nesse espectro de análise, as lideranças também sugeriram que a nutrição tende a negligenciar sua própria relação com a questão ambiental. De fato, trata-se de um campo, como tantos na área da saúde, em que predomina a relevância do discurso biomédico^{40,41}. Na nutrição, a ideologia do nutricionalismo⁴³ tende a alienar profissionais e população de um entendimento mais complexo do sistema alimentar. Tal constatação atinge, inclusive, o campo da pesquisa em nutrição, uma vez que diversas perguntas continuam

sem resposta contundente quanto à atuação da nutrição para reverter a lógica predatória dos sistemas alimentares⁵⁷.

Reverter a lógica da produção agrícola na perspectiva de uma ética para o futuro já estava no campo de análise de Jonas quando elaborou seu Princípio Responsabilidade. O filósofo já questionava os impactos cumulativos à Natureza derivados do uso de tecnologias agrárias¹⁰. As técnicas empregadas na produção agrícola pelo sistema alimentar devem, portanto, ser contrapostas criticamente e desestimuladas pela nutrição em seu campo de práticas por constituírem ameaça potencial à vida, tal como sugerem as análises de Jonas^{10,11}.

Importante ressaltar que, para o filósofo, enquanto a técnica pré-moderna era caracterizada por uma constância no fazer técnico, tendendo a um equilíbrio entre necessidade e meios apropriados para saná-la, a técnica moderna, à qual se alinham aquelas utilizadas pelo sistema alimentar hegemônico, rompe com tal equilíbrio e se apresenta como objeto profícuo de reflexão por não assumir qualquer nível de estabilidade, mas buscar sempre avançar “outros passos em todas as direções possíveis”¹¹⁽³⁰⁾. A Revolução Verde é apresentada pelo filósofo como exemplo dessa concepção, uma vez que se anuncia como revolução tecnológica criadora de diversos problemas no campo da agricultura, mas que são, em tese, sanados pelo próprio constructo tecnológico que os gerou. A lógica do autor, ainda em 1979, parece contemporaneamente situada, como exemplificado abaixo:

A monocultura não só reduz um habitat diversificado, dotado de um equilíbrio dinâmico das espécies, à presença de uma só cultura, mas esta mesma é um produto domesticado, artificialmente homogeneizado a partir de variedades selvagens, de modo que tal cultura só pode se manter sob condições artificiais da agricultura¹⁰⁽³³⁵⁾.

Parece evidente que a ética jonasiana não coaduna com uma noção fraca de

sustentabilidade¹³, em que o papel da nutrição se limitaria a ações pontuais de redução de danos⁵⁸, mas deve se projetar tanto no campo de práticas³⁶ como de formação^{37,38}, em prol da compreensão integral e proposição de ações ampliadas frente à complexidade do sistema alimentar.

A questão ambiental requer ações urgentes, com alta prioridade. Afinal, as previsões frente ao Antropoceno sugerem que, além de as gerações futuras estarem ameaçadas pelos problemas ambientais atuais, a geração atual já sente os efeitos das mudanças climáticas em nível global, com potencial agravamento em países pobres e dependentes da agricultura⁴⁹. Entre as lideranças entrevistadas, a percepção de que a nutrição possui outras prioridades que não a questão ambiental parece refletir a já discutida desinformação⁵¹ e, em algum nível, um otimismo ingênuo por parte de parcela considerável da humanidade com relação ao que se projeta frente às mudanças climáticas e suas consequências.

Ressalta-se, porém, que a demanda ética proposta neste trabalho não vislumbra substituir as tarefas historicamente dadas ao campo da nutrição, concebidas pelos princípios que norteiam a atuação do nutricionista em países como o Brasil⁵⁵ e que, de certa forma, já estão alinhadas à visão cosmológica ampliada perante o papel da nutrição na sociedade. O que se pretende é que a Nutrição reconheça formas de promover a alimentação adequada e saudável, por isso, sustentável, para além de seu nicho convencional de atuação.

Considerações finais

A nutrição, envolvida com a lógica dos sistemas alimentares, precisa reconhecer, no contexto

do Antropoceno, sua responsabilidade para contornar a lógica predatória com que o sistema alimentar hegemônico atua.

Os achados deste trabalho permitem afirmar que, ao menos entre as lideranças do campo da nutrição brasileira, essa responsabilidade vem sendo assimilada em algum nível, dada a compreensão que demonstraram ter sobre a relação da nutrição com a questão ambiental. Contudo, diversos problemas ainda precisam ser enfrentados, como o incipiente nível de conhecimento dos atores da nutrição sobre a questão ambiental.

É importante frisar que este trabalho foi constituído a partir das percepções de representantes engajados no campo da nutrição, o que sugere níveis mais avançados de compreensão da realidade e do estado da arte da nutrição no País, não sendo possível extrapolar tais percepções a todos os profissionais da área.

Como contribuição, busca-se ressaltar a importância do Princípio Responsabilidade de Hans Jonas enquanto pressuposto ético para o campo da nutrição, uma vez que defende de forma intransigente a vida, hodierna e futura, garantindo à Natureza seu valor em si mesma ao questionar o uso de tecnologias irresponsáveis que ameacem a manutenção de uma autêntica vida na Terra.

Colaboradores

Sipioni ME (0000-0003-1536-6374)* contribuiu para a concepção do trabalho; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Andrade MAC (0000-0002-3690-6416)* contribuiu para a revisão crítica do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Veiga JE. A primeira utopia do antropoceno. *Ambient soc.* 2017;20(2):233-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-4422ASOCEx002V2022017>
2. Lewis SL, Maslin MA. Defining the Anthropocene. *Nature.* 2015;519:171-80. DOI: <https://doi.org/10.1038/nature14258>
3. Pompeia C. Formação política do agronegócio. São Paulo: Ed. Elefante; 2021.
4. Maluf RSJ. Segurança Alimentar e Nutricional. Petrópolis: Vozes; 2007.
5. Salles-Costa R, Ferreira AA, Castro Junior P, et al. Sistemas alimentares, fome e insegurança alimentar e nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fio-cruz; 2022.
6. Machado PP, Oliveira NRF, Mendes AN. O indigesto sistema do alimento mercadoria. *Saúde soc.* 2016;25(2):505-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016151741>
7. McMichael P. Regimes alimentares e questões agrárias. São Paulo; Porto Alegre: Editora Unesp; Editora da UFRGS; 2016.
8. High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition. Food losses and waste in the context of sustainable food systems. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security [Internet]. Rome: FAO; 2014 [acesso em 2024 fev 3]. Disponível em: <https://www.fao.org/3/i3901e/i3901e.pdf>
9. Mendes LL, Pessoa MC, Costa BVL. Ambiente alimentar: tópicos iniciais e principais modelos conceituais. In: Mendes LL, Pessoa MC, Costa BVL, organizadoras. *Ambiente alimentar: saúde e nutrição.* Rio de Janeiro: Rubio; 2022. p. 1-10.
10. Jonas H. O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Rio de Janeiro: Contraponto; Editora PUC-Rio; 2006.
11. Jonas H. Técnica, medicina e ética: sobre a prática do princípio responsabilidade. São Paulo: Paulus; 2013.
12. Oliveira JR. Para uma *ethical turn* da tecnologia: por que Hans Jonas não é um tecnofóbico? *Trans Form Ação.* 2022;45(2):191-206. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-3173.2022.v45n2.p191>
13. Gudynas E. Direitos da Natureza: ética biocêntrica e políticas ambientais. São Paulo: Elefante; 2019.
14. Lourenço DB. Qual o valor da natureza? Uma introdução à ética ambiental. São Paulo: Elefante; 2019.
15. Krenak A. Ideias para adiar o fim do mundo. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2020.
16. Krenak A. A vida não é útil. São Paulo: Companhia das Letras; 2020.
17. Kopenawa D, Albert B. A queda do céu: palavras de um xamã yanomami. São Paulo: Companhia das Letras; 2015.
18. Sipioni ME, Andrade MAC. Reflexões sobre ética ambiental, sistemas alimentares e desigualdades. In: Andrade MAC, Sodré F, Rocon PC, organizadores. *Desigualdades sociais em saúde: debates contemporâneos para construção de políticas públicas.* Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2024. p. 120-41.
19. Johns P. Food systems and health: prospects for hope in the Brazilian chaos? *Development (Rome).* 2020;63:285-90. DOI: <https://doi.org/10.1057/s41301-020-00274-w>
20. Nestle M. Uma verdade indigesta: como a indústria alimentícia manipula a ciência do que comemos. São Paulo: Elefante; 2019.
21. Ribeiro H, Jaime PC, Ventura D. Alimentação e sustentabilidade. *Estud av.* 2017;31(89):185-98. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-40142017.31890016>

22. Carneiro FF, Rigotto RM, Augusto LGS, et al., organizadores. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro; São Paulo: EPSJV; Expressão Popular; 2015.
23. Presidência da República (BR). Lei 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; Seção I:19909.
24. Conselho Federal de Nutricionistas (BR). Resolução 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 fev 25; Seção I:1.
25. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2012.
26. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para a População Brasileira. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
27. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, et al. The Global Syndemic of obesity, undernutrition, and climate changes: The Lancet Commission Report. *Lancet*. 2019;393:781-846. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)
28. Marchioni DML, Carvalho AM. Sistemas alimentares, mudanças climáticas e saúde pública. In: Marchioni DML, Carvalho AM, organizadoras. Sistemas alimentares e alimentação sustentável. Santana do Parnaíba: Manole; 2022. p. 77-89.
29. Rebrovick T. The politics of diet: “eco-dietetics”, neoliberalism, and the history of dietetic discourses. *Polit. research quart*. 2015;68(4):678-89. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1065912915605183>
30. Portilho F, Castañeda M, Castro IRR. A alimentação no contexto contemporâneo: consumo, ação política e sustentabilidade. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(1):99-106. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100014>
31. Fanzo J, Hood A, Davis C. Eating our way through the Anthropocene. *Physiol Behav*. 2020;222:e112929. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2020.112929>
32. Triches RM. Sustainable diets: definition, state of the art and perspectives for a new research agenda in Brazil. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(5):1833-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.09742019>
33. Triches RM. Dietas saudáveis e sustentáveis no âmbito do sistema alimentar no século XXI. *Saúde debate*. 2020;44(126):881-94. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012622>
34. Nunes-Galbes NM, Giatti LL. Construção e desafios de sistemas de pensamento na ciência da Nutrição: do reducionismo ao sistêmico. In: Marchioni DML, Carvalho AM, organizadoras. Sistemas alimentares e alimentação sustentável. Santana do Parnaíba: Manole; 2022. p. 3-18.
35. High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition. Nutrition and food systems. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security [Internet]. Rome: FAO; 2017 [acesso em 2024 fev 3]. Disponível em: <https://www.fao.org/3/i7846e/i7846e.pdf>
36. Carlsson L, Seed B, Yeudall F. The role of dietitians in sustainable food systems and sustainable diets [Internet]. Toronto: Dietitians of Canada; 2020 [acesso em 2024 fev 3]. Disponível em: [https://www.dietitians.ca/DietitiansOfCanada/media/Documents/Resources/Sustainable-Food-Systems-Dietitians-Roles-\(Role-Paper\).pdf](https://www.dietitians.ca/DietitiansOfCanada/media/Documents/Resources/Sustainable-Food-Systems-Dietitians-Roles-(Role-Paper).pdf)
37. Fanzo JC, Graziose MM, Kraemer K, et al. Educating and training a workforce for nutrition in a post-2015. *World Adv Nutr*. 2015;6(6):639-47. DOI: <https://doi.org/10.3945/an.115.010041>

38. Jacob MCM, Araújo FR. Desenvolvimento de competências para Nutrição no contexto de Sistemas Alimentares Sustentáveis. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(11):4369-78. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.31652018>
39. Vasconcelos FAG. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. *Rev Nutr*. 2002;15(2):127-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732002000200001>
40. Bosi MLM. A face oculta da nutrição: ciência e ideologia. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; Editora UFRJ; 1988.
41. Prado SD, Bosi MLM, Carvalho MCVS, et al. Alimentação e nutrição como campo científico autônomo no Brasil: conceitos, domínios e projetos políticos. *Rev Nutr*. 2011;24(6):927-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000600013>
42. Kraemer FB, Prado SD, Ferreira FR, et al. O discurso sobre alimentação saudável como estratégia de bio-poder. *Physis*. 2014;24(4):1337-59. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400016>
43. Scrinis G. Nutricionismo: a ciência e a política do aconselhamento nutricional. São Paulo: Elefante; 2021.
44. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. DOI: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
45. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
46. Conselho Nacional de Saúde (BR). 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.
47. Food and Agriculture Organization of the United Nations. *FAO strategy on climate change 2022-2031* [Internet]. Rome: FAO; 2022 [acesso em 2023 nov 15]. Disponível em: <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/f6270800-eec7-498f-9887-6d937c4f575a/content>
48. Artaxo P. As três emergências que nossa sociedade enfrenta: saúde, biodiversidade e mudanças climáticas. *Estud av*. 2020;34(100):53-66. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.34100.005>
49. Harris PG. COP27: From preventing dangerous climate change to salving loss and damage. *PLOS Clim*. 2023;2(1):e0000150. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pclm.0000150>
50. Mason J, Kassam L. Agriculture planted the seeds of the alienation from nature. In: Kassam A, Kassam A, editores. *Rethinking food and agriculture*. London: Woodhead Publishing; 2020. p. 31-51. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816410-5.00002-5>
51. Latour B. Onde aterrar? Como se orientar politicamente no Antropoceno. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo; 2020.
52. Carvalho HBA, Almeida LMF. Marxismo. In: Oliveira J, Pommier E, organizadores. *Vocabulário Hans Jonas*. Caxias do Sul: Educus; 2019. p. 139-43.
53. Rifkin M. Nutrition policy critical to optimize response to climate, public health crises. *Front Nutr*. 2023;10:1-7. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1118753>
54. Lima GFC, Torres MBR. Uma educação para o fim do mundo? Os desafios socioambientais e o papel da educação ambiental em contextos escolarizados. *Educ rev*. 2021;37:e778189. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.77819>
55. Burigo AC, Porto MF. Agenda 2030, saúde e sistemas alimentares em tempos de sindemia: da vulnerabilização à transformação necessária. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(10):4411-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.13482021>
56. Conselho Federal de Nutricionistas (BR). Resolução nº 599, de 25 de fevereiro de 2018. Aprova o Código de Ética e de Conduta do Nutricionista e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2018 fev 25; Seção I:182.

57. Bell BM. The climate crisis is here: a primer and call to action for public health nutrition researchers and practitioners in high-income countries. *Public Health Nutr.* 2023;26(2):496-502. DOI: <https://doi.org/10.1017/s1368980022002427>

58. Naves CCD, Recine E. A atuação profissional do nutricionista no contexto da sustentabilidade. *Deme-*

tra. 2014;9(1):121-36. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2014.6246>

Recebido em 02/07/2024

Aprovado em 21/03/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Elda Coelho de Azevedo Bussinguer

O processo transexualizador a partir das narrativas de pessoas trans, gestores e profissionais da saúde

The transsexualization process from the narrative of trans people, managers and health professionals

Victor Fonseca Vieira¹, Ximena Pamela Cláudia Díaz Bermúdez¹, Alejandro Goldberg¹

DOI: 10.1590/2358-2898202514510026P

RESUMO O acesso à saúde para a população trans aparece como uma questão que merece atenção, principalmente ao notar que esse direito foi amplamente negado ao longo da história, afetando o desenvolvimento dos serviços e a atenção integral à saúde. Estudo de natureza qualitativa com estratégias etnográficas, que tem como objetivo analisar a vivência da transgeneridade e suas experiências nos serviços de saúde. As técnicas de coleta de dados foram a observação participante e a realização de entrevistas semiestruturadas. Foram entrevistados 30 participantes, sendo eles 22 pessoas trans, 6 profissionais de saúde e 2 gestores. Discutir políticas de saúde e serviços eficazes requer considerar o aspecto interseccional que atravessa as necessidades das pessoas trans, que enfrentam obstáculos significativos no acesso à saúde e às tecnologias médicas. Os serviços especializados no processo transexualizador são centralizados, oferecendo condições restritas de acesso. O fornecimento de hormônios e a insuficiente realização de cirurgias pelo SUS foi constatada como uma das principais barreiras na efetivação do direito à saúde. As vulnerabilidades sociais e programáticas atravessam a relação de saúde vivenciada por essa população e a qualificação dos profissionais de saúde é colocada como um fator decisivo para a transformação da assistência especializada.

PALAVRAS-CHAVE Transexualidade. Serviços de saúde. Política de saúde. Vulnerabilidade em saúde. Assistência integral à saúde.

ABSTRACT Access to healthcare for the trans population emerges as an issue that deserves attention, especially when noting that this right has been widely denied throughout history, affecting the development of services and comprehensive health care. Qualitative study with ethnographic strategies, aiming to analyze the lived experience of transgender individuals and their experiences within health services. Data collection techniques included participant observation, which facilitated the creation of a semi-structured interview guide to steer discussions with participants. A total of 30 individuals were interviewed, consisting of 22 trans people, 6 healthcare professionals, and 2 managers. Discussing health policies and effective services necessitates an understanding of the intersectional aspects that shape the needs of trans individuals, who face significant barriers in accessing healthcare and medical technologies. Specialized services in the gender transition process are centralized, offering limited access. The provision of hormones and the inadequate performance of surgeries through the SUS (Brazil's Unified Health System) were identified as major barriers to the realization of the right to health. Social and programmatic vulnerabilities impact the health experiences of this population, and the training of healthcare professionals is highlighted as a crucial factor for transforming specialized care.

KEYWORDS Transsexualism. Health services. Health policy. Health vulnerability. Comprehensive health care.

¹Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências da Saúde (FCS), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) - Brasília (DF), Brasil.
fgovictorfonseca@hotmail.com

Introdução

Refletir acerca da transgeneridade implica revisitar os conceitos de sexo e gênero à luz das novas significações outorgadas a estas categorias *vis-à-vis* as experiências das pessoas transexuais, sobretudo em uma perspectiva que inclua as pessoas trans como cidadãs plenas da sociedade. Isto tem a ver com o reconhecimento de sua dignidade, integridade, igualdade, acesso à saúde, educação e condições legais e jurídicas para a identificação do novo gênero. Concomitantemente, sexo e gênero não são conceitos unívocos e mostram ao longo da história diversas expressões e concepções epistemológicas instituídas pela dinâmica social de sua constituição, ademais de aspectos relativos à natureza normalizadora e disciplinadora da sociedade^{1,2}.

Com um forte marcador biológico, o sexo é pensado em relação aos atributos físicos do aparelho genital com que se nasce³. Entretanto, para além dessa condição anatômica, o sexo, assim como o corpo, é sujeito à elaboração de construções simbólicas, subjetividades, desejos, representações e possibilidades performáticas daqueles a quem pertence. Por outro lado, o gênero é uma categoria que remete às formas em que as pessoas se pensam e se auto identificam em termos das noções de masculino ou feminino. Mas a hegemonia da oposição masculino/feminino, como uma categoria de poder, também tem sido contestada nas sociedades contemporâneas, o que dá lugar à existência de novas experiências de vida que produzem outras denominações para pessoas que não se definem necessariamente em termos binários⁴.

A teoria *queer* torna-se importante para a discussão da transgeneridade uma vez que explora as dicotomias sociais, desafiando as hegemonias presentes no conceito social de gênero, suas identidades e símbolos. Uma figura-chave nessa corrente é Judith Butler⁵, quem reflete sobre a imposição social que busca enquadrar pessoas dentro de padrões performativos de gênero tão restritivos quanto uma caixa.

Conforme discutido por Bento⁶, a teoria *queer* emerge com o objetivo de reinterpretar as noções históricas de gênero e seus símbolos e, principalmente, para desafiar a associação direta de feminino com mulher e masculino com homem. Assim, a presença trans remodela essa estrutura cisnormativa, introduzindo fluidez à experiência e à corporeidade humanas, criando novas dimensões identitárias.

Embora o direito à saúde seja reconhecido e acessível a todos, independentemente da identidade de gênero, conforme a legislação brasileira, ele tem sido amplamente negado à comunidade trans. Isso impacta negativamente o desenvolvimento de serviços e a atenção integral à saúde desse grupo social⁷.

Para abordar a saúde e a transgeneridade, é crucial reconhecer que a criação de serviços verdadeiramente equitativos e eficazes precisam estar ancorados em uma dimensão que desmedicaliza e despatologiza a transgeneridade⁸. É essencial, portanto, ampliar a compreensão da saúde para além do paradigma biológico e incorporar os aspectos psicossocioculturais que influenciam a vida e as experiências dessas pessoas⁹.

O acesso à saúde para a população trans aparece como uma questão que merece atenção na realidade brasileira. A despeito da implementação, desde o início do século, de políticas, resoluções e portarias específicas que favorecem um conjunto de ações programáticas neste âmbito, ainda persistem o distanciamento e as barreiras enfrentadas pelas pessoas trans no sistema de saúde do Brasil¹⁰.

Neste viés, faz-se necessário discutir uma assistência à saúde à pessoa trans que abarque a sua integralidade e que, sobretudo, transcenda a discussão de hormônios e cirurgias. Reforçando que essas tecnologias médicas devem ser garantidas pelo Estado, mas que não devem ser impostas como uma obrigatoriedade a todas as pessoas trans. Deve-se garantir que as pessoas trans tenham autonomia e legitimidade dentro dos serviços para escolher opções apresentadas em seu plano terapêutico, assim

como abordagens integrais acerca de seus corpos e condições de saúde. Nesse sentido, consideramos que uma premissa fundamental é conhecer as opiniões, os pontos de vista e as percepções dos próprios protagonistas, bem como aquelas de outros atores envolvidos no processo. Logo, o objetivo deste artigo é analisar a vivência da transgeneridade e suas experiências nos serviços de saúde.

Metodologia

Estudo desenvolvido por meio de uma abordagem de natureza qualitativa, com estratégias etnográficas, sendo realizada em duas fases: a primeira consistiu na análise da literatura sobre o tema e, a segunda, no trabalho de campo em um serviço ambulatorial especializado no processo transexualizador. A coleta de dados começou com observação participante, permitindo captar a dinâmica entre profissionais de saúde e usuários. Essa inserção possibilitou acompanhar a rotina do serviço e as vivências das pessoas trans na busca por assistência. A partir da observação participante no serviço, foi criado um roteiro de entrevistas semiestruturadas para guiar o processo de diálogo com os participantes do estudo. Os convites foram feitos durante o atendimento, e, ao aceitarem, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de cessão de voz, garantindo a confidencialidade e o anonimato.

Assim, foram feitas 30 entrevistas semiestruturadas com três grupos de interlocutores, sendo eles: a) pessoas trans assistidas no âmbito do processo transexualizador; b) profissionais de saúde que trabalham no serviço especializado e c) gestores. Foram coletadas entrevistas com 22 pessoas trans, seis profissionais de saúde das áreas da medicina, psicologia, enfermagem, serviço social e fonoaudiologia, e dois gestores, totalizando o número de 30 participantes.

As entrevistas foram gravadas, transcritas, classificadas e analisadas pelo método de

análise de narrativas. Em pesquisas qualitativas, a entrevista é essencial para entender como os indivíduos constroem e interpretam suas experiências. Essa análise vai além da descrição do conteúdo, examinando a estrutura e o contexto das narrativas, ligando-se à história de vida dos participantes. Assim, a análise de narrativas oferece uma compreensão mais rica das experiências humanas, destacando como as pessoas trans organizam e dão sentido aos seus cuidados no serviço de saúde.

Após transcritas, as entrevistas também foram trabalhadas com o objetivo de produzir o *corpus* discursivo para análise que foi realizado por meio do software IRaMuTeQ, que reproduz o método de classificação de Reinert, gerando uma estatística clássica de texto, a descrição de especificidade a partir da segmentação e a análise de similaridade. Posterior a análise do *corpus* textual, as categorias foram se organizando considerando os tópicos emanados das narrativas dos participantes do estudo e essa foi a base para subsidiar a discussão dos achados.

O software IRaMuTeQ produz o perfil lexical e o distribui em classes que facilitam a análise por um processo de identificação temática. Para a empregabilidade da análise foram utilizados como norteadores as quatro classes disponibilizadas pelo software IRaMuTeQ no momento da análise do *corpus* deste estudo, atribuindo os significados a partir dos conceitos norteadores gerados.

Em cumprimento a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre pesquisa envolvendo seres humanos, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética sob o número CAAE: 54344321.5.3001.5553, aprovado pelo parecer consubstanciado nº 5.406.788 e nº 5.269.818.

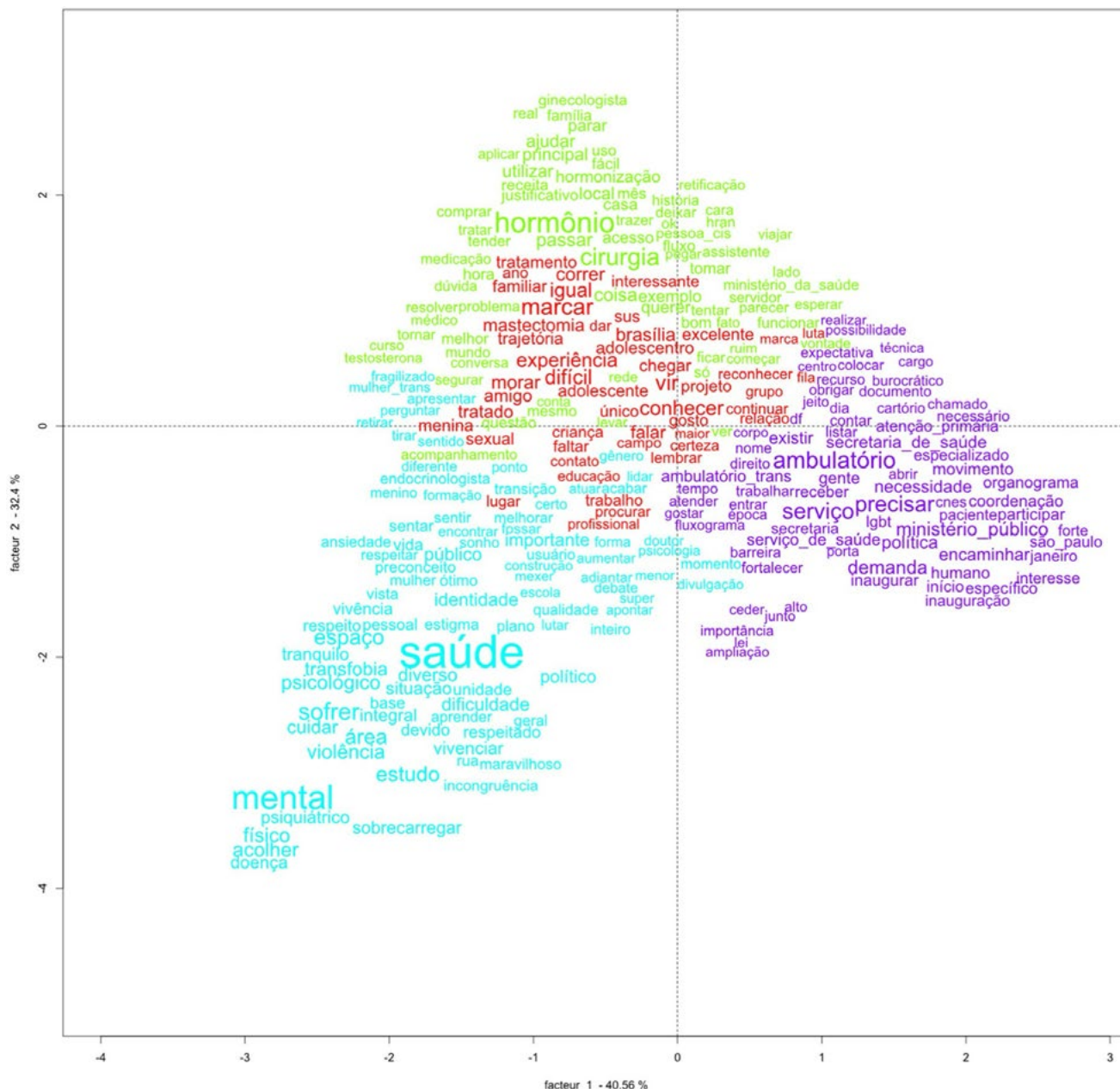
Resultados e discussão

Os resultados e a discussão são apresentados em três eixos temáticos que revelam os conteúdos mais significativos dos dados empíricos

No caso, existe um isolamento da classe quatro, em sua maioria no quadrante Q4, das classes dois e um no Q2, e da classe três no Q3.

As classes um e dois se aglutinam no gráfico e se aproximam da origem, mostrando que os temas dessas classes se integram.

Figura 2. Análise fatorial de correspondência das formas ativas do corpus



O dado apresentado na *figura 2* torna-se ainda mais interessante quando associado às variáveis do grupo pertencente às entrevistas e o tempo que frequentam o ambulatório. A classe quatro é composta pelos participantes dos grupos de profissionais da saúde e gestores. Na análise, observa-se o quanto a narrativa desses dois grupos se aproxima, atribuindo importante convergência entre os discursos desses participantes.

As classes um, dois e três são compostas pelas narrativas de homens e mulheres trans assistidas no ambulatório, sendo a classe três formada pelas pessoas trans que frequentam o ambulatório e estão inseridas no processo transexualizador há um tempo maior. As classes um e dois são compostas pelas pessoas trans que estão ingressando no serviço, que no processo de análise do *corpus* das narrativas apresentavam anseios diferentes em relação ao cuidado à saúde quando comparadas às pessoas trans que frequentavam o serviço a um período maior. Pelo conteúdo, torna-se possível perceber que as vivências, experiências e expectativas dessas pessoas se moldam com o passar dos anos e que, apesar de serem grupos que apresentam a mesma identidade de gênero, existem importantes divergências e nuances nos discursos sobre suas experiências e formas de concepção. Neste contexto, torna-se possível identificar que dentro do processo de transição acontece um processo de amadurecimento relacionado à percepção do cuidado ideal de saúde, que migra de um padrão centrado nas tecnologias médicas do processo transexualizador para um cuidado integral à saúde – principalmente relacionado à saúde mental e outros aspectos da saúde física.

Nas classes um e dois aparecem com frequência as seguintes palavras: hormônio, hormonioterapia, cirurgia, mastectomia, conhecer e difícil. Na classe três, observa-se com maior frequência saúde, mental, acolher, sofrer, estudo e espaço. A expectativa de saúde das pessoas que chegam ao serviço está ligada às tecnologias médicas. Já aquelas que estão no processo há mais tempo enfatizam uma perspectiva de saúde integral, abordando saúde mental, acolhimento e enfrentamento da violência.

As narrativas em destaque proporcionam compreender os núcleos temáticos dos agrupamentos da análise fatorial de correspondência:

A assistência vai muito além disso (hormônios e cirurgia), envolve a saúde física, a saúde mental, o contexto social da pessoa, os sonhos porque querendo ou não todo mundo tem sonho. (Participante 006 – homem trans classe 3).

O hormônio eu tenho que me virar, a receita está fácil para mim, agora, se eu quiser tomar hormônio, eu preciso comprar. (Participante 003 – homem trans classe 2).

Precisamos de mais espaços como esse, mais locais onde as pessoas podem ser atendidas da mesma forma, mais profissionais nessa área, realmente seria muito importante no que tange à saúde integral das pessoas trans. (Participante 001 – homem trans classe 3).

Uma lista de espera muito grande e também eu acho que uma coisa que podia melhorar era realmente ver essas questões assim de hormonização, do governo poder dar hormônio em todos os estados possíveis. (Participante 007 – mulher trans classe 2).

Porque eu vou dizer que o processo de transição ele não é só cirurgia, ele não é só hormônio, sabe? Ele é o todo, então eu preciso também que a rede esteja compactuada, sabe? (Participante 002 – homem trans classe 1).

A fila de espera para mastectomia no SUS é gigantesca, aí eu nunca chego onde eu quero. (Participante 001 – profissional da saúde classe 4).

Eixo 1 – ‘Tiro ao alvo’: discutindo a violência estrutural e outras violências contra pessoas trans

Supõe-se que os diferentes mecanismos derivados da violência estrutural¹¹ afetam o corpo+, a saúde, a doença e interferem no cuidado

das pessoas trans, cristalizando vulnerabilidades específicas. Consequentemente, são as estruturas socioeconômicas e políticas que produzem e organizam os riscos, os danos e o sofrimento, uma vez que estes são determinados pela posição que a pessoa ocupa na ordem hierárquica da sociedade dominante; e é esta posição que define as opções de vida¹² onde operam diferentes formas de opressão interseccional, de forma conjugada: classe, raça/etnia, gênero e sexualidade.

A violência estrutural afeta coercivamente a vida das pessoas, gerando sofrimento social por meio das rupturas violentas das forças sociais. Esse sofrimento é resultado do poder político, econômico e institucional dominante, que molda as respostas individuais aos problemas sociais. Assim, o sofrimento se torna uma questão política, um fruto amargo da desigualdade entre o sujeito e a ordem social, manifestando-se nas experiências individuais e em paradigmas corporais¹³. Nessa perspectiva, o sofrimento é visto como um evento simbólico da existência humana, em que o sujeito reconstrói seu ser no mundo, moldando-o dentro de seus contextos históricos, relacionais e culturais¹⁴. Essa experiência se inscreve nos corpos, se manifesta nas relações estabelecidas e se traduz nos significados e práticas do cotidiano.

Os processos de naturalização da pessoa trans como patológica/vulnerável fazem parte da violência simbólica contra esse grupo, produzindo efeitos nocivos na sua saúde. A vulnerabilidade estrutural permite-nos assim compreender por que é que as desigualdades descritas, e certa violência, permanecem frequentemente intrínsecas, inquestionáveis e incontestadas, tanto pelos profissionais de saúde como por vastos setores da sociedade em geral.

Assim, a trajetória de pessoas trans é marcada por situações de violência, sofrimento e marginalização social. Os dados da ANTRA¹⁵ apresentam claramente a forma como isso se reflete nas condições de vida e existência dessa comunidade, inclusive no que tange ao acesso à saúde. Neste estudo, foi possível identificar nas narrativas dos participantes a forma como

a violência atravessa a vida dessa população, retirando delas o direito à existência e a participação social, como no depoimento a seguir: *“Então, assim, eu estou com 37 anos, mas, assim, eu tenho uma história, eu tenho muito trauma, eu não tive infância, eu não tive adolescência”* (Participante 019 – homem trans).

Além das questões relacionadas à violência social, a literatura destaca as situações de violência e desrespeito aos direitos experimentadas por pessoas trans nos serviços de saúde. Essas transgressões não se limitam à discriminação e à violência, mas também incluem restrições ao acesso aos serviços de saúde impostas pelo próprio Estado¹⁶⁻²⁰.

Ao analisar os conceitos de vulnerabilidade de Ayres et al.²¹, fica claro que a população trans enfrenta vulnerabilidades sociais e programáticas no acesso à saúde. As vulnerabilidades sociais decorrem de condições de vida, renda e trabalho precárias, afetando a capacidade de adquirir hormônios. Já as programáticas surgem da omissão do Estado, que falha em fornecer recursos essenciais, aumentando o risco de adoecimento e a privação do direito à saúde.

Na literatura, constata-se que a violência contra corpos e identidades trans nos serviços de saúde é uma realidade, apesar da existência de documentos normativos que buscam garantir uma assistência livre de discriminação, como a carta dos usuários do SUS e a política de saúde integral da população LGBT. Estudos conduzidos por Rocon et al.²², Ferreira et al.¹⁹ e Souza et al.²⁰ descrevem as vivências e experiências dessa comunidade no contexto da assistência à saúde, revelando violações que vão desde a garantia do uso do nome social até o livre exercício de sua identidade e o respeito à autonomia das pessoas trans em relação a seus corpos.

Nesse sentido, as narrativas das pessoas trans neste estudo acerca de suas experiências em outros serviços de saúde refletem os achados de estudos anteriores conduzidos por Rocon et al.²², Ferreira et al.¹⁹ e Souza et al.²⁰. Os participantes relataram várias situações em

que seus direitos foram violados e enfrentaram episódios de transfobia, como mostra-se a seguir:

Assim dentro de um lugar que era para cuidar da minha saúde mental, eu sofri transfobia, foi o primeiro contato com a transfobia que eu tive. (Participante 009 – homem trans).

Inclusive, aqui no ambulatório eles não atendem emergência, né? Aí teve um dia que eu tive uma emergência e eu fui pro hospital XX, eu acho. Lá, assim, além de tudo, além do atendimento ter sido muito, muito demorado pela falta de médicos, eu sofri uma transfobia. (Participante 014 – mulher trans).

No Hospital YY, que eu sou atendido porque eu tenho diabetes. Eu sou atendido pelo endocrinologista de lá e é meio difícil você chegar lá e ser chamado pelo nome morto. (Participante 016 – homem trans).

Por outro lado, os participantes destacam o serviço especializado no processo transexualizador como um ambiente seguro, onde eles têm a liberdade para expressar sua identidade. Eles afirmam que os profissionais da equipe de saúde têm uma boa qualificação em questões relacionadas à transgeneridade, como relata o participante 019:

*Eu dou nota 10 pela forma do tratamento. É igual eu falei pro doutor, eu gosto de vim aqui pelo tratamento, porque eu sou tratado como *nome social do participante*.*

Eixo 2 – ‘Por que eu ainda não cheguei até onde eu queria?’: compreendendo as dificuldades encontradas no acesso a política do processo transexualizador do SUS e os seus desdobramentos.

Ao analisar a trajetória das políticas públicas de saúde para a população trans, é perceptível

que estamos lidando com marcos normativos e políticos recentes⁷. Um exemplo disso é a política do processo transexualizador no SUS, regulamentada pela Portaria nº 2803/2013²³, que completou sua primeira década em 2023.

Discutir políticas de saúde eficazes exige considerar o aspecto interseccional das necessidades das pessoas transexuais. No entanto, barreiras nos serviços de saúde e nas políticas públicas ainda dificultam o pleno acesso ao direito à saúde dessa população. Apesar de ser garantido por lei, essa comunidade enfrenta obstáculos significativos e luta continuamente para assegurar esse direito²⁴.

A concentração dos serviços é uma problemática, pois a comunidade muitas vezes enfrenta dificuldades para acessar seus direitos devido à distância, custos de transporte e inflexibilidade dos empregos que impedem a participação em consultas. Unglert²⁵ discutiu questões relacionadas à territorialização em saúde e à distribuição geográfica de serviços, destacando como isso impacta significativamente o acesso aos recursos de saúde.

Conforme destacado no estudo de Kruger³, essa é uma característica dos serviços especializados no processo transexualizador, os quais estão concentrados nos grandes centros urbanos, oferecendo condições restritas de acesso e entrando em conflito com os princípios fundamentais da saúde pública, como a universalidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde.

Cumprido destacar que, segundo informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, atualmente existem 22 estabelecimentos de saúde habilitados para prestar a atenção especializada no processo transexualizador. Destes, 12 são habilitados para a modalidade ambulatorial, dois são habilitados na modalidade hospitalar e oito são habilitados tanto na modalidade hospitalar quanto na modalidade ambulatorial.

Das 27 unidades federativas brasileiras, apenas 13 contam com serviços habilitados no processo transexualizador, sendo elas Bahia, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Pará, Goiás, Espírito Santo,

Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná.

Apesar da existência da Portaria GM/MS nº 2.803/2013²³, que informa que os serviços ambulatoriais do processo transexualizador têm a capacidade de fornecer hormonioterapia aos usuários, não há obrigatoriedade de dispensação. Além disso, não há previsão na normativa atual para a compra centralizada de testosterona pela União, estados ou municípios, nem sua distribuição aos serviços habilitados no processo transexualizador do SUS.

Torna-se importante ressaltar que, apesar da ausência de inclusão na Relação Nacional de Medicamentos (Rename), alguns serviços do processo transexualizador dispensam esses medicamentos por meio de arranjos locais, emendas parlamentares ou iniciativas das secretarias de saúde estaduais e municipais. Isso evidencia a fragilidade e a inconsistência do acesso às tecnologias médicas no sistema público de saúde brasileiro.

A portaria do processo transexualizador do SUS descreve as práticas e tecnologias médicas envolvidas. Este estudo identificou lacunas significativas na regulamentação do uso de hormônios e cirurgias para pessoas trans. A falta de um protocolo clínico claro sobre a indicação terapêutica atua como uma barreira político-programática que impede a disponibilização dessas medicações na rede pública de saúde.

O hormônio eu tenho que me virar. A receita está fácil para mim. Agora, se eu quiser tomar hormônio, eu tenho que me virar para comprar. Eu tenho que me virar, sempre tenho que guardar um dinheirinho pra sempre eu comprar meus hormônios. Eu não posso ficar sem tomar de jeito nenhum, eu não posso. (Participante 001 – homem trans).

A partir das histórias compartilhadas, é evidente a importância dessas tecnologias para algumas pessoas trans. Na literatura, a falta de disponibilidade e acesso a elas pode agravar o sofrimento e o adoecimento dessa população^{8,26,27}.

As cirurgias no processo transexualizador também se destacam como uma brecha significativa na assistência. Muitas pessoas trans expressam o desejo por essas cirurgias e acabam buscando acesso aos cuidados de saúde por meio da judicialização, clínicas clandestinas ou recorrendo a cidades próximas que oferecem essas cirurgias pelo SUS. É possível identificar por meio das narrativas dos participantes a frustração em relação a limitação na disponibilização de procedimentos cirúrgicos por meio dos serviços de saúde pública, como apresenta o participante 019:

Comecei a frequentar aqui em 2017. Bota 5 anos já, né? Aí eu fico pensando, caramba, já tem 5 anos que estou na casa, por que que eu não, não cheguei até onde que eu queria? Não cheguei até onde eu quero, que é a cirurgia?

Os pesquisadores Thomazi, Avila e Teixeira²⁸ conduziram um estudo que revelou que, entre a amostra de homens trans analisada, 76,9% ainda não tinham realizado a mastectomia, embora desejassem submeter-se à cirurgia. Quanto ao grupo de mulheres trans, 53,8% expressaram o desejo de realizar a cirurgia de redesignação sexual.

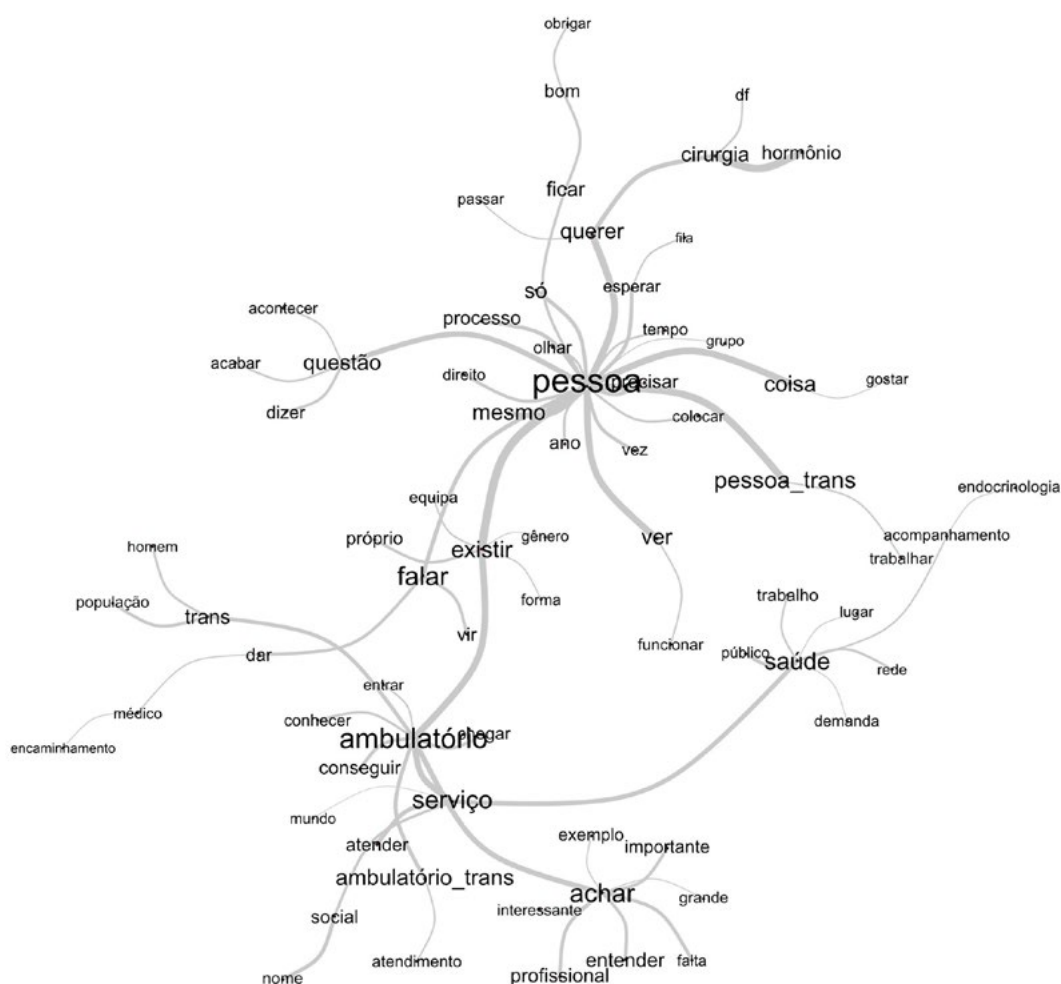
No estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, os autores Carrara et al.²⁹ destacaram dados significativos sobre os caminhos percorridos por essa população em busca de tratamento. Os resultados revelaram que mais de 40% das mulheres trans precisaram buscar atendimento na rede de saúde privada para realizar suas cirurgias. Além disso, um dado ainda mais alarmante é que 58,1% das participantes recorreram a clínicas clandestinas para realizar esses procedimentos.

É evidente que garantir o acesso aos hormônios e às cirurgias do processo transexualizador é uma questão crucial para a saúde pública brasileira. As condições desumanas e arriscadas que essa população enfrenta para acessar essas tecnologias aumentam ainda mais sua vulnerabilidade.

A *figura 3*, que apresenta a análise de similitude executada pelo software Iramuteq deste estudo, reforça essa representação, ao mostrar forte conexão entre as ocorrências ‘pessoa’, ‘querer’, ‘hormônio’ e ‘cirurgia’. Dessa forma,

essa discussão é substancial para a garantia do bem-estar físico e mental dessa das pessoas trans e para romper com a omissão do Estado sobre o direito à saúde dessa população.

Figura 3. Grafo da análise de similitude com as 73 principais palavras do *corpus*



Para pessoas trans com disforia de gênero, as tecnologias médicas são consideradas essenciais. A discrepância entre seus corpos e identidades gera sofrimento e angústia. Neste estudo, essa preocupação é ressaltada pelos

profissionais dos ambulatórios, que notam que o aumento constante dos custos dos hormônios os torna inacessíveis, representando uma barreira significativa no contexto político-programático.

O hormônio que é utilizado pelos meninos trans e pelos homens trans, a testosterona, ele passou de 50 reais para 200 em um mês, um mês. Qual é a justificativa? Alguém pode me dizer por que que um hormônio que é, claro não é só pessoas trans que utilizam a testosterona, né, mas por que que aumentou 4 vezes? Quer dizer, se antes já havia uma exclusão pela questão financeira. Agora é muito maior. (Participante 002 – grupo de gestores).

Na figura 2 produzida pelo software IRaMuTeQ que apresentou as formas lexicais, observa-se o quanto a palavra hormônio e hormonização foram utilizadas dentro dos contextos narrativos dos participantes, apresentando a pertinência e constância com que essa temática foi trazida ao *corpus*.

Eixo 3 – ‘Fazendo a diferença’: a construção de uma assistência integral e equitativa

Lutar pela disponibilização de tecnologias médicas não significa torná-las obrigatórias para todos. A literatura discute a desconstrução da ideia de que hormonização e cirurgias são necessárias para que os corpos trans sejam ‘passáveis’ dentro das normas binárias de gênero, que reforçam estereótipos. É essencial promover a autonomia das pessoas trans, permitindo que elas decidam sobre seus corpos e as tecnologias que consideram pertinentes^{3,30,31}.

Neste estudo, estiveram presentes narrativas que se alinham com essa vertente teórica de valorização das características fluidas pertencentes às identidades trans e que a assistência à saúde não deve ser reduzida apenas à utilização de hormônios e cirurgias. Torna-se emergente a discussão de uma saúde integral que transcenda esses aspectos.

Muitos de nós não querem nem mesmo parecer com uma pessoa cis. Eu não quero me parecer com uma pessoa cis. Eu tenho orgulho de ser uma pessoa trans [...] A assistência vai muito além disso (hormônios e cirurgia), envolve a saúde física,

a saúde mental, o contexto social da pessoa, os sonhos porque querendo ou não todo mundo tem sonho. (Participante 006 – homem trans).

Tagliamento³² coloca em destaque a discussão sobre saúde integral e transgeneridade no centro do debate acadêmico no início da última década. Ela reforça que as necessidades dessa comunidade vão além da limitada e violenta ideia de que corpos trans necessitam unicamente de tecnologias médicas relacionadas ao processo de transição de gênero.

A autora enfatiza outrossim que as concepções cisheterocentradas sobre gênero e sexualidade permeiam todos os contextos, inclusive os de saúde. Essas concepções precisam ser amplamente discutidas e, mais importante ainda, desnaturalizadas, a fim de que possamos reconhecer e incluir a vasta gama de existências de corpos e identidades que transcendem a compreensão restrita do masculino e feminino³².

Em consonância com a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT³³, é necessário que os profissionais envolvidos no processo transexualizador estejam alinhados com as diretrizes, visando assegurar um ambiente verdadeiramente livre de discriminação e que valorize o que a bioética define como empatia terapêutica. A preocupação em assegurar um serviço humanizado e acolhedor esteve presente no *corpus* do estudo, como identificado a seguir:

A população que mais sofre, né. Que tem a menor média de vida. Então, fazer a diferença para elas é uma coisa que todo mundo está tentando fazer aqui no serviço. (Participante 003 – profissionais da saúde).

Observa-se que a qualificação profissional e a preparação dos serviços são fundamentais para criar ambientes de saúde mais humanizados e livres de discriminação como retratam Rocon et al.²², Ferreira et al.¹⁹ e Souza et al.²⁰, os quais identificaram um aspecto comum entre os seus estudos:

a violência institucional enfrentada por pessoas trans no sistema de saúde. Esses estudos revelam que pessoas trans e travestis relatam experiências de discriminação e violência durante a assistência à saúde, o que, por sua vez, dificulta seu acesso a um cuidado equânime e livre de discriminação.

O ativismo pela despatologização da identidade trans tem sido uma marca distintiva das lutas dos movimentos trans e travestis nas últimas décadas. Esse marco é significativo porque a patologização foi reconhecida como um fator primordial na perpetuação da violência contra corpos e identidades trans nos serviços de saúde, conforme apontado por Rocon et al.²². Mesmo com a modificação da categoria relacionada à transexualidade na 11ª versão da Classificação Internacional de Doenças (CID)³⁴, é evidente que essa comunidade ainda enfrenta as consequências dessa categorização patológica imposta à sua identidade.

Ao longo desse percurso histórico, observa-se que os serviços de saúde estabeleceram a transexualidade como uma condição de saúde que necessita ser tratada e assistida dentro desses espaços. Essa conduta constitui reflexo do binarismo de gênero que concebeu aos gêneros masculino e feminino os seus possíveis signos, relegando os corpos que não se enquadram nessa convenção a uma posição abjeta e sujeitos a receber intervenções médicas centradas na readequação, como destacado por diversos autores³⁵⁻³⁸.

A atribuição do diagnóstico de identidade trans pelos serviços de saúde é reconhecida como uma barreira significativa, pois questiona a autonomia das pessoas trans sobre seus próprios corpos e identidades. Isso porque esses indivíduos são privados do direito de afirmar quem são, enquanto os profissionais de saúde assumem a responsabilidade de atribuir algum sentido de gênero a esses corpos com base em suas próprias perspectivas³⁹. Em muitos casos, as pessoas trans discordam da natureza patológica atribuída às suas identidades, mas acabam aceitando essa situação para

poderem acessar os serviços relacionados ao processo transexualizador no SUS⁴⁰.

A política brasileira sobre o processo transexualizador é baseada em fundamentos biomédicos, ignorando aspectos psicossociais e culturais da identidade de gênero, focada em tecnologias médicas para adequação dos corpos trans. Surge a necessidade de revisar esses princípios para incluir as demandas e experiências integrais das pessoas trans, em contraposição a colocar esses corpos em conformidade com a normatividade cisgênera e binária^{38,39,41,42}.

Pesquisas indicam que os desafios das pessoas trans no acesso à saúde podem ser mitigados por uma formação mais qualificada dos profissionais. A educação continuada em temas específicos pode criar ambientes mais acolhedores, humanizados e livres de discriminação^{35,43,44}.

É fundamental destacar as definições de vulnerabilidade de Ayres et al.²¹, que são relevantes para a discussão sobre transgeneridade e saúde, marcadas pelas vulnerabilidades social e programática. A vulnerabilidade social refere-se a como os aspectos sociais, culturais e econômicos afetam o acesso a direitos e serviços, enquanto a vulnerabilidade programática refere-se à falha democrática no acesso a direitos e recursos institucionais, especialmente na produção de políticas públicas para enfrentar desigualdades.

Nesse contexto, observa-se uma significativa vulnerabilidade programática das pessoas trans em relação ao direito à saúde, com diversas barreiras que dificultam o acesso a serviços. Essas barreiras agravam a vulnerabilidade social, evidenciada por dados que revelam desigualdades em condições de vida, trabalho, renda, escolaridade e violência enfrentadas por essa população ao longo da vida.

Conclusões

Esta pesquisa analisou a atenção à saúde de pessoas trans, uma questão emergente de

saúde pública que demanda políticas de reparação social devido à violência estrutural que essa comunidade enfrenta. A ausência de hormônios e cirurgias no SUS é uma barreira significativa ao acesso à saúde, levando muitos a buscar tratamento em outras cidades ou, até mesmo, judicializar o acesso. A democracia sanitária deve ser uma prioridade, reconhecendo as pessoas trans como protagonistas no processo de cuidado.

Reconhecer a vulnerabilidade social e programática é essencial para entender as dificuldades de acesso a serviços especializados e tecnologias médicas, caracterizado pela precariedade econômica e discriminação, resultando em adoecimento e sofrimento mental.

A capacitação de profissionais de saúde é fundamental para melhorar a assistência à saúde dessa população, tornando a educação na saúde um passo vital para a equidade, assim como o investimento para ampliar o número de serviços especializados no âmbito do processo transexualizador.

Colaboradores

Vieira VF (0000-0002-4173-0216)*, Bermúdez XPCD (0000-0002-3771-7684)* e Goldberg A (0000-0002-6329-4865)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Martin P. A “hard question”: Gender affirming care and gender distress in a social world. *Feminist Anthropol.* 2023;5(2):293-310. DOI: <https://doi.org/10.1002/fea2.12133>
2. Gomes R, Facchini R, Meneghel SN. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2018;23(6):1997-2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04872018>
3. Krüger A, Sperandei S, Bermudez XPCD, et al. Characteristics of hormone use by travestis and transgender women of the Brazilian Federal District. *Rev bras epidemiol.* 2019;22(1):e190004. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190004.supl.1>
4. Bento B. Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. *Ciênc saúde coletiva.* 2012;17(10):2655-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000015>
5. Butler J. *Corpos que importam: Os limites discursivos do “sexo”*. Buenos Aires: Paidós; 2005. 400 p.
6. Bento B. Política da diferença: feminismos e transexualidades. In: Colling C, organizadores. *Stonewall 40 + o que no Brasil?* Salvador: EDUFBA; 2011. p. 79-110.
7. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciênc saúde coletiva.* 2017;22(5):1509-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32782016>
8. Almeida G, Murta D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. *Rev Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad.* 2013;14(10):380-407. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-64872013000200017>
9. Rocon PC, Sodré F, Zamboni J, et al. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? *Interface.* 2017;22(64):43-53. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0712>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Rocon PC, Wandekoken KD, Barros MEBD, et al. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. *Trab educ saúde*. 2019;18(1):e0023469. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00234>
11. Farmer P. An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology*. 2004;45(3):305-25. DOI: <https://doi.org/10.1086/382250>
12. Holmes SM. Structural vulnerability and hierarchies of ethnicity and citizenship on the farm. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*. 2011;30(4):425-49. DOI: <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.576728>
13. Quaranta I. *Corpo, potere, malattia. Antropologia e AIDS nei Grassfields del Camerun*. Roma: Meltemi Editore; 2006. 311 p.
14. Csordas T. *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995. 308 p.
15. Bruna G. Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2022. Brasília, DF: Distrito Drag ANTRA; 2023.
16. Lionço T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde Soc*. 2008;17(2):11-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200003>
17. Romano VF. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. *Saúde Soc*. 2008;17(2):211-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200019>
18. Freire EC, Araújo FCAD, Souza ACD, et al. A clínica em movimento na saúde de TTTS: caminho para materialização do SUS entre travestis, transsexuais e transgêneros. *Saúde debate*. 2013;37(98):477-84.
19. Ferreira BDO, Nascimento EFD, Pedrosa JIDS, et al. Vivências de travestis no acesso ao SUS. *Physis: Rev de saúde coletiva*. 2017;27(4):1.023-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400009>
20. Souza MHTD, Malvasi P, Signorelli MC, et al. Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(4):767-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00077514>
21. Ayres J, Calazans GJ, Saletti Filho HC, et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos G, Minayo MCS, Akerman M, et al., organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Fiocruz; 2006. 880 p.
22. Rocon PC, Rodrigues A, Zamboni J, et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(8):2.517-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.803 de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o processo transsexualizador no SUS. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 nov 20; Seção 1.
24. Mello L, Gonçalves E. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. *Rev Cronos*. 2010;11(2):1-11.
25. Unglert CVS. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes EV, organizador. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 1995. 310 p.
26. Mello L, Perilo M, Braz CAD, et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex Salud Soc*. 2011;9(9):7-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-64872011000400002>
27. Rocon PC, Zamboni J, Sodrê F, et al. (Trans)formações corporais: reflexões sobre saúde e beleza. *Saúde soc*. 2017;26(2):521-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017171907>
28. Thomazi GL, Avila S, Teixeira LB. Ambulatório T da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre: política pública de inclusão e garantia de direito à saúde de pessoas trans. *Sex Salud Soc*. 2022;38(3):e22302. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22302.a>

29. Carrara S, Hernandez JDG, Uziel AP, et al. Body construction and health itineraries: a survey among travestis and trans people in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(4):e00110618. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00110618>
30. Trindade CO, Fontes CAP, Costa EMF, et al. Medicina diagnóstica inclusiva: cuidando de pacientes transgênero - Posicionamento Conjunto. Rio de Janeiro: SBPC; SBEM; CBR; 2019.
31. Silva NF. O Conceito de Gênero em Scott, Butler e Preciado, Aproximações, Distanciamentos e a Contribuição para o Ofício do Historiador. *Rev Hominum*. 2016;19(1):153-71.
32. Tagliamento G. Visibilidades caleidoscópicas: a perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
33. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
34. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Version: 2019. Geneva: WHO; 2019.
35. Sampaio LLP, Coelho MTAD. Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. *Interface (Botucatu)*. 2012;16(42):637-49. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000300005>
36. Arán M, Murta D, Lionço T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2009;14(4):1141-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400020>
37. Bento B. Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(10):2.655-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000015>
38. Vieira VF, Goldberg A, Bermudez, XPCD. Transexualidade e assistência à saúde no Brasil: uma discussão teórico-conceitual sobre a influência do binarismo de gênero. *Ciênc saúde coletiva*. 2025;30(4):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025304.08942023>
39. Rocon PC, Sodré F, Rodrigues A. Regulamentação da vida no processo transexualizador brasileiro: uma análise sobre a política pública. *Katálisis*. 2016;19(2):260-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-49802016.00200011>
40. Janini JP, Santos RS, Vargens OMC, et al. A medicalização e patologização na perspectiva das mulheres transexuais: acessibilidade ou exclusão social. *Rev de Enfermagem UERJ*. 2017;25(20):1-6. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.29009>
41. Lionço T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis*. 2009;19(1):43-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000100004>
42. Borba R. Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais. *Sex Salud Sociedad*. 2014;17(17):66-97. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2014.17.06.a>
43. Arán M, Murta D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis*. 2009;19(1):15-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000100003>
44. Souza MHT, Pereira PPG. Cuidado com saúde: as travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul. *Texto Context Enferm*. 2015;24(1):146-53. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001920013>

Recebido em 19/11/2024

Aprovado em 21/03/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Raquel Abrantes Pego

Impacto de pesquisas de dengue financiadas pelo Ministério da Saúde no Brasil

Impact of dengue research funded by the Ministry of Health in Brazil

Gabriela Bardelini Tavares Melo^{1,2}, Marcos Takashi Obara¹, Antonia Angulo-Tuesta¹

DOI: 10.1590/2358-2898202514510032P

RESUMO Este estudo avaliou o impacto de 24 pesquisas sobre dengue financiadas pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, nos anos 2006, 2008 e 2012, utilizando como referência as dimensões avanços do conhecimento, capacidade de pesquisa, tomada de decisão informada e impactos na saúde da Matriz de Avaliação de Impacto da Canadian Academy of Health Sciences. Os dados foram coletados por levantamento documental, questionários e entrevistas com os/as coordenadores/as das pesquisas de dengue. Foram alcançados 1.107 impactos, sendo a maioria nas dimensões avanços do conhecimento (712) e capacidade de pesquisa (314). Nessas duas dimensões, destacaram-se: divulgação dos resultados em congressos (390) e publicação de artigos científicos (166). Houve menor impacto nas dimensões tomada de decisão (75) e impactos na saúde (7), porém, ressalta-se a disseminação dos resultados das pesquisas nas mídias (43) e impactos em determinantes de saúde (5). Este estudo evidenciou diversidade de impactos produzidos pelas pesquisas sobre dengue nas dimensões avaliadas, o que demonstra a importância da avaliação de impacto para identificar os benefícios e justificar os investimentos. Assim, contribui para o fortalecimento da capacidade do sistema de pesquisa brasileiro para enfrentamento da dengue.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação da pesquisa em saúde. Dengue. Brasil.

ABSTRACT *This study assessed the impact of 24 dengue research projects funded by the Department of Science and Technology of the Ministry of Health, in partnership with the National Council for Scientific and Technological Development, in the years 2006, 2008, and 2012, using the dimensions of knowledge advancement, research capacity, informed decision-making, and health impacts as reference from the Impact Evaluation Framework of the Canadian Academy of Health Sciences. Data were collected through document reviews, questionnaires, and interviews with the coordinators of the dengue research projects. A total of 1,107 impacts were identified, with the majority in the dimensions of knowledge advancement (712) and research capacity (314). Within these two dimensions, notable mentions include disseminating results at conferences (390) and publishing scientific articles (166). There was less impact in the dimensions of decision-making (75) and health impacts (7); however, it is essential to highlight the dissemination of research results in the media (43) and impacts on health determinants (5). This study highlighted the diversity of impacts produced by dengue research across the evaluated dimensions, demonstrating the importance of impact evaluation in identifying benefits and justifying investments. Thus, it contributes to strengthening the capacity of the Brazilian research system to address dengue.*

KEYWORDS *Health research evaluation. Dengue. Brazil.*

¹Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde (FCTS) – Brasília (DF), Brasil.
gabriellabtm@gmail.com

²Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.



Introdução

A Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CTIS) contribui para a melhoria dos serviços e de políticas públicas de saúde, assim como qualifica a tomada de decisão nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação na saúde¹⁻³. Nos países de baixa e média renda, onde frequentemente os sistemas de saúde estão sobrecarregados e requerem soluções sustentáveis, a CTIS precisa estar voltada para resolução desses problemas⁴.

A importância de investir em pesquisas científicas relevantes para a saúde da população está em crescente discussão⁵⁻⁷. Dessa forma, a CTIS pode ser uma importante aliada no controle de doenças globais como a dengue, arbovírus mais prevalente do mundo que atinge mais de 100 países^{8,9}.

O Brasil é um dos países mais acometidos pela dengue, enfrentando historicamente epidemias que sobrecarregam os serviços de saúde e interferem na capacidade laboral dos infectados^{10,11}. Em 2019, o surto de dengue no País influenciou a força de trabalho, reduzindo o Produto Interno Bruto (PIB) geral em US\$ 876 milhões (0,05% do PIB total)¹¹. Entre 2014 e 2024, registrou-se cerca de 16,7 milhões de casos prováveis da doença no País, dos quais mais de 12 mil evoluíram para óbito. Destaca-se que, em 2024, o Brasil registrou a maior epidemia de dengue da história, com mais de 6 milhões de casos prováveis e 4 mil óbitos^{12,13}.

Apesar dos avanços alcançados, existem ainda lacunas de conhecimento e a necessidade de buscar soluções eficazes para o enfrentamento da doença, como: desenvolvimento de metodologias para o controle vetorial, tratamento e detecção de biomarcadores para as formas graves, testes diagnósticos rápidos e modelos preditivos para prevenção de epidemias^{14,15}.

Nesse contexto, no Brasil, o Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) do Ministério da Saúde (MS) é responsável por fomentar o desenvolvimento científico e tecnológico para a resolução dos problemas do Sistema

Único de Saúde (SUS)¹⁶. Ele atua em parceria com diversos colaboradores no fomento de pesquisas, sendo um dos principais o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), vinculado ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações (MCTI)¹⁷. Nesse contexto, são lançadas periodicamente chamadas públicas para seleção e contratação de pesquisas, orientadas especialmente pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS)¹⁸.

Dessa forma, dada a sua importância epidemiológica no Brasil e o papel da CTIS para o avanço do conhecimento e o aprimoramento das políticas e sistemas de saúde, torna-se fundamental avaliar os impactos alcançados pelas pesquisas sobre dengue financiadas com recursos públicos pelo Decit/MS.

A avaliação de impacto de pesquisas sobre dengue pode auxiliar no enfrentamento da doença, de modo que identifica os retornos das pesquisas à sociedade, aos sistemas e às políticas de saúde; produz subsídios para avaliar as estratégias de financiamento e justifica os investimentos, direcionando os recursos para pesquisas com resultados mais promissores para a saúde pública^{7,19,20}. No Brasil, há poucos estudos sobre avaliação de impacto de pesquisas¹⁷⁻¹⁹, e nenhum deles diz respeito à dengue, tornando esta a primeira investigação realizada no País.

Este estudo avaliou o impacto de pesquisas sobre dengue financiadas pelo Decit/MS, em parceria com CNPq, por chamadas públicas dos anos de 2006, 2008 e 2012, utilizando como referência a matriz adaptada de avaliação de impacto de pesquisas da Canadian Academy of Health Science (CAHS).

Material e métodos

Desenho do estudo

Trata-se de estudo de avaliação do impacto de 24 pesquisas sobre dengue financiadas pelas

chamadas públicas do Decit/MS, em parceria com o CNPq, de 2006, 2008 e 2012. O objetivo das chamadas era apoiar pesquisas que contribuíssem para o avanço do conhecimento; a geração de produtos; e para melhoria da saúde da população nas áreas: estudos clínico-laboratoriais; diagnóstico; vetores; epidemiologia vigilância e controle; educação em saúde; patogenicidade e clínica e epidemiologia^{21,23}.

Os critérios de seleção das chamadas foram: a) ter como tema principal as Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) e conter linhas temáticas para dengue; b) lançadas a partir de 2004, após o início da gestão do Decit/MS baseada na ANPPS; c) pesquisas já finalizadas, visando garantir maior chance de identificação dos impactos em médio e longo prazo⁷.

Coleta e fonte de dados

Utilizaram-se os indicadores de quatro dimensões da matriz de avaliação de impacto de pesquisas da CAHS como referência⁶:

- Avanços do conhecimento: descobertas da pesquisa em saúde e as publicações científicas produzidas a partir dessas descobertas;
- Capacidade de pesquisa: formação de recursos humanos, financiamento e estrutura para realização da pesquisa;
- Tomada de decisão informada: utilização dos resultados da pesquisa para a tomada de decisão;
- Impactos na saúde: benefícios da pesquisa sobre o estado de saúde, os determinantes de saúde, o desempenho dos sistemas e serviços de saúde.

A matriz da CAHS demonstra como as pesquisas podem influenciar na tomada de decisão

e resultar em mudanças socioeconômicas e na saúde^{6,24}. Optou-se por utilizar essa metodologia pelos seguintes motivos: a) trata-se de uma matriz aprimorada a partir do modelo *payback framework*; b) é flexível, podendo ser adaptada de acordo com as necessidades dos usuários; e c) permite a avaliação de diversos tipos de pesquisa e fontes de financiamento em diferentes perspectivas, além de possuir indicadores para avaliação da tomada de decisão informada.

As pesquisas foram classificadas por tipo, conforme definição da CAHS⁶, em: a) biomédica: pesquisas *in vitro* e *in vivo* que buscam compreender os mecanismos de saúde e doença, por meio do desenvolvimento de métodos para diagnóstico, tratamento e prevenção dos agravos e doenças; b) clínica: envolve seres humanos e busca qualificar o diagnóstico e o tratamento de doenças ou agravos; c) sobre serviços de saúde: avalia os sistemas ou serviços de saúde sobre sua organização, financiamento, custos e acesso dos usuários; e d) sobre população e saúde pública: investigam os determinantes de saúde de uma população. A classificação foi feita por pares, e as divergências, sanadas por consenso.

A matriz da CAHS permite a introdução ou a adaptação dos indicadores para avaliação dos impactos de acordo com as necessidades observadas pelo usuário. Neste estudo, utilizaram-se indicadores: a) Originais: sem modificação; b) Adaptados: fazem parte da matriz, mas possuem alguma modificação para adequar-se à realidade das pesquisas brasileiras; e c) Novos: não fazem parte da matriz, porém possuem dados relevantes para a pesquisa no Brasil²². Os indicadores foram selecionados conforme os critérios de validade, relevância, replicabilidade, comparabilidade, disponibilidade dos dados e oportunidade de coleta⁶ (*quadro 1*).

Quadro 1. Indicadores e fontes de dados utilizados para avaliação do impacto de pesquisas sobre dengue por dimensão da matriz adaptada de avaliação de impacto de pesquisas da Canadian Academy of Health Science (CAHS)

Dimensão	Indicador	Fonte de dados
Avanços do conhecimento	Número de artigos publicados	• Currículo Lattes dos/as coordenadores/as das pesquisas e da equipe de pesquisa • Relatório final das pesquisas • Questionários virtuais realizados com os/as coordenadores/as das pesquisas • Entrevistas virtuais com os/as coordenadores/as das pesquisas
	Número de livros/capítulos de livros publicados	
	Número de trabalhos publicados em anais de congressos	
	Número de trabalhos apresentados em congressos	
	Número de teses de doutorado, dissertações de mestrado, trabalhos de conclusão de curso e relatórios de iniciação científica produzidos a partir dos resultados das pesquisas	
Capacidade de Pesquisa	Número de apresentações para profissionais de saúde e tomadores de decisão	
	Número de estudantes formados/as a partir das pesquisas (doutores, mestres, estudantes de graduação e de iniciação científica)	
	Número de pesquisadores/as visitantes e pesquisadores/as de pós-doutorado na equipe de pesquisa	
Tomada de decisão informada	Número de parcerias estabelecidas para execução da pesquisa sobre dengue	
	Número de livros/protocolos/guias de saúde/manuais/diretrizes/capacitações e consultoria para formuladores/as de políticas que citaram a pesquisa ou utilizaram seus resultados como referência	
	Número de apresentações para o público geral	
	Número de citações na mídia	
	Número de patentes registradas	
Impactos na saúde	Número de consultorias para indústrias	• Currículo Lattes dos/as coordenadores/as das pesquisas e da equipe de pesquisa • Relatório final das pesquisas • Questionários virtuais realizados com os/as coordenadores/as das pesquisas • Entrevistas com os/as coordenadores/as das pesquisas • Sites institucionais • Google
	Número de pesquisas que impactaram em indicadores do estado de saúde da população: mortalidade, prevalência e incidência.	
	Número de pesquisas que impactaram indicadores de determinantes de saúde: • Fatores de risco modificáveis; • Determinantes ambientais; • Determinantes sociais/culturais.	
	Número de pesquisas que impactaram em indicadores do desempenho do sistema de saúde: • Adequação – prática estava em conformidade com as evidências mais atualizadas; • Aceitabilidade – impacto de experiências da população/indivíduo em relação aos serviços de saúde ou a novas práticas; • Efetividade – impacto de condições que requerem a utilização de serviços de atenção especializada; • Segurança – impacto de efeitos adversos em relação a uma intervenção).	

Fonte: elaboração própria adaptada de Canadian Academy of Health Science (CAHS)^{7,22}.

A coleta de dados ocorreu por levantamento documental, questionários e entrevistas virtuais com os/as coordenadores/as das pesquisas.

Para os indicadores da dimensão avanços do conhecimento, realizou-se a classificação por temas: a) Controle Vetorial: novos mecanismos para controle vetorial do mosquito *Aedes aegypti* ou avaliação de tecnologias existentes; b) Vigilância em Saúde: implantação, implementação ou formulação de ações para vigilância e controle da dengue; c) Diagnóstico e Tratamento: alternativas terapêuticas, métodos diagnósticos ou avaliação de tecnologias existentes; d) Imunologia e Virologia: mecanismos imunológicos, especificidades dos vírus e comportamento *in vitro* e *in vivo*. A classificação foi feita por pares, com divergências sanadas por consenso.

No levantamento documental, realizou-se a leitura dos relatórios finais das pesquisas (solicitados ao CNPq por meio da Lei de Acesso à Informação nº 12.527, de 18 de novembro de 2011²⁵), dos currículos Lattes dos/as coordenadores/as e integrantes da equipe para identificar os impactos alcançados. Também foram identificadas informações no Google, em *sites* institucionais (MS, CNPq, MCTI, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Ministério da Educação) e das instituições de vinculação dos/as coordenadores/as. A busca e a seleção dos dados foram realizadas em pares, e as divergências, decididas por consenso.

Para os questionários e as entrevistas, foram convidados/as para participar do estudo 22 pesquisadores/as coordenadores/as das 24 pesquisas sobre dengue (dois/duas foram contemplados/as duas vezes em chamadas públicas de diferentes anos) por correio eletrônico, em até três oportunidades. Ambos tinham como objetivo complementar as informações coletadas na análise documental. A entrevista também buscava compreender a percepção dos/as pesquisadores/as sobre os impactos de suas pesquisas e a relevância para o SUS. Quatro pesquisadores/as coordenadores/as rejeitaram o convite, e oito aceitaram participar, respondendo ao questionário e participando das entrevistas semiestruturadas. Os/as demais não retornaram o convite enviado.

O questionário virtual possuía seis blocos de perguntas relacionadas com os indicadores analisados, o qual foi preenchido no tempo médio de 40 minutos. As entrevistas foram realizadas e gravadas por meio do Microsoft Teams®, com duração média de 40 minutos, abordando os temas: a) percepção dos/as pesquisadores/as coordenadores/as sobre os impactos de suas pesquisas sobre dengue; b) disseminação dos resultados das pesquisas sobre dengue; e c) prioridades de pesquisa para dengue.

Análise dos dados

Os dados coletados foram consolidados em uma planilha do Microsoft Excel®, para cálculo dos indicadores, de acordo com cada dimensão avaliada da CAHS⁶. A unidade de análise foram os impactos alcançados, e os resultados foram apresentados em frequências absolutas e relativas por meio de tabela e gráficos.

Nas entrevistas, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. Todas foram transcritas, e realizou-se a leitura na íntegra com o objetivo de identificar as ideias centrais e as que mais se repetiam. Posteriormente, as falas foram agrupadas para análise por dimensão da matriz da CAHS⁶.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília (CAEE nº 46003821.0.0000.8093; Parecer nº 4.704.533), conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012²⁶. Os/as participantes receberam, por correio eletrônico, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa, bem como assinaram tais termos assegurando o sigilo das informações obtidas. Para garantir o anonimato dos/as participantes, os trechos das entrevistas foram citados utilizando o termo ‘Pesquisador/a’ seguidos do número que corresponde à ordem de realização das entrevistas.

Resultados

Panorama global dos impactos das pesquisas sobre dengue

identificados 1.107 impactos, sendo a maioria nas dimensões avanços do conhecimento (712; 64,3%) e capacidade de pesquisa (314; 28,3%). Todas as pesquisas alcançaram impactos em pelo menos uma das dimensões avaliadas.

A *tabela 1* demonstra a distribuição dos impactos das pesquisas sobre dengue. Foram

Tabela 1. Distribuição das pesquisas e impactos das pesquisas sobre dengue por dimensões da matriz de avaliação de impacto de pesquisas da Canadian Academy of Health Science (CAHS). Brasil, 2006, 2008 e 2012

Dimensão da CAHS/ Impactos alcançados	Indicadores	Número de Pesquisas(%)*	Número de impactos (%)**
Avanços do Conhecimento (n = 712 - 64,3%)*	Artigos publicados	19 (79,2%)	134 (18,8%)
	Livros/capítulos de livros publicados	4 (16,7%)	5 (0,7%)
	Divulgação de trabalhos em congressos	19 (79,2%)	390 (54,8%)
	Tese de doutorado	16 (66,7%)	53 (7,4%)
	Dissertação de mestrado	16 (66,7%)	53 (7,4%)
	Trabalho de Conclusão de Curso	3 (12,5%)	21 (2,9%)
	Relatório de iniciação científica	10 (41,7%)	36 (5,1%)
	Apresentação para profissionais de saúde e tomadores de decisão	5 (20,8%)	20 (2,8%)
Capacidade de Pesquisa (n = 314 - 28,3%)*	Formação de estudantes de doutorado	20 (83,3%)	58 (18,5%)
	Formação de estudantes de mestrado	15 (62,5%)	55 (17,5%)
	Formação de estudantes de graduação	12 (50,0%)	73 (23,2%)
	Pesquisadores visitantes de instituições estrangeiras	4 (16,7%)	10 (3,2%)
	Pesquisadores visitantes de instituições nacionais	24 (100,0%)	113 (36,0%)
	Pesquisadores de pós-doutorado	3 (12,5%)	5 (1,6%)
Tomada de Decisão Informada (n = 75 - 6,8%)*	Citação em livros	1 (4,2%)	4 (5,3%)
	Citação em manuais/guias/protocolos de saúde	4 (16,7%)	9 (12,0%)
	Capacitação para profissionais de saúde	4 (16,7%)	16 (21,3%)
	Consultorias para formuladores de políticas	-	-
	Material educativo para a população	1 (4,2%)	1 (1,3%)
	Apresentações realizadas em audiências públicas	-	-
	Apresentações realizadas para o público geral	-	-
	Citações nas mídias (jornais, entrevistas, e outros)	7 (29,2%)	43 (57,3%)
	Produtos patenteados	2 (8,3%)	2 (2,7%)
	Consultorias para indústrias	-	-

Tabela 1. Distribuição das pesquisas e impactos das pesquisas sobre dengue por dimensões da matriz de avaliação de impacto de pesquisas da Canadian Academy of Health Science (CAHS). Brasil, 2006, 2008 e 2012

Dimensão da CAHS/ Impactos alcançados	Indicadores	Número de Pesquisas (%)*	Número de impactos (%)**
Impactos na Saúde (n = 7 - 0,6%)*	Mortalidade/incidência/prevalência	1 (4,2%)	1 (16,7%)
	Fatores de risco modificáveis	-	-
	Determinantes ambientais	2 (8,3%)	2 (33,3%)
	Determinantes sociais/culturais	-	-
	Adequação	2 (8,3%)	2 (33,3%)
	Aceitabilidade	1 (4,2%)	1 (16,7%)
	Segurança	1 (4,2%)	1 (16,7%)

Fonte: Relatórios finais das pesquisas de dengue, currículos Lattes dos/as coordenadores/as e da equipe das pesquisas de dengue, sites institucionais e de busca, questionários e entrevistas realizadas com os/as coordenadores/as das pesquisas.

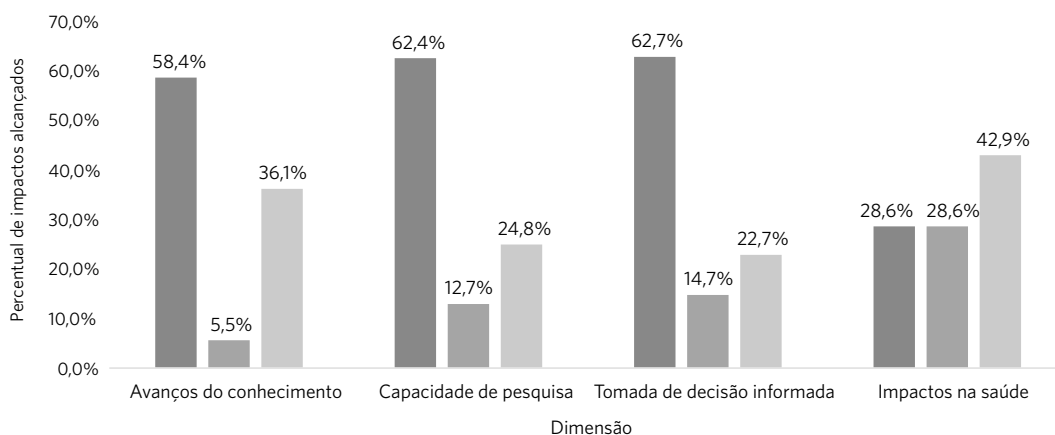
CAHS - Canadian Academy of Health Science; * Percentual em relação ao total de pesquisas avaliadas; ** Percentual em relação ao total de impactos produzidos em cada dimensão; *** Percentual em relação ao total de impactos produzidos.

Panorama das pesquisas sobre dengue financiadas segundo tipos de pesquisa

Dos impactos alcançados, as pesquisas biomédicas foram a maioria nas dimensões avanços

do conhecimento (58,4%), capacidade de pesquisa (62,4%) e tomada de decisão informada (62,7%), exceto na dimensão impactos na saúde, na qual as pesquisas sobre população e saúde pública alcançaram o maior percentual de impactos (42,9%) (gráfico 1).

Gráfico 1. Percentual dos impactos alcançados por dimensão da matriz de avaliação de impacto de pesquisas da Canadian Academy of Health Science (CAHS) e tipo de pesquisa



Fonte: Relatórios finais das pesquisas de dengue, currículos Lattes dos/as coordenadores/as e da equipe das pesquisas de dengue, questionários e entrevistas realizadas com os/as coordenadores/as das pesquisas.

Os resultados a seguir foram apresentados de acordo com as dimensões da CAHS.

AVANÇOS DO CONHECIMENTO

Dos indicadores avaliados, 79,2% das pesquisas produziram impactos principalmente em relação à divulgação dos resultados em congressos (390) e publicação de artigos científicos (134) (*tabela 1*).

Nas entrevistas, verificou-se a relevância da divulgação dos resultados da pesquisa para alcance do reconhecimento da competência científica por grupos de pesquisa fora do País.

Você com as publicações atrai a comunidade científica do mundo e começam a querer fazer colaborações com você e foi isso que aconteceu. Um grupo me chamou para integrar a rede de estudos de dengue, que era um estudo multicêntrico no mundo inteiro. (Pesquisador/a 8).

Apesar de reconhecerem a importância da divulgação das pesquisas, a maioria dos/as coordenadores/as apontou dificuldades e a necessidade de haver pessoas capacitadas para auxiliar na divulgação dos resultados

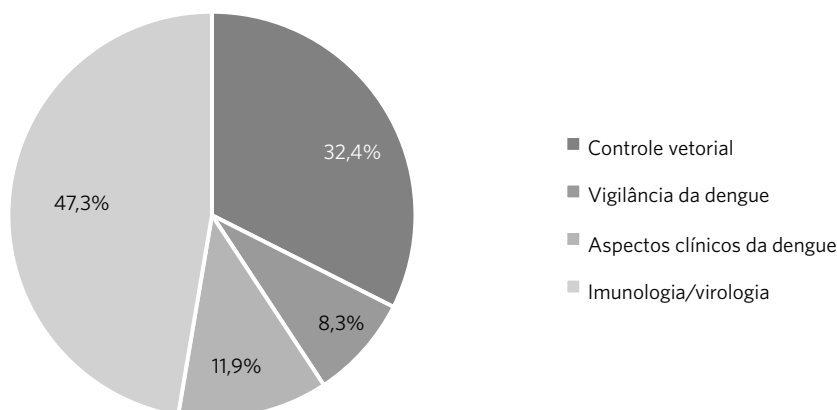
para outros públicos: “*Acharia bem bacana ter alguém especializado, porque às vezes a pessoa poderia nos capacitar ou capacitar alguém da equipe*” (Pesquisador/a 5).

Essas dificuldades de perpassar os resultados da pesquisa para além da academia refletem em poucos estudos que alcançaram impactos no indicador ‘apresentação para profissionais de saúde e tomadores de decisão’ (5 pesquisas e 20 impactos) (*tabela 1*). Nas falas, percebeu-se a necessidade de ampliar as modalidades de disseminação para equipes de gestão em saúde, conforme o relato a seguir.

[...] nós não só apresentávamos para o comitê assessor de dengue, como para o gestor na época... nós temos que estar articulados também com o pessoal que dissemina o conhecimento científico, porque não é só levar para congressos, não é só escrever o paper, é tentar falar uma linguagem clara [...]. (Pesquisador/a 7).

No gráfico 2, verificou-se que imunologia/virologia (47,3%) e controle vetorial (32,4%) foram os temas mais estudados nos artigos, livros e capítulos de livros, trabalhos divulgados em congressos e trabalhos acadêmicos.

Gráfico 2. Tema das publicações das pesquisas sobre dengue identificado na dimensão avanços do conhecimento



Fonte: Relatórios finais das pesquisas de dengue, currículos Lattes dos/as coordenadores/as e da equipe das pesquisas de dengue, questionários e entrevistas realizadas com os/as coordenadores/as das pesquisas.

Esses temas tiveram sua importância nas entrevistas ratificada ao reconhecer a necessidade de estudar assuntos como: “A própria dinâmica de espalhamento do vírus, a dinâmica de circulação” (Pesquisador/a 6).

CAPACIDADE DE PESQUISA

A maior parte das pesquisas contribuiu para a formação de 186 estudantes, sendo a maioria de graduação (73) (tabela 1). Esses impactos foram reconhecidos nas entrevistas:

Se eu pensar a respeito da mestranda, por exemplo, que fez aquele projeto como principal pessoa trabalhando de fato, ela é uma pós-doutoranda na Inglaterra, então tem um impacto em formar uma pessoa [...]. (Pesquisador/a 3).

Ainda nas entrevistas, os/as coordenadores/as relataram outros impactos da dimensão capacidade de pesquisa, como a estruturação e manutenção das equipes e laboratórios de pesquisas e a obtenção de financiamentos.

Conseguimos obter um financiamento na época robusto, que possibilitou comprar equipamento importante... e está servindo até hoje para o desenvolvimento de outras pesquisas. (Pesquisador/a 5).

Um outro impacto foi a formação de um grupo de ensaios clínicos na universidade... essa mesma equipe foi o embrião da equipe que testou a CoronaVac. (Pesquisador/a 6).

Algumas falas demonstraram a relevância dos impactos para os avanços da ciência, possibilitando o fortalecimento da capacidade de pesquisa, desenvolvimento e inovação em outras temáticas:

Essa pesquisa nos ensinou um negócio muito importante sobre o sistema de regulação de infecções virais que cursam hiperinflamação. Aí veio a covid, que também é uma doença que tem

uma hiperinflamação associada com casos graves. Então nós pegamos as ferramentas que estudamos em dengue e jogamos para covid, e estamos espantados que os resultados são muitos parecidos. (Pesquisador/a 6).

Analisaram-se ainda a constituição das equipes de pesquisa e o estabelecimento de parcerias institucionais. As equipes foram formadas por 308 pesquisadores/as de 90 instituições diferentes (tabela 1). Foram estabelecidas parcerias com 77 instituições (65 nacionais e 12 estrangeiras). A relevância dessas parcerias para a formação de redes de colaboração científica foi apontada nas entrevistas, como se exemplifica na fala: “O ideal mesmo é você trabalhar em rede... porque só assim conseguimos aprofundar no conhecimento” (Pesquisador/a 8).

TOMADA DE DECISÃO INFORMADA

Na dimensão tomada de decisão informada, destacaram-se as citações em 13 documentos – como livros, manuais/guias/protocolos de saúde –, em 16 capacitações para profissionais de saúde e em 43 citações na mídia (tabela 1). Dentre os achados, ressaltaram-se: a) a maioria das capacitações foi resultado de pesquisas sobre população e saúde pública; b) apenas resultados das pesquisas clínicas foram citadas em livros; c) somente pesquisas biomédicas registraram patentes; e d) o único material educativo utilizou os resultados de uma pesquisa sobre população e saúde pública.

Nas falas dos/as coordenadores/as, ratificou-se essa produção de impactos ao afirmarem a utilização do conhecimento para tomada de decisão informada:

[...] conhecimentos que vieram a preencher algumas lacunas e geraram conhecimentos para serem incluídos no Manual de Atenção Médica aos pacientes com dengue do Ministério da Saúde. (Pesquisador/a 7).

IMPACTOS NA SAÚDE

A dimensão impactos na saúde foi a que produziu o menor número de impactos (7) (*tabela 1*).

Cabe destacar que três desses impactos – um sobre determinantes ambientais, um sobre aceitabilidade e outro sobre segurança – foram produzidos a partir de uma pesquisa do tipo sobre população e saúde pública, contratada na chamada pública de 2006.

Apesar do baixo resultado nessa dimensão, nas entrevistas, reconheceu-se a importância de obter impactos que possam ser aplicáveis ao SUS.

Eu tentei trabalhar não só produzindo artigo e orientando, mas trabalhar no que eu acreditava junto com o Ministério da Saúde... Eu entendo que isso não fosse um projeto só de pesquisa. Ele era um projeto de pesquisa aplicada! (Pesquisador/a 4).

Não adianta fazer pesquisa... vou ter uma coleção de papers, coleção de alunos, mas e a aplicabilidade disso que é mais importante para o país, que é mais importante para o SUS? (Pesquisador/a 8).

Discussão

Este estudo revelou que as pesquisas de dengue alcançaram impactos principalmente nas dimensões avanços do conhecimento e capacidade de pesquisa seguidas das dimensões tomada de decisão informada e impactos na saúde.

Nesta investigação, a maioria das pesquisas financiadas foi biomédica, o que pode ser explicado pelo fato de que a maior parte das linhas temáticas das chamadas públicas era voltada para realização de pesquisas biomédicas. As pesquisas biomédicas auxiliam na compreensão do processo saúde-doença, na busca por novos tratamentos e métodos diagnósticos⁶. Acredita-se também que a concentração do financiamento em pesquisas biomédicas pode ter refletido em menos impactos nas

dimensões tomada de decisão informada e impactos na saúde, visto que os resultados desse tipo de pesquisa, devido à sua natureza metodológica, podem demorar mais tempo para a sua aplicação ou, até mesmo, não evoluírem para outras fases de execução. Ressalta-se que, para que pesquisas biomédicas alcancem impactos na saúde da população, deve haver investimentos para suas fases subsequentes²⁷.

Assim como em outros estudos de avaliação de impacto de pesquisas realizados no Brasil e em outros países^{24,28-33}, as pesquisas deste estudo alcançaram mais impactos nas dimensões avanços do conhecimento e capacidade de pesquisa. Tais achados evidenciaram a relevância das pesquisas para a qualificação e o fortalecimento da capacidade de pesquisa brasileira em busca de soluções inovadoras para o enfrentamento da dengue.

A alta divulgação dos resultados em congressos, a publicação de artigos e o estabelecimento de parcerias para execução das pesquisas chamaram atenção. Esses resultados podem impulsionar o estabelecimento de conexões com pesquisadores/as de diferentes países, permitindo a troca de saberes, a expansão da produção científica e a utilização efetiva dos recursos disponíveis^{15,34,35}.

Outrossim, também se destacou a contribuição das pesquisas para a formação de recursos humanos. A busca por novos conhecimentos sobre a dengue associada à formação de recursos humanos qualificados são aspectos cruciais para que o Brasil consiga reduzir sua dependência de tecnologias estrangeiras e aumente sua competitividade internacional^{14,15,36,37}.

Os indicadores das dimensões avanços do conhecimento e capacidade de pesquisa são medidas empregadas geralmente para avaliar o desempenho dos/as pesquisado-res/as e das instituições responsáveis pela pesquisa, o progresso científico e identificar lacunas do conhecimento; porém, podem não ser suficientes para mostrar os benefícios da pesquisa em saúde, especialmente no que diz respeito aos seus aspectos sociais³⁸⁻⁴². Assim, torna-se necessário refletir sobre a

importância de estabelecer estratégias na governança do sistema de pesquisa que incentivem o alcance de impactos em outras dimensões, pois somente a produção científica e a qualificação da capacidade de pesquisa não garantem resultados que possam gerar impactos para os sistemas e políticas de saúde e a população⁴³⁻⁴⁶.

O alcance de impactos na dimensão tomada de decisão informada e impactos na saúde é complexo, pois exige que as pesquisas busquem novos horizontes para além do caminho tradicional acadêmico⁶. Essa dificuldade pode ser vista a partir do menor número de impactos identificados nessas duas dimensões neste estudo. Pode ser traduzida também por meio das falas dos/as pesquisadores/as que consideram importante, porém difícil, a implementação dos resultados das pesquisas no sistema de saúde, após sua finalização, bem como a divulgação dos resultados para públicos diversos.

Apesar dos poucos impactos identificados nessas duas dimensões, podem-se considerar como resultado positivo, diante da dificuldade de serem mensurados, pois mostram que os resultados alcançados por algumas pesquisas sobre dengue conseguiram perpassar o mundo acadêmico e chegar a públicos diversos^{45,47}. Ressalta-se ainda que esses impactos foram alcançados de maneira espontânea pelas pesquisas, uma vez que as chamadas públicas não solicitavam atividades que pudessem gerá-los. Esses achados destacam a avaliação de impacto de pesquisas como ferramenta para identificar os benefícios das pesquisas para a sociedade.

A disseminação das pesquisas para a gestão, profissionais de saúde e sociedade tem sido impulsionada pela necessidade de legitimação da prática social da pesquisa pela comunidade científica, financiadores e órgãos de controle. No entanto, ainda enfrenta desafios, como a ausência da institucionalização da utilização de evidências por gestores e profissionais de saúde, a adaptação das informações para facilitar a compreensão por públicos diversos, a necessidade de treinamentos para

pesquisadores/as e contratação de profissionais especialistas na área de disseminação, e a implementação de políticas de translação do conhecimento^{48,49,52}.

Sobre a aplicabilidade dos resultados no sistema de saúde, espera-se que as pesquisas contribuam com soluções inovadoras para enfrentar os desafios sociais. Para aumentar as chances de sucesso da pesquisa e as possibilidades de uso das evidências na prática, é fundamental aproximar e envolver os interessados no seu desenvolvimento (pesquisadores/as, formuladores/as de políticas, profissionais de saúde, população) desde o seu início^{47,52-55}.

Diante disso, a avaliação de impacto, além de ajudar a dimensionar os resultados das pesquisas de dengue, identificando sua relevância para o 'mundo real'⁴², auxilia os financiadores e os pesquisadores/as na implementação de estratégias voltadas para a translação do conhecimento^{50-52,56}.

Em estudos que analisaram o financiamento realizado pelo Decit/MS^{55,56}, foi verificado que, entre 2004 e 2020, pesquisas de dengue, quando comparada com outras DTN, receberam a maior parte dos recursos financeiros do departamento, totalizando R\$ 164,03. A avaliação de impacto de pesquisas, nesse caso, pode ser utilizada como ferramenta para analisar a política de financiamento, auxiliando no direcionamento dos recursos para áreas prioritárias e no financiamento de pesquisas com potencial de aplicabilidade no sistema de saúde, ou como uma forma de prestação de contas dos investimentos realizados para a sociedade.

Este estudo apresentou fortalezas e limitações. Como fortalezas, podem-se citar: i) a identificação dos impactos produzidos por pesquisas sobre dengue, uma doença que requer atenção no mundo; ii) a demonstração da importância de avaliar e monitorar as pesquisas, visando direcionar o financiamento para pesquisas com potencialidade de produzir resultados relevantes para os sistemas de saúde e a população. Por outro lado, as limitações foram: i) a avaliação de impacto de pesquisas

de dengue não possibilitou a generalização dos resultados para outros temas e outras pesquisas financiadas por outros órgãos do governo federal, departamentos do MS ou agências de fomento; ii) as fontes de dados podem apresentar ausência ou erros de registro, bem como esquecimento de informações por parte dos coordenadores/as das pesquisas; iii) a não inclusão de formuladores de políticas ou outros atores interessados nos resultados das pesquisas nas entrevistas impossibilitou compreender outras percepções em relação aos impactos; iv) a baixa adesão dos/das pesquisadores/as para participar dos questionários e entrevistas, o que pode comprometer a identificação de impactos nas dimensões tomada de decisão e impactos na saúde.

Considerações finais

Este estudo analisou os impactos alcançados por 24 pesquisas sobre dengue financiadas pelo Decit/MS em parceria com o CNPq. A maioria das pesquisas era do tipo biomédica e produziu diversos impactos nas dimensões avaliadas, mas principalmente em avanços do conhecimento e capacidade de pesquisa. Observou-se a alta divulgação das pesquisas para outros/as pesquisadores/as, que manifestaram a importância da incorporação dos resultados no sistema de saúde.

Esses achados são oportunos para constatar a pertinência da avaliação de impacto de pesquisas para: a) identificar como a pesquisa auxilia na construção de conhecimentos e no fortalecimento da capacidade científica para enfrentamento da dengue; b) monitorar e avaliar os resultados das pesquisas sobre dengue financiadas e, assim, direcionar ou não para novas prioridades de pesquisa no tema; c) justificar os investimentos, uma vez que seus resultados podem ser referência para o direcionamento de ações de prevenção, atenção e controle da doença. Outrossim, podem subsidiar uma futura avaliação da política de

financiamento de pesquisas em dengue promovida pelo Decit/MS e orientar prioridades para alocação de recursos de maneira responsável e sustentável.

Assim, recomenda-se que a avaliação de impacto seja incorporada pelos órgãos e agências de financiamento de pesquisas em saúde, em conjunto com o processo de revisão da política de financiamento, como ferramenta contínua, almejando a busca por resultados de pesquisas robustos para o desenvolvimento científico e tecnológico da dengue, a valorização da ciência no Brasil e a qualificação do sistema de saúde.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e ao Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) do MS por disponibilizarem os dados; aos pesquisadores Maxwell de Azevedo Ferreira e Iaslin Tavares Franklin do Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ) por auxiliarem na coleta dos dados dos currículos Lattes; à pesquisadora Maitê Solan da Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya por contribuir para a revisão do manuscrito; e aos pesquisadores e pesquisadoras que participaram do estudo.

Colaboradores

Melo GBT (0000-0002-6758-0834)* contribuiu para concepção e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, elaboração e revisão final do manuscrito. Obara MT (0000-0001-6872-0096)* contribuiu para concepção e desenho do estudo, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Angulo-Tuesta A (0000-0002-3231-5918)* contribuiu para concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Mormina M. Science, Technology and Innovation as Social Goods for Development: Rethinking Research Capacity Building from Sen's Capabilities Approach. *Sci Eng Ethics*. 2019;25(3):671-692. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11948-018-0037-1>
- Ramos MC, Silva EN. Como usar a abordagem da Política Informada por Evidência na saúde pública? *Saúde debate*. 2017;42(116):296-306. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811624>
- Beran D, Byass P, Gbakima A, et al. Research capacity building-obligations for global health partners. *Lancet Glob Heal*. 2017;5(6):e567-e568. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(17\)30180-8](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(17)30180-8)
- Zachariah R, Khogali M, Kumar AMV, et al. Nationalizing operational research capacity building: Necessity or Luxury? *Ann Glob Heal*. 2020;86(1):136. DOI: <https://doi.org/10.5334/aogh.3056>
- Adam P, Ovseiko PV, Grant J, et al. ISRIA statement: Ten-point guidelines for an effective process of research impact assessment. *Health Res Policy Sys*. 2018;16(8):1-16. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0281-5>
- Canadian Academy of Health Sciences. Making an impact: a preferred framework and indicators to measure returns on investment in health research. Ottawa: CAHS; 2009. 134 p.
- Abudu R, Oliver K, Boaz A. What funders are doing to assess the impact of their investments in health and biomedical research. *Health Res Policy Sys*. 2022;20(1):1-18. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00888-1>
- Lessa CLS, Hodel KVS, Gonçalves MS, et al. Dengue as a Disease Threatening Global Health: A Narrative Review Focusing on Latin America and Brazil. *Trop Med Infect Dis*. 2023;8(5). DOI: <https://doi.org/10.3390/tropicalmed8050241>
- Organização Pan-Americana da Saúde. Dengue. Opas [Internet]. [sem data] [acesso em 2022 jun 10]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/dengue>
- Araújo VEM, Bezerra JMT, Amâncio FF, et al. Increase in the burden of dengue in Brazil and federated units, 2000 and 2015: Analysis of the global burden of disease study 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(supl01):205-216. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050017>
- Marczell K, García E, Roiz J, et al. The macroeconomic impact of a dengue outbreak: Case studies from Thailand and Brazil. *PLoS Negl Trop Dis*. 2024;18(6):1-23. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0012201>
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Dengue – Notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Brasil [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; [sem data] [acesso em 2025 fev 18]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/denguebbr.def>
- Gurgel-Gonçalves R, Oliveira WK, Croda J. The greatest Dengue epidemic in Brazil: Surveillance, Prevention and Control. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2024;57(e00203-2024):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0113-2024>
- Mota FB, Fonseca BDPF, Galina AC, et al. Mapping the dengue scientific landscape worldwide: A bibliometric and network analysis. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2017;112(5):354-363. DOI: <https://doi.org/10.1590/0074-02760160423>
- Katzelnick LC, Coloma J, Harris E. Dengue: knowledge gaps, unmet needs and research priorities. *Lancet Infect Dis*. 2018;17(3):e88-100. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30473-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30473-X)
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico Industrial da Saúde. Sobre o Decit [Internet]. [Brasília, DF]:

- Ministério da Saúde; [sem data] [acesso em 2022 out 18]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/scctie/decit>
17. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (BR). Apresentação [Internet]. [Brasília, DF]: CNPq; 2014 ago 12 [acesso em 2022 out 19]. Disponível em: <https://www.gov.br/cnpq/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/institucional>
 18. Ministério da Saúde B(R), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde [Internet]. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005 [acesso em 2025 fev 18]. 68 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_nacional_prioridades_2ed_4imp.pdf
 19. Greenhalgh T, Raftery J, Hanney S, et al. Research impact: A narrative review. *BMC Med.* 2016;14(1):1-16. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0620-8>
 20. Fun WH, Sararaks S, Tan EH, et al. Research funding impact and priority setting - Advancing universal access and quality healthcare research in Malaysia. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4072-7>
 21. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (BR). Edital MCT/CNPq/MS-SCITIE-DECIT nº 25/2006. Brasília, DF: CNPq; 2006. 25 p.
 22. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (BR). Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCITIE/DECIT nº 34/2008. Brasília, DF: CNPq; 2008. 19 p.
 23. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (BR). Chamada MCTI / CNPq/MS-SCITIE-Decit nº 40/2012 – Pesquisa em Doenças Negligenciadas. Brasília, DF: CNPq; 2012. 19 p.
 24. Angulo-Tuesta A, Santos LMP. Evaluation of the impact of maternal and neonatal morbidity and mortality research funded by the Ministry of Health in Brazil. *Res Eval.* 2015;24(4):355-368. DOI: <https://doi.org/10.1093/reseval/rvv022>
 25. Presidência da República (BR). Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2011 nov 18; Edição 221-A; Seção I:1-5.
 26. 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.
 27. Adegnika OS, Honkpehedji YJ, Mougengi Lotola F, et al. Funding patterns for biomedical research and infectious diseases burden in Gabon. *BMC Public Health.* 2021;21(1):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12201-w>
 28. Moraes LH, Angulo-Tuesta A, Funghetto SS, et al. Impacto das pesquisas do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. *Saúde debate.* 2019;43(esp2):63-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S205>
 29. Angulo-Tuesta A, Santos LMP, Natalizi DA. Impact of health research on advances in knowledge, research capacity-building and evidence-informed policies: A case study on maternal mortality and morbidity in Brazil. *Sao Paulo Med J.* 2016;134(2):153-162. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2015.01530211>
 30. Bowden JA, Sargent N, Wesselingh S, et al. Measuring research impact: A large cancer research funding programme in Australia. *Health Res Policy Sys.* 2018;16(1):1-7. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0311-3>
 31. Ramanathan S, Lynch E, Bernhardt J, et al. Impact assessment of the Centre for Research Excellence in Stroke Rehabilitation and Brain Recovery. *Health Res Policy Sys.* 2023;21(1):1-17. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12961-023-00974-y>

32. Dennis A, Manski R, O'Donnell J. Assessing research impact: A framework and an evaluation of the Society of Family Planning Research Fund's grantmaking (2007–2017). *Contracept.* 2020;101(4):213–219. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.11.007>
33. Mosedale A, Geelhoed E, Zurynski Y, et al. An impact review of a Western Australian research translation program. *PLoS One.* 2022;17(3):1–16. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265394>
34. Phillips K, Kohler JC, Pennefather P, et al. Canada's Neglected Tropical Disease Research Network: Who's in the Core-Who's on the Periphery? *PLoS Negl Trop Dis.* 2013;7(12):e2568. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0002568>
35. Iping R, Kroon M, Steegers C, et al. A research intelligence approach to assess the research impact of the Dutch university medical centres. *Health Res Policy Syst.* 2022;20(1):1–12. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00926-y>
36. Pan American Health Organization. Evaluation of Innovative Strategies for *Aedes aegypti* Control: Challenges for their Introduction and Impact Assessment [Internet]. Washington: D.C.: PAHO; 2019 [acesso em 2025 fev 18]. 72 p. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51375/9789275120965_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
37. Asnake M. A importância da publicação científica para o desenvolvimento da saúde pública. *Ciênc saúde coletiva.* 2015;20(7):1972–1973. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.08562015>
38. Maia LFMP, Lenzi M, Rabello ET, et al. Scientific collaboration in Zika: Identification of the leading research groups and researchers via social network analysis. *Cad Saúde Pública.* 2019;35(3):e00220217. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00220217>
39. Sobral NV, Silva FM, Duarte Z, et al. O Qualis e os periódicos científicos na produção de conhecimento em Doenças Tropicais Negligenciadas. *Inf & Soc.* 2020;30(3):1–24. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.1809-4783.2020v30n3.52054>
40. Milat AJ, Bauman AE, Redman S. A narrative review of research impact assessment models and methods. *Health Res Policy Syst.* 2015;13(1):1–7. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12961-015-0003-1>
41. Montazerian M, Shaghaei N, Drachen TM, et al. Editorial: Quality and quantity in research assessment: examining the merits of metrics, volume II. *Front Res Metr Anal.* 2024;9:1400009. DOI: <https://doi.org/10.3389/frma.2024.1400009>
42. McNett M, O'Mathúna D, Tucker S, et al. A Scoping Review of Implementation Science in Adult Critical Care Settings. *Crit Care Explor.* 2020;2(12):e0301. DOI: <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000301>
43. Shabankareh K, Mojiri S, Soleymani MR, et al. Strategies, facilitators, and barriers to interaction between health researchers and policy makers: protocol for a systematic review. *J Educ Health Promot.* 2022;11:1–6. DOI: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_497_21
44. Andrade KRC, Pereira MG. Tradução do conhecimento na realidade da saúde pública brasileira. *Rev Saude Publica.* 2020;54(72):1–7. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002073>
45. Coalition for Advancing Research Assessment. Agreement on reforming research assessment [Internet]. Estrasburgo: Coalition for Advancing Research Assessment; 2022 [acesso em 2025 fev 18]. 23 p. Disponível em: https://coara.eu/app/uploads/2022/09/2022_07_19_rra_agreement_final.pdf
46. Norton WE, Lungeanu A, Chambers DA, et al. Mapping the growing discipline of dissemination and implementation science in health. *Scientometrics.* 2017;112(3):1367–1390. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11192-017-2455-2>
47. Lima GS, Giordan M. Da reformulação discursiva a uma práxis da cultura científica: reflexões sobre a divulgação científica. *Hist Cienc-Manguinhos.* 2021;28(2):375–392. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000200003>

48. Couto PC, Figueiró AC. Avaliação dos usos e influências de pesquisas sobre prevenção e controle da anemia em crianças. *Saúde debate*. 2019;43(esp2):101-113. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S208>
49. Angulo-Tuesta A, Santos LMP, Iturri JA. Processos e desafios da interação entre pesquisa e política na perspectiva dos pesquisadores. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(1):7-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.23372017>
50. Katz A, Brownell M, Enns JE, et al. Closing the loop: from system-based data to evidence-influenced policy and practice. *Int J Popul Data Sci*. 2022;6(3):1-8. DOI: <https://doi.org/10.23889/ijpds.v7i1.1701>
51. Ashcraft LE, Quinn DA, Brownson RC. Strategies for effective dissemination of research to United States policymakers: a systematic review. *Implement Sci*. 2020;15(1):1-17. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01046-3>
52. Hanney SR. If providing best care means being at the cutting edge of research, should it be implemented system-wide? Comment on “We’re not providing the best care if we are not on the cutting edge of research”: A research impact evaluation at a regional Australian. *Int J Heal Policy Manag*. 2023;12(1):7718. DOI: <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2023.7718>
53. Dotti NF, Walczyk J. What is the societal impact of university research? A policy-oriented review to map approaches, identify monitoring methods and success factors. *Eval Program Plann*. 2022;95:102157. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2022.102157>
54. Dodd R, Ramanathan S, Angell B, et al. Strengthening and measuring research impact in global health: Lessons from applying the FAIT framework. *Health Res Policy Syst*. 2019;17(1):12-14. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0451-0>
55. Melo GBT, Angulo-Tuesta A, Silva EM, et al. Financiamento de pesquisas sobre dengue no Brasil, 2004-2020. *Saúde debate*. 2023;47(138):601-615. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313817>
56. Melo GBT, Angulo-Tuesta A, Silva EM, et al. Evolution of research funding for neglected tropical diseases in Brazil, 2004-2020. *PLoS Negl Trop Dis*. 2023;17(3):2004-2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0011134>

Recebido em 22/10/2024

Aprovado em 21/03/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Raquel Abrantes Pego

Unidade de Pronto Atendimento e Atenção Primária à Saúde: uma integração possível

Emergency Care Unit and Primary Health Care: A possible integration

Romero Chartuni Bandeira¹, Ronaldo Rocha Bastos², Estela Marcia Saraiva Campos², Gisele O'Dwyer³

DOI: 10.1590/2358-289820251459543P

RESUMO Este estudo teve como objetivo analisar a complementariedade da atenção e os processos de trabalho entre a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e a Atenção Primária à Saúde (APS) em um município de médio porte no estado do Rio de Janeiro, enfocando a integração assistencial. Trata-se de pesquisa descritiva que utilizou dados primários (entrevistas com 5 gestores e *survey* de 283 usuários) e secundários (dados de produção da UPA e da Estratégia Saúde da Família – ESF). O município tem cobertura populacional de 100% pela ESF e uma rede de urgência suficiente. Entretanto, prioriza investimento na UPA em detrimento da APS. Entre 2018 e 2022, 90% dos atendimentos na UPA foram urgências de baixo risco. As principais doenças que levaram os usuários à UPA incluíram condições osteomusculares (24%), respiratórias (15%), infecciosas e parasitárias (11%). Os sintomas mais frequentes foram gripais (24%) e osteomusculares (22%). Usuários priorizam a busca por cuidados na UPA por limitações da ESF, comodidade e desconhecimento. Os 33 entrevistados que foram à ESF e depois à UPA alegaram ausência de médicos e indisponibilidade de agendamento. Fluxos assistenciais não são definidos e sistemas de informação não se comunicam. Dados indicaram que a integração entre APS e UPA é frágil.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Serviços médicos de emergência. Atenção integral à saúde.

ABSTRACT This study aimed to analyze the complementarity of care and work processes between the Emergency Care Unit (UPA) and Primary Health Care (PHC) in a medium-sized municipality in the state of Rio de Janeiro, focusing on healthcare integration. This descriptive research used primary data (interviews with 5 managers and a survey of 283 users) and secondary data (production data from the UPA and the Family Health Strategy – FHS). The municipality has 100% population coverage by the FHS and a sufficient emergency care network. However, it prioritizes investment in the UPA over PHC. Between 2018 and 2022, 90% of consultations at the UPA were classified as low-risk emergencies. The main conditions that led users to the UPA included musculoskeletal conditions (24%), respiratory (15%), infectious and parasitic (11%). The most frequent symptoms were flu-like (24%) and musculoskeletal (22%). Users prioritize seeking care at the UPA due to the limitations of the FHS, convenience, and lack of awareness. The 33 respondents who visited the FHS and then the UPA reported an absence of doctors and unavailability of appointments. Care flows are not defined, and information systems do not communicate. Data indicated that the integration between PHC and UPA is weak.

KEYWORDS Primary Health Care. Emergency medical services. Comprehensive health care.

¹Prefeitura Municipal de Três Rios (PMTR) – Três Rios (RJ), Brasil.
rbandeira@yahoo.com

²Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – Juiz de Fora (MG), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A produção de pesquisas no âmbito das políticas públicas em saúde, com especial enfoque nas áreas de Urgência e Emergência (UE) e Atenção Primária à Saúde (APS), tem desempenhado um papel fundamental no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, articular e integrar serviços de diferentes complexidades tem sido a proposta do SUS, de modo que, organizados em rede de atenção, ele possa alcançar melhor efetividade da assistência.

Compreender como um serviço de urgência e a APS se integram motivou o presente estudo, reconhecendo a relevância dessa relação. É função da APS atuar como a porta de entrada do sistema de saúde, oferecendo o primeiro atendimento em situações de urgência e, quando necessário, encaminhando os casos aos demais pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência (RUE).

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é um dos pontos da atenção da RUE; é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, situado entre a APS e a rede hospitalar. Isso significa que devem ser encaminhados à UPA apenas casos compatíveis com a sua complexidade, tanto por demanda espontânea, por viaturas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (Samu), outro ponto de atenção da RUE, quanto por outros meios de transporte sanitário proveniente dos municípios ou concessionárias de rodovias da região Centro-Sul Fluminense.

Ao concentrar os atendimentos de complexidade intermediária, é missão da UPA estabilizar pacientes graves, para possíveis encaminhamentos a serviços de maior complexidade ou integrar-se à rede assistencial vinculada a APS. Contudo, mesmo com esses conceitos bem definidos, os pacientes têm liberdade de acessar ambos os serviços, baseando-se em suas experiências anteriores, percepção de gravidade e confiança nos serviços. Apesar dos esforços na constituição de redes, a UPA enfrenta uma sobrecarga de

atendimentos de baixo risco, frequentemente atribuída à incapacidade da APS de acolher essas urgências, seja pelo acúmulo de tarefas, seja pela falta de capacitação profissional¹.

As urgências de baixo risco correspondem aos casos classificados como verde e azul de acordo com a Classificação de Manchester².

Alguns estudos indicam que a APS é capaz de resolver até 80% dos problemas de saúde de uma população, conciliando ações curativas, preventivas e de promoção da saúde, além de coordenar a atenção nos outros níveis do sistema. Assim, a APS atua como base para o funcionamento dos níveis secundário e terciário^{3,4}.

Entretanto, um dos principais desafios do SUS é lidar com a fragmentação do sistema, que é predominantemente reativo, episódico e voltado ao enfrentamento de condições agudas e à agudização de condições crônicas⁵.

A situação de saúde de tripla carga de doença com predomínio de situações crônicas não pode ser enfrentada, com sucesso, por um sistema de atenção à saúde fragmentado – no qual os pontos de atenção não se integram – e voltado para atender condições agudas, característico da situação de saúde brasileira⁶.

É imperativo que os municípios se organizem, identificando centros de referência por níveis de complexidade, além das portas de entrada prioritárias da UE, leitos de retaguarda, unidades de terapia intensiva e outros serviços, compondo uma rede com acesso regulado e estruturado.

O objetivo deste estudo foi analisar a complementariedade da atenção e dos processos de trabalho entre a UPA e a APS em um município de médio porte no estado do Rio de Janeiro, enfocando os processos de trabalho e a integração assistencial.

Para isso, foram caracterizados os atendimentos de demanda espontânea na UPA 24h de Três Rios (RJ), em 2023, e identificados os principais motivos que levaram a população a procurar esse serviço, em um município onde a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem uma cobertura de 100% da população.

Material e métodos

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva e exploratória, empregando métodos qualitativos e quantitativos, tanto primários quanto secundários, realizada em um município de médio porte na região Centro-Sul Fluminense, Três Rios (RJ). A investigação foi orientada pelas políticas públicas de saúde vigentes.

O município de estudo conta com uma população de 82.142 habitantes, dispõe de uma infraestrutura de saúde composta por 29 Unidades Saúde da Família (USF), 6 equipes de APS vinculadas às USF, 26 equipes de saúde bucal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), policlínica, clínicas e ambulatórios especializados contratados e públicos, unidade de vigilância em saúde, Centro Regional de Saúde do Trabalhador (Cerest), serviço de diagnose e terapia, Centros de Atenção Psicossocial (Caps) II e AD III, UPA, Samu, central de

regulação médica de urgência, um hospital geral (Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição – Associação Congregação Santa Catarina), central de regulação de leitos, Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) composto por uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (Emad) e uma unidade de reabilitação, habilitada em Centro Especializado em Reabilitação (CER tipo II), voltada ao atendimento de pessoas com deficiência e pessoas idosas⁷.

A APS é organizada por meio da ESF, que possui cobertura de 100% da população, contemplando unidades de diferentes níveis de atenção. No momento da pesquisa, as equipes estavam completas conforme informações obtidas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁷. O *quadro 1* a seguir sintetiza as etapas da pesquisa, os instrumentos de coleta de dados e a metodologia de análise.

Quadro 1. Etapas da pesquisa, instrumentos de coleta e análise

Etapas	Atividades	Instrumentos de coleta e análise
Primeira etapa	Realização e análise do material obtido nas entrevistas com gestores (qualitativa).	Entrevista semiestruturada, orientada por roteiro, conduzidas pelo autor, realizadas ao secretário de saúde, ao coordenador da APS e da UE do município de Três Rios (RJ) e os coordenadores, médicos e de enfermagem da UPA 24h do município.
Segunda etapa	Realização e análise do material obtido das entrevistas estruturadas aplicadas a usuários.	Entrevistas estruturadas do tipo survey aos usuários da UPA 24h de Três Rios (RJ), conduzidas pelo autor. Registro em tempo real por meio da plataforma digital Google Forms. Análise dos dados no ambiente de programação livre R.
Terceira etapa	Análise quantitativa de dados de produção longitudinais e séries temporais.	Base de dados de produção da UPA 24h de Três Rios (RJ) coletados pelo programa Klinikos, utilizado pelo serviço.

Fonte: elaboração própria.

Na primeira etapa, o roteiro semiestruturado abordou aspectos relacionados com a articulação entre os serviços, a organização e a configuração da APS, entre outros. O tempo de duração de cada entrevista foi, em média,

de 40 minutos, e foram realizadas no próprio local de trabalho dos gestores.

A segunda etapa buscou compreender os motivos pelos quais a população coberta pela ESF busca atendimento na UPA 24h para

situações classificadas como de baixo risco. Abordou aspectos relacionados com as queixas principais dos 283 usuários entrevistados, de acordo com os diagnósticos registrados pela 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) nos anos de 2022 e 2023. Utilizaram-se entrevistas estruturadas do tipo *survey*. Nessa etapa, as entrevistas foram realizadas em dias úteis, ao longo de duas semanas, na sala de espera da UPA, entre 8h e 17h, em períodos curtos (1 hora) nos turnos matutino e vespertino, selecionados aleatoriamente. Para a identificação do município de origem dos usuários entrevistados, foi coletado tal dado nos deferidos prontuários.

A terceira etapa teve como finalidade levantar o número de atendimentos por classificação de risco (2018-2023), a distribuição dos usuários por bairro e cidade (2018-2023), as queixas principais dos 283 entrevistados de acordo com a CID-11 e os diagnósticos registrados pela CID-11 nos anos de 2022 e 2023.

O motivo da consulta (ou queixa principal) dos atendimentos realizados na UPA foi analisado com base na CID-11. Os diagnósticos mais frequentemente registrados foram organizados por grupos de doenças, segundo os capítulos definidos da própria CID-11.

O conjunto das etapas teve como objetivos levantar o perfil da demanda espontânea e analisar os motivos pelos quais a população coberta pela ESF procurar atendimento na UE para situações de baixo risco. Além disso, buscou coletar informações sobre a integração assistencial locorregional sob a perspectiva de gestores, coordenadores e usuários, além de outros condicionantes.

Para não haver possibilidade de identificação dos entrevistados e preservar o anonimato dos participantes, no manejo das informações coletadas, foi atribuído um ordenamento por um número arábico iniciando pelo numeral 1 e assim sucessivamente, precedido de um código (Entrev), ficando da seguinte forma: Entrev1, Entrev2... etc.

A pesquisa seguiu os preceitos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)⁸ e

da Resolução nº 580 de 2012⁹ do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE nº 65691122.9.0000.5147; Parecer nº 136353) em 24 de fevereiro de 2023 e pela comissão gestora e de regulamentação, monitoramento e acompanhamento da LGPD do próprio município. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Os resultados foram organizados em dois eixos: processo de trabalho e integração entre serviços.

Processo de trabalho

O grupo de gestores destacou vários problemas, como dificuldades na organização do trabalho das equipes, conflitos entre o atendimento programado e a demanda livre, e atuação do profissional médico, que pode impor limitações à efetividade da APS, entre outros. Alguns relatos demonstram a necessidade de reestruturar a APS:

A gente precisa realmente reestruturar a Atenção Primária. (Entrev1).

A reestruturação destas duas Redes ela se faz urgente. Nós estamos tentando... ter ela [APS] como ordenadora do cuidado como porta prioritária do sistema de saúde no seu município. (Entrev5).

Um dos principais problemas relatados pelos entrevistados foi a má remuneração dos profissionais da área de saúde no município, especialmente a diferença salarial entre médicos concursados e aqueles que prestam serviço por meio do Programa Mais Médicos, com estes últimos recebendo praticamente o dobro dos concursados. Isso pode explicar a não aderência à carga horária estabelecida de 40 horas semanais por parte dos médicos

concursados. A baixa remuneração, somada à ausência de um plano de cargos, carreiras e salários adequado, dificulta a fixação desses profissionais na rede municipal de saúde, contribuindo para sua alta rotatividade e impactando negativamente nos processos de trabalho e no atendimento à população. Na atualidade, mais de 50% das vagas de médicos das USF são ocupadas por médicos do Programa Mais Médicos. Eis o relato dos entrevistados:

Você tem um monte de má remuneração. Isso é uma reclamação de todos eles, que eles são mal remunerados e eles têm que cumprir uma certa carga horária. (Entrev3).

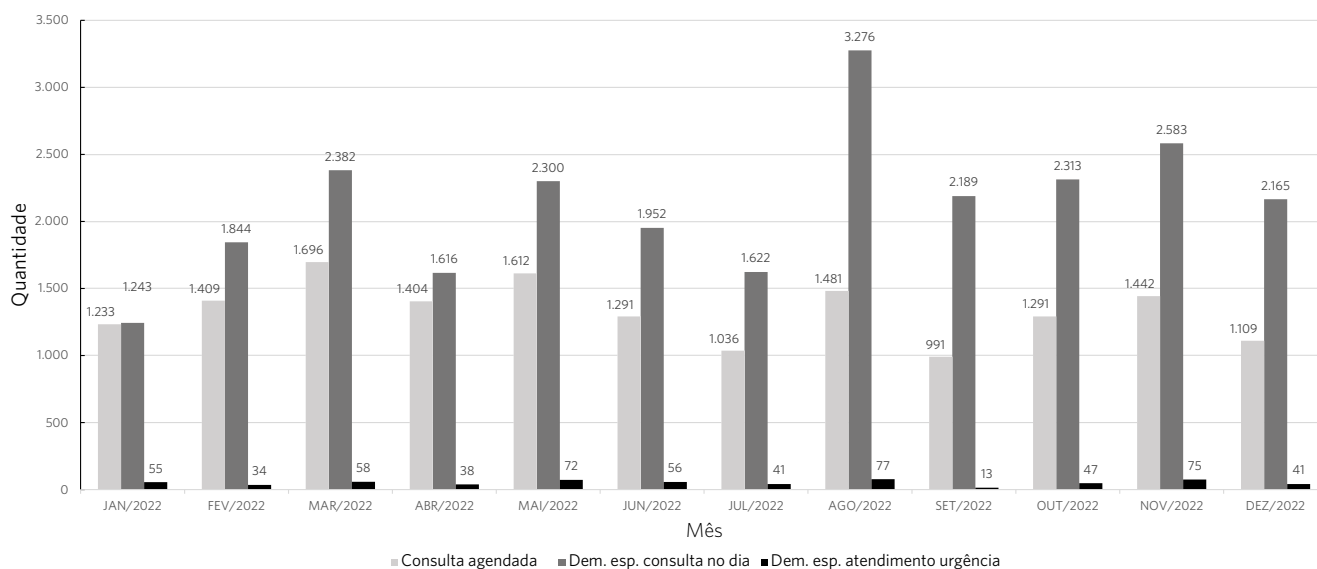
Três Rios tem um dos salários mais baixos da região, e o plano de carreira do município precisa ser revisto

para que nós possamos atrair bons profissionais. (Entrev5).

O Plano de carreira do município precisa ser revisto para que nós possamos atrair bons profissionais e mantê-los na rede de atenção primária, porque essa rotatividade de profissionais médicos e de enfermagem no município é muito ruim para organização e consolidação dessa rede tão importante. (Entrev5).

No ano de 2022, nas USF do município de Três Rios (RJ), foi realizado um total de 42.087 atendimentos, sendo 60,6% por demanda espontânea (25.485), 38% por demanda programada (consulta agendada) (15.995) e 1,4% por atendimentos de urgência (607). O gráfico 1 a seguir evidencia essas demandas:

Gráfico 1. Número de atendimentos nas USF do município de Três Rios (RJ), segundo o tipo de demanda e mês de ocorrência - 2022



Fonte: elaboração própria.

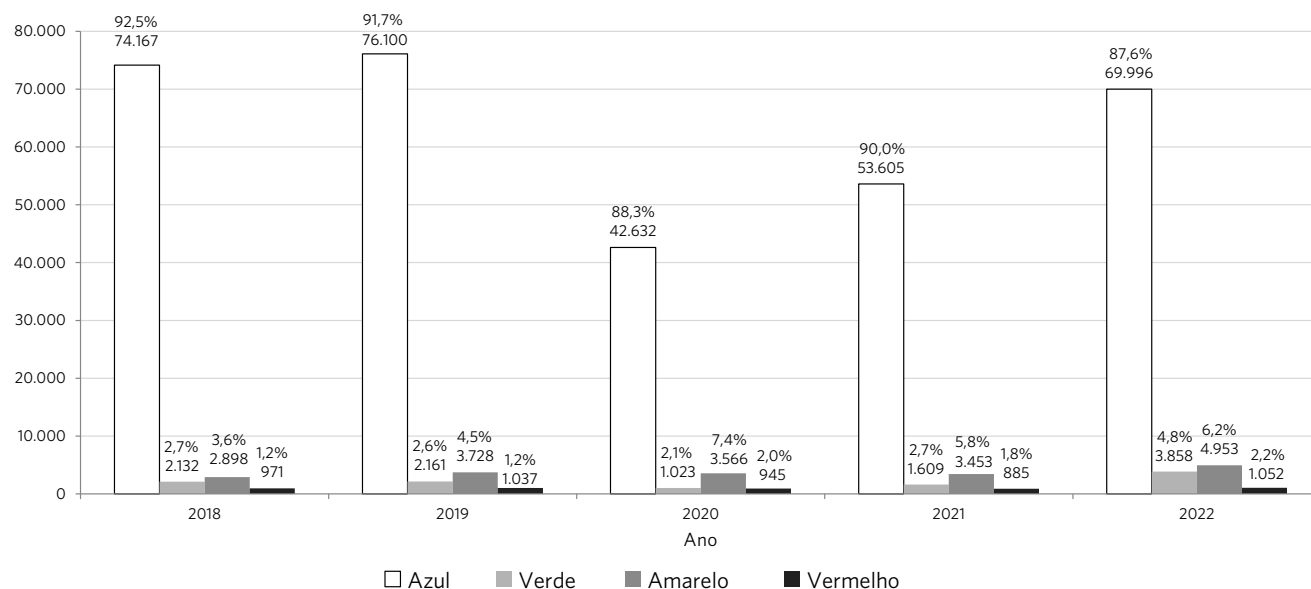
A UPA 24h de Três Rios (RJ), sendo regional, atende não apenas aos munícipes locais, mas também a quatro outros municípios (Paraíba

do Sul, Sapucaia, Comendador Levy Gasparian e Areal), além de usuários de cidades circunvizinhas do estado de Minas Gerais (Chiador

e Santa do Deserto). Funcionando 24 horas como uma unidade de 'porta aberta', a UPA presta assistência a todos os tipos de urgências e emergências, tanto para adultos quanto para pediátricos

Uma análise temporal do número absoluto de atendimentos de usuários na UPA, de acordo com a complexidade em função da classificação de risco, entre os anos de 2015 e 2019, é apresentada no *gráfico 2* a seguir:

Gráfico 2. Total de atendimentos por classificação de risco, entre 2018 e 2022, Três Rios (RJ)



Fonte: elaboração própria.

Em torno de 90% dos usuários atendidos na UPA nos anos de 2018-2022 foram classificados como de risco azul, de consultas de baixa complexidade. Isso evidencia que a maior parte das demandas da UPA é de usuários que poderiam ser atendidos na APS. Alguns entrevistados relataram que muitos usuários da UPA vão até a unidade em busca de atestado:

A maioria das urgências de baixo risco vai em busca do atestado. (Entrev1).

De 100 atendimentos destes de baixo risco [deste azul e verde], 85% saem com um atestado na

mão. Porque o objetivo dele é procurar a UPA e dar um atestado para ele. (Entrev3).

Não há nenhuma ação educativa na UPA no sentido de referenciar/contrarreferenciar pacientes categorizadas como de baixo risco. Os relatos confirmam a superlotação da UPA 24h de Três Rios (RJ) com pacientes de baixo risco:

A visão que tenho é que a maioria das urgências de baixo risco que deveriam ser atendidas na atenção primária não são atendidas. (Entrev2).

Aqui [UPA] a gente tem um alto índice de atendimento de baixo risco, que poderiam ser atendidos na atenção primária. (Entrev2).

Acho que o grande problema da saúde pública a nível nacional, é estes mecanismos de referência e contrarreferência. (Entrev1).

Além do mais, os próprios entrevistados apontam onde estão realmente o problema e a possível solução:

A APS na grande maioria das vezes não atende as urgências de baixo risco, as Unidades só trabalham com demandas agendadas, não trabalham com demandas espontâneas, ou então com um número mínimo de demanda espontânea. (Entrev1).

A visão que tenho é que a maioria das urgências de baixo risco que deveriam ser atendidas na atenção primária não são atendidas. (Entrev2).

A fala de um dos entrevistados a seguir é preocupante para a gestão ao destacar que, caso haja uma diminuição dos atendimentos de baixo risco na UPA 24h de Três Rios (RJ), isso poderá diminuir o seu porte de habilitação e, consequentemente, o seu financiamento. Assim, pode-se explicar a grande demanda por atendimentos de baixo risco:

A UPA é habilitado pelo porte IV e se ela não fizer 10 mil atendimentos mês, ela vai perder a habilitação. Ou seja, a gente mesmo incentiva que as

urgências de baixo risco sejam atendidas lá pois se você não vai alcançar esse parâmetro aí, vai perder a qualificação dela como porte IV. (Entrev5).

As entrevistas aos 283 usuários da UPA tiveram como objetivo compreender, sob a perspectiva dos diferentes participantes deste estudo, os motivos que levaram os usuários a procurarem o atendimento na unidade, considerando que as USF deveriam ser a ‘porta de entrada’ preferencial para o sistema de saúde, ainda mais em se tratando de um município que possui 100% de cobertura da populacional pela ESF.

Foram entrevistados 153 usuários do sexo masculino, correspondendo a 54,6%, enquanto as do sexo feminino foram 130 (45,94%). Ao buscar no prontuário dos 283 usuários avaliados, identificou-se que a grande maioria residia no município de Três Rios (RJ) (88,69%), seguido de Paraíba do Sul (RJ) (4,59%), Comendador Levy Gasparian (RJ) (3,53%), Chiador (MG) (0,71%), entre outros.

Os dez problemas de saúde com maior prevalência, apontados pelos usuários da UPA 24h de Três Rios (RJ), revelam que a maior parte deles poderia ser atendida na USF, a saber: dor no corpo, dor lombar, diarreia, dor de garganta, conjuntivite, entre outros. Para melhor entendimento, foram agrupadas as queixas principais dos usuários entrevistados de acordo com grupos predeterminados pelos autores, que apareceram com maior frequência, conforme *tabela 1* a seguir:

Tabela 1. Motivos de atendimento por grupo de doenças, UPA 24h de Três Rios (RJ) – 2023

Descrição do Grupo	Total	Proporção
Sintomas gripais	54	24%
Doenças do aparelho osteomuscular	51	22,67%
Infecção gastrointestinal	42	18,67%
Cefaleia	28	12,44%
Infecção de vias aéreas ou respiratórias	22	9,78%
Virose	13	5,78%
Alergia	7	3,11%
Infecção das vias urinárias	6	2,67%
Dor pélvica	2	0,89%
Outros	58	25,78%
Total	283	100%

Fonte: elaboração própria.

Dos 283 entrevistados, 250 (88,3%) procuraram direto a UPA. Segundo os entrevistados, o motivo predominante é a limitação da USF em atender apenas usuários previamente agendados, representando 125 casos (50%), enquanto questões de conveniência/comodidade dos usuários também desempenharam um papel significativo, totalizando 62 ocorrências (25%). Além disso, desconhecimento dos usuários do fluxo totalizou 38 (15%), enquanto USF sem médico resultou em 20 (8%).

Dos usuários entrevistados que inicialmente recorreram à USF antes de dirigirem-se à UPA 24h de Três Rios (RJ), observou-se que, entre os 283 entrevistados, somente 33 deles (11,66%) optaram por procurar a USF do seu bairro antes de receberem atendimento na unidade. Dentro desse grupo de 33 usuários que escolheram a USF do seu bairro como

primeira opção antes de recorrerem à UPA, 8 deles (24%) relataram que não havia médico e 6 deles (18%) não conseguiram ser atendidos devido à falta de disponibilidade para agendamento de consulta na USF, entre outros.

Em relação à frequência dos usuários na USF de seu bairro, pouco mais da metade (50,3%) respondeu que não a frequenta. Contudo, não foram investigados os motivos dessa ausência nem as razões que os levaram a procurar a USF antes de recorrerem à UPA.

Dos 283 atendimentos aos usuários da UPA que responderam ao questionário da pesquisa, foram identificados os principais motivos de consulta (queixa principal) considerando a CID-11. Os 20 diagnósticos mais frequentes registrados foram organizados por grupos de doenças, segundo os 8 capítulos da CID-11, conforme *tabela 2*, a seguir:

Tabela 2. Diagnósticos registrados dos atendimentos dos usuários entrevistados da UPA 24h de Três Rios (RJ), 2023

Grupo de Doenças por Capítulo	CID	Nº de registros	Total
XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M79,1	18	68 (24%)
	M545	10	
	M255	10	
	M796	8	
	M539	6	
	M542	5	
	Outros	11	
X – Doenças do aparelho respiratório	J118	15	43 (15,1%)
	J111	11	
	J00	6	
	Outros	11	
I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A09	14	33 (11,6%)
	B349	9	
	Outros	10	
XI – Doenças do aparelho digestivo	K529	12	28 (9,5%)
	K591	4	
	Outros	12	
XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R11	5	27 (9,54%)
	R101	4	
	R70	4	
	R05	4	
	Outros	10	
XX – Causas externas de morbidade e de mortalidade	Y66	19	21 (7,4%)
	outros	2	
IX – Doenças do aparelho circulatório	I10	9	12 (4,2%)
	Outros	3	
V – Transtornos mentais e comportamentais		9	9 (3,1%)
	F411		
Outros registros CID10	-	-	42
Total de atendimentos	-	-	283

Fonte: elaboração própria a partir de dados obtidos do Programa Klinikos da UPA 24h de Três Rios (RJ).

Os 20 diagnósticos mais frequentemente registrados, do total de 91 identificados, corresponderam a 93,2% (n = 264) dos atendimentos. As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (24%), doenças do aparelho respiratório (15%), doenças do aparelho digestivo (15%), doenças infecciosas e parasitárias (11%), os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (9%), as doenças do aparelho circulatório (4%) e os transtornos mentais e comportamentais (3%) foram os mais frequentes. Tais condições compatíveis com o escopo de atendimentos da APS.

Integração entre os serviços

Nesse contexto, são apresentadas as informações que auxiliam na compreensão das estratégias e dos mecanismos adotados no município para integração/articulação entre a UPA e a APS. De forma geral, ficou clara a dificuldade de integração entre a UPA e a APS no município. Ademais, a limitada integração da APS com os demais níveis de cuidado dificulta a conquista da tão desejada coordenação do cuidado, comprometendo o reconhecimento da ESF como a principal ‘porta de entrada’ dos usuários no SUS. Eis os relatos dos entrevistados:

Não há esse tipo de integração o que eu vejo hoje que a gente não consegue ter um melhor relacionamento interpessoal das equipes. (Entrev1).

Não há integração nenhuma. (Entrev3).

Precisamos ter as Unidades Integradas. (Entrev5).

Sabe-se da dificuldade de estabelecer a coordenação do cuidado em um sistema municipal de saúde. Nessa lógica, os relatos das entrevistas apontam a necessidade de um aprimoramento dos fluxos e protocolos:

Acho muito frágil esta relação ainda. Porque muitas das vezes o paciente não sabe explicar, o que o médico de onde ele passou disse para ele, ou falou o que ele tem. (Entrev1).

Esse fluxo ele é importante ele precisa acontecer. (Entrev5).

Conforme indicado pelos entrevistados, ainda é necessário trabalhar as questões dos fluxos e protocolos e fazer com que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) funcionem no município: *“É preciso trabalhar a classificação destes profissionais, adoção de protocolos. Nosso desafio é as redes funcionarem”* (Entrev5).

A falta da intercomunicabilidade dos sistemas de informação foi um grande problema relatado pelos entrevistados:

Você não tem prontuário eletrônico, então você acaba gastando mais com esse paciente. (Entrev1).

Precisamos ter prontuário eletrônico, nós precisamos ter a informatização das Unidades. (Entrev5).

Praticamente todos os entrevistados na primeira etapa relataram que não há referência e contrarreferência no município, principalmente pela sua escassez e pela forma como elas são feitas. Alguns até ironizam:

Raras vezes nós temos um encaminhamento. A maioria das vezes eles vão por conta própria. De

boca ou num papelzinho, mas a maioria é feita de boca. Nunca recebemos esta referência da UPA. (Entrev3).

Discussão

Os resultados apontaram alguns problemas que comprometem a efetividade da APS. Entre os principais desafios, estão as dificuldades na organização do trabalho das equipes, os conflitos entre o atendimento às demandas programada e espontâneas e as limitações impostas pela atuação de alguns profissionais médicos. Tais problemas comprometem a capacidade resolutiva da APS em atuar como a base do sistema de saúde, essencial para a promoção da saúde e a prevenção de doenças¹⁰.

O modelo biologicista e hospitalocêntrico, predominante antes do SUS, priorizava hospitais e intervenções especializadas, negligenciando a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Isso reforçou a ideia de que a qualidade está associada a tecnologias e procedimentos, relegando a APS a um papel secundário. Essa lógica criou a percepção equivocada de que UPA e hospitais oferecem cuidado superior às USF, sobrecarregando os serviços de urgência com demandas que poderiam ser resolvidas na APS⁴.

Os entrevistados expressaram a percepção de que a atual estrutura da APS não atende adequadamente às necessidades da população, o que a impede de ser, de fato, a principal ‘porta de entrada’ do sistema de saúde municipal. A APS é uma inovação no cuidado em saúde, destacando-se por promover ações integradas, resolutivas e centradas nas necessidades reais da população. Diferentemente de serviços de urgência e hospitais, que perpetuam práticas tradicionais baseadas em medicamentos, atestados e especialistas, a APS prioriza a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o vínculo com a comunidade.

Problemas como dificuldades na organização do trabalho, fiel cumprimento da carga horária estabelecida, conflitos entre

atendimento programado e por livre demanda, atuação do profissional médico, entre outros, foram amplamente destacados como limitadores da resolutividade da APS.

Os resultados ressaltam a necessidade de readequar a APS para que ela possa cumprir seu papel de coordenadora do cuidado e de primeira linha de defesa contra doenças. Isso implica uma revisão dos modelos de gestão e organização. A ESF, modelo de reorientação da APS adotado pelo município, busca equilibrar a atenção às demandas espontâneas e programada¹¹. Nesse contexto, garantir o acesso, organizar o processo de trabalho e administrar a pressão assistencial fazem parte da rotina dos profissionais da APS.

Estabelecer um equilíbrio entre esses tipos de atendimentos é fundamental, pois a priorização excessiva das demandas espontâneas pode desvirtuar a lógica da APS, aproximando-a do modelo de pronto atendimento. Por outro lado, focar exclusivamente as demandas programadas pode reduzir a capacidade de atender às demandas espontâneas, essenciais para garantir o acesso e o vínculo com os usuários aos serviços.

Entre os 283 usuários entrevistados, 88,3% (250) optaram por buscar atendimento diretamente na UPA 24h de Três Rios (RJ) em detrimento das USF. Esse comportamento pode ser atribuído, principalmente, à limitação das USF em atender pacientes sem agendamento, o que representou 50% (125) dos casos. A percepção de maior acessibilidade e rapidez no atendimento da UPA reforça essa preferência.

A análise dos problemas de saúde relatados na UPA revelou que grande parte dos atendimentos poderia ser resolvida na APS. Isso evidencia a importância de uma abordagem integrada e coordenada para a organização dos serviços de saúde, garantindo acesso oportuno e adequado aos diferentes níveis de atenção e otimizando os recursos disponíveis para atender às necessidades da comunidade¹²⁻¹⁴.

O modelo de acesso avançado, ou acesso aberto, é uma estratégia que visa reduzir o tempo de espera e garantir atendimento em

tempo oportuno, com o lema 'faça hoje o trabalho de hoje'. Essa abordagem promove a continuidade do cuidado e pode tornar a APS mais resolutiva, evitando gastos desnecessários e redirecionando demandas inadequadas para os serviços de UE¹⁵.

Fortalecer a APS no município é fundamental para enfrentar esses desafios e melhorar o sistema de saúde. Isso requer não apenas investimentos em recursos e infraestrutura, mas também mudanças na organização e entrega dos serviços, com a APS assumindo um papel central na coordenação do cuidado e no acesso da população aos serviços de saúde¹²⁻¹⁴.

A APS requer não apenas investimentos em recursos e infraestrutura, mas, sobretudo, mudanças na forma como os serviços de saúde são organizados e entregues, com a APS assumindo um papel central na coordenação do cuidado e no acesso da população aos serviços de saúde¹⁶.

A insatisfação com a remuneração dos profissionais de saúde, apontada pelos entrevistados, é um fator crítico que afeta a qualidade e a sustentabilidade dos serviços. Dessa forma, a baixa remuneração dificulta a atração e a retenção de talentos na APS, contribuindo para uma alta rotatividade de profissionais médicos e de enfermagem¹⁷.

Embora o Programa Mais Médicos possa ser um fator positivo ao integrar médicos à APS, sua eficácia depende de investimentos estruturais e planejamento para fixação de profissionais após o término do vínculo. Caso contrário, pode gerar dependência e comprometer a continuidade do cuidado.

Estudos mostram que os vínculos de trabalhos temporários na APS já são realidade no País, seja via cargos comissionados, geralmente por indicação direta da gestão municipal, seja via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) com reduzida estabilidade em detrimento do servidor estável com vínculo protegido¹⁸⁻²⁰.

Com cerca de 90% dos atendimentos da UPA classificados como de baixa complexidade, torna-se evidente a necessidade de fortalecer os serviços da APS para reorientar o

fluxo de pacientes e garantir um atendimento mais eficiente. Além disso, 15% dos entrevistados desconheciam os serviços oferecidos pelas USF, o que reforça a urgência de uma comunicação mais efetiva e de estratégias de divulgação que aproximem essas unidades de sua população adscrita, promovendo maior integração e comunicação entre os serviços de saúde e a comunidade.

Esse cenário revela um desvio em relação à função original atribuída à UPA, que deveria concentrar-se no atendimento de urgências de maior complexidade. Contudo, conforme apontado por um dos entrevistados, há uma preocupação adicional para a gestão: caso a UPA não alcance o mínimo de 10 mil atendimentos mensais, poderá perder sua habilitação e, conseqüentemente, o financiamento correspondente ao porte IV, conforme disposto na Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017²¹, do Ministério da Saúde.

Observa-se que, se for mantida essa média de atendimento médicos/mês, a UPA 24h de Três Rios (RJ) cairá para a opção VI, o que diminuiria o valor do repasse mensal para R\$ 183.500, valor menor do que os R\$ 250 mil recebidos atualmente.

Essa situação gera um paradoxo na gestão: enquanto a alta concentração de atendimentos de baixa complexidade na UPA prejudica o fortalecimento da APS, ela também é necessária para garantir o porte e o financiamento da unidade. Esse dilema evidencia a necessidade urgente de políticas de educação em saúde voltadas ao usuário, reforçando que a UPA é destinada a casos mais graves, e de estratégias para readequar o fluxo assistencial, valorizando a APS como porta de entrada preferencial para a rede de saúde.

A APS desempenha um papel essencial na promoção da saúde, prevenção de doenças e redução da pressão sobre os serviços de emergência. Assim, investimentos consistentes na APS podem gerar benefícios significativos em longo prazo, como a redução de hospitalizações evitáveis e a melhoria da qualidade de vida da população²².

O histórico da classificação de risco na UPA 24h de Três Rios (RJ), ao longo dos anos de 2018 a 2022, coloca em evidência uma discussão sobre a gestão da demanda e a eficiência dos serviços de saúde na região. Com cerca de 90% dos atendimentos atribuídos a usuários de baixa complexidade, surge a questão sobre a adequação do uso da UPA para esses casos, levantando a possibilidade de uma sobrecarga desnecessária nessa unidade.

A unanimidade entre os entrevistados sobre a necessidade de direcionar os usuários classificados como risco azul para a APS evidencia o consenso quanto à importância de reorientar o fluxo de pacientes e fortalecer os serviços de atenção básica na região¹²⁻¹⁴.

Isso implica uma revisão das estratégias de referência e contrarreferência dos usuários da UPA, bem como investimentos na capacidade e na qualidade dos serviços oferecidos na APS para garantir um atendimento eficiente e adequado às necessidades de saúde da população²³.

Esse resultado não apenas destaca a importância de uma abordagem mais integrada e coordenada na prestação de serviços de saúde, mas também ressalta a necessidade de promover uma maior conscientização da comunidade sobre a utilização correta dos recursos disponíveis, visando à otimização dos serviços de saúde e à melhoria do acesso e da qualidade do atendimento para todos os cidadãos.

Os resultados também destacam a relevância de uma abordagem integrada e coordenada na prestação de serviços de saúde, além da necessidade de conscientizar a comunidade sobre o uso correto dos recursos disponíveis. Essas ações visam otimizar os serviços de saúde e melhorar o acesso e a qualidade do atendimento para todos.

Um fator relevante é a conveniência ou a comodidade pelos usuários em acessar a UPA (25% – 62 – dos usuários destacaram tal motivo). Isso pode refletir a localização mais centralizada ou os horários mais flexíveis da UPA em comparação com as USF. Além disso,

15% (38) dos entrevistados desconheciam os serviços oferecidos pelas USF, o que indica uma necessidade de melhor comunicação e divulgação por parte dessas unidades para informar e atrair sua população adscrita.

Um fator relevante identificado é a conveniência percebida pelos usuários ao acessar a UPA, apontada por 25% dos entrevistados. Essa preferência pode estar relacionada com a localização central ou os horários mais flexíveis da UPA em comparação com as USF.

A falta de médicos nas USF foi apontada por 8% (20) dos entrevistados como um motivo para não utilizarem esses serviços. A atuação dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, também deve ser repensada para garantir que suas práticas estejam alinhadas com os objetivos da APS e que não limitem seu funcionamento.

Outro ponto crítico levantado foi a falta de médicos nas USF, mencionada por 8% dos entrevistados. Essa carência, aliada à atuação limitada de alguns profissionais de saúde, impacta diretamente o funcionamento da APS e contribui para a sobrecarga da UPA.

A frequência de utilização das USF também reflete essa desconexão: 50,3% dos entrevistados afirmaram não frequentar essas unidades. Tal dado reforça a urgência de estratégias que fortaleçam o vínculo entre a população e a APS.

A análise dos diagnósticos registrados na UPA 24h revela padrões importantes que podem orientar políticas de saúde e alocação de recursos. Compreender essas demandas permite ajustar recursos e estratégias para oferecer um atendimento mais eficaz, melhorando a qualidade geral dos serviços prestados.

A coordenação do cuidado, elemento essencial para garantir um atendimento contínuo e integrado, enfrenta desafios significativos no sistema municipal de saúde. A superação dessas barreiras exige capacitação profissional, comunicação eficaz e engajamento da comunidade. Apenas por meio dessas ações coordenadas será possível garantir que a RAS funcione de maneira eficiente e que os pacientes recebam o cuidado de qualidade que merecem.

A ausência de integração nos sistemas de informação foi apontada como uma fragilidade crítica. A informatização das unidades de saúde e a implementação de prontuários eletrônicos são medidas urgentes para melhorar a comunicação e a coordenação do cuidado, facilitando o compartilhamento de informações entre diferentes níveis de atendimento e promovendo a continuidade do cuidado.

Conclusões

A organização das RAS é uma tarefa complexa, que exige muito mais do que apenas a definição de responsabilidades e a criação de fluxos entre os serviços. É imprescindível avaliar e abordar os fatores que afetam a resolutividade e a legitimidade da APS à sua população adscrita, atendida pelas equipes de saúde da família. Apesar de sua proposta transformadora, a APS enfrenta desafios culturais e estruturais para consolidar-se como a 'porta de entrada' do SUS. Ao romper com paradigmas tradicionais, a APS redefine o cuidado em saúde, aproximando os serviços da população e propondo um sistema mais equitativo e eficaz, capaz de transformar o acesso e a qualidade do atendimento.

A APS desempenha um papel crucial no acolhimento de usuários que buscam atendimento espontâneo, na resolução de situações de urgência de baixo risco, na inserção desses usuários em linhas de cuidado e no manejo e encaminhamento de casos mais complexos para referências municipais.

Além disso, as USF são fundamentais para a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento de diversas condições, bem como para a promoção da saúde e o acompanhamento de rotinas. Quando devidamente integrada à RUE, a APS contribui para uma melhor gestão do fluxo de usuários, prevenindo sobrecarga nos serviços de emergência e assegurando atendimentos adequados e oportunos de acordo com a gravidade dos casos.

No entanto, os dados revelam que a integração entre a APS e UPA apresenta aparentemente uma fragilidade, caracterizando-se como fragmentada e desarticulada em relação a outros serviços da RAS. Essa falta de coesão compromete a continuidade e a integralidade do cuidado. A APS, embora represente uma proposta inovadora voltada à saúde integral e à coordenação do cuidado, enfrenta desafios estruturais e culturais para se consolidar como a base do SUS. Nesse sentido, investir em mudanças organizacionais e culturais é essencial para fortalecer a APS, ampliar sua resolatividade e promover um sistema de saúde mais equitativo e integrado, centrado nas necessidades reais dos usuários.

As entrevistas realizadas na pesquisa evidenciaram que, mesmo com a cobertura de 100% da população pela ESF, muitos usuários buscam atendimento na UPA 24h de Três Rios (RJ) devido à insuficiência percebida na qualidade do atendimento oferecido pelas USF.

Conclui-se que este estudo é uma contribuição para a organização da gestão municipal,

para a implementação de medidas para melhorar o sistema de saúde locorregional, ao fornecer informações detalhadas sobre o acesso de usuários de baixo risco à UPA, bem como para a reorganização da APS. Por fim, ao analisar as políticas de urgência e atenção básica no município, recomenda-se uma mudança em seu modelo organizacional.

Colaboradores

Bandeira RC (0009-0004-1285-9872)* contribuiu para concepção, realização das entrevistas e pesquisas, e redação do manuscrito. Bastos RR (0000-0001-9597-5967)* e O'Dwyer G (0000-0003-0222-1205)* contribuíram igualmente para desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, escrita, revisão e aprovação final do manuscrito. Campos EMS (0000-0002-3569-9785)* contribuiu para desenvolvimento, resultados e discussão do manuscrito. ■

Referências

1. Konder MT, O'Dwyer G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Saúde Educ.* 2016;20(59):879-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0519>
2. Godoi VCG, Ganassim GS, Inoue KC, et al. Acolhimento com classificação de risco: caracterização da demanda em unidade de pronto atendimento. *Cogitare Enferm.* 2016;21(3):1-8. DOI: <https://revistas.ufrpr.br/cogitare/article/view/44664>
3. Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [acesso em 2024 maio 11]. Disponível em: http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS_Verde_web_final.pdf
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002 [acesso em 2024 dez 2]. 726 p. Disponível em: <http://www.dominipublico.gov.br/download/texto/ue000039.pdf>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Oliveira NRC. Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, UNA-SUS/UFMA; 2016.
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Capítulo 4, As mudanças na atenção à saúde e a gestão da clínica. p. 293-347.
7. Prefeitura Municipal de Três Rios (RJ), Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. Três Rios: Prefeitura Municipal; 2022.
8. Presidência da República (BR). Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2018 ago 15 [acesso em 2024 nov 28]; Edição 151; Seção I:59. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm
9. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 580, de 22 março de 2018. Estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2018 jul 16 [acesso em 2024 nov 24]; Edição 135; Seção I:55. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>
10. Bernardes EH, Pereira MJB, Souza NR. Atenção primária à saúde diferente de prevenção e promoção. Ci Praxis [Internet]. 2008 [acesso em 2024 fev 24];1(1):47-52. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2065>
11. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família [Internet]. Brasília, DF: OPAS; 2012 [acesso em 2024 fev 24]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
12. Bandeira RC, Médici LM. A Unidade de pronto atendimento (Upa) como estratégia de regulação do acesso às urgências e emergências. TCE-RJ [Internet]. 2011 [acesso em 2024 jul 9]. Disponível em: <https://portal-br.tcerj.tc.br/web/ecg/melhores-praticas-2011>
13. Souza ROA. Análise da gestão e organização da atenção básica em saúde do município de Três Rios/RJ. Revista TCE-RJ. 2011;6(1):4-10. DOI: <https://doi.org/10.70690/05k2hk88>
14. Souza ROA. A atenção básica em saúde no município de Três Rios: uma análise da gestão e organização do sistema de saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2015. 123 p.
15. Cirino FMSB, Schneider Filho DA, Nichiata LYI, et al. O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2111. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2111](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2111)
16. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(4):1281-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>
17. Constantino LR, O'Dwyer G, Barbosa dos Santos VL, et al. Urgências de baixo risco: análise da integração entre atenção primária e Unidade de Pronto Atendimento. Saúde debate [Internet]. 2021 [acesso em 2024 jul 9];45(131):970-86. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/4500/485>
18. Martins ALX, David HMSL. Crise e enfermagem na atenção primária: notas da prática social pelo materialismo histórico dialético. Rev Enferm UERJ. 2019;27(13):223-85. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.42472>
19. Eberhardt L, Carvalho M, Murofuse N. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. Saúde debate. 2015;39(104):18-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040432>
20. Antunes R. O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo; 2018.

21. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 jan 4; Edição 3; Seção I:34-37.
22. Vieira E, Gazzinelli A. Grau de integração da atenção primária à saúde de município de pequeno porte na rede de atenção à saúde. Saúde Soc. 2017;26(2):448-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170100>
23. Santos AM. Práticas assistenciais das equipes de saúde da família em quatro grandes centros urbanos. Ciênc saúde coletiva. 2012;17(10):2687-702. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000018>

Recebido em 23/07/2024

Aprovado em 26/03/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Eli lola Gurgel Andrade

Queimadas no cultivo da cana-de-açúcar e doenças respiratórias associadas em um município de Pernambuco

Fires in sugarcane cultivation and associated respiratory diseases in a municipality in Pernambuco

Felipe Euclides Lauriano Araujo¹, Adriana Guerra Campos¹, Renata Cordeiro Domingues¹, Romário Correia dos Santos¹, Virgínia Carmem Rocha Bezerra¹, Aline do Monte Gurgel¹

DOI: 10.1590/2358-289820251459904P

RESUMO A cana-de-açúcar ocupa posição central no agronegócio brasileiro. Sua queima prévia à colheita manual é prática secularmente conservada em Pernambuco, intensificando os problemas de saúde da população. Neste estudo ecológico de série temporal, analisou-se a relação entre a queima regular da cana-de-açúcar e as hospitalizações por agravos respiratórios no município de Escada-PE. Compararam-se as taxas de hospitalizações em menores de 5 e maiores de 60 anos de idade, bem como as correlações com as ocorrências de focos de calor, a concentração de material particulado de 2,5 micrômetros e a umidade relativa do ar nos municípios estudados. Também se analisou a evolução anual do número de beneficiários de planos privados de saúde em Escada. Os dados foram sistematizados em uma série histórica de 2010 a 2019. As taxas de hospitalizações no município-caso foram menores, com diferença estatística significativa ($p < 0,005$) quando comparada ao grupo controle. Não foi observada correlação estatística entre as hospitalizações e a distribuição mensal dos focos de calor. Verificou-se correlação significativa da umidade relativa do ar com os despejos respiratórios na população idosa nos municípios. As baixas taxas de hospitalizações no município-caso sugerem subnotificação das ocorrências, podendo estar relacionadas à expansão da cobertura dos planos privados.

PALAVRAS-CHAVE Produção agrícola. Saccharum. Poluentes atmosféricos. Doenças respiratórias.

ABSTRACT Sugarcane holds a central position in Brazilian agribusiness. Its pre-harvest burning has been a long-standing practice in Pernambuco, exacerbating public health issues. This ecological time-series study analyzed the relationship between regular sugarcane burning and hospitalizations for respiratory diseases in Escada, Pernambuco, Brazil. Hospitalization rates among children under five and adults over sixty were compared, along with correlations involving fire hotspots, particulate matter concentration (2.5 μ m), and relative air humidity in the studied municipalities. The annual evolution of private health plan beneficiaries in Escada was also examined. Data were systematized in a historical series from 2010 to 2019. Hospitalization rates in the case municipality were lower, with a statistically significant difference ($p < 0.005$) compared to the control group. No significant correlation was observed between hospitalizations and the monthly distribution of fire hotspots. However, a significant correlation was found between relative humidity and respiratory outcomes among older adults in the municipalities. The low hospitalization rates in the case municipality suggest potentially underreported cases, possibly linked to expanding private health plan coverage.

KEYWORDS Crop production. Saccharum. Air pollutants. Respiratory tract diseases.

¹Fundação Oswaldo Cruz em Pernambuco (Fiocruz Pernambuco), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil.
flaraujo@mppe.mp.br



Introdução

A região da Zona da Mata pernambucana caracteriza-se pela economia historicamente baseada no monocultivo da cana-de-açúcar¹. Esse modelo impulsiona a expansão da área plantada e da produção para atender aos anseios do mercado agroexportador, que incorpora novas tecnologias duras para aumento da produtividade, mas conserva e intensifica antigos conflitos, além de criar outros que emergem como reflexos da exploração do ambiente e da mão de obra dos trabalhadores. Por séculos, escravizou pessoas negras e, posteriormente ao processo de abolição do regime escravocrata, deu continuidade à exploração de pessoas negras com baixa escolaridade e renda². Nos canaviais, essa exploração manifesta-se por meio do trabalho degradante, das longas jornadas, dos baixos salários, do pagamento por produção e outras características que remetem, inclusive, ao trabalho análogo à escravidão¹. Não à toa, a Zona da Mata sempre foi uma das regiões mais densamente povoadas e com maior desigualdade social do estado de Pernambuco^{2,3}.

Parte do ciclo arcaico do cultivo consiste na queima regular da palha da cana-de-açúcar, com a justificativa de facilitar sua colheita. Essa prática ainda é corriqueira no interior do Brasil, a qual é justificada pelo argumento dos produtores de que a colheita mecanizada é dificultada em razão das características acidentadas da topografia da região. Em Pernambuco, o relevo acidentado e o baixo custo da mão de obra fazem com que a indústria sucroalcooleira conserve o método da queimada regular e da colheita manual em detrimento da colheita mecanizada^{4,5}.

A poluição atmosférica gerada pela queima de biomassa, inclusive a da palha da cana, está associada a um aumento na prevalência de doenças respiratórias na população. São comuns os casos de pneumonia, asma, bronquite e bronquiolite aguda^{6,7}, além de outros sintomas, como tosse seca, cansaço, irritação no nariz e garganta⁸, especialmente em crianças e pessoas idosas, que são mais suscetíveis

a esses tipos de agravos^{9,10}. Do mesmo modo, outras características, como a umidade do ar, podem atuar em conjunto com a poluição e acabar agravando os quadros respiratórios¹⁰.

Esses problemas podem ser agravados na região da Mata Meridional Pernambucana (PEMM) em razão da proximidade das lavouras de cana-de-açúcar com as áreas urbanas, expondo um maior contingente de pessoas em razão de uma maior densidade demográfica^{1,3,11}. O município de Escada está localizado na PEMM e dista 60 quilômetros da capital do estado. Antes mesmo de ser alçado à categoria de município, em 1854, teve destaque na economia da região, especialmente no final do período do ciclo do açúcar, em meados do século XVIII, quando a localidade era famosa pela opulência dos seus engenhos de cana-de-açúcar^{2,12}. Atualmente, o município depende das atividades industriais e da agropecuária, estando entre as 25 maiores economias e entre os 30 maiores Produtos Internos Brutos *per capita* do estado de Pernambuco¹².

Os indicadores de saúde devem refletir a situação sanitária de uma população e subsidiar ações de vigilância em saúde, pois compõem medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões da situação de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde^{13,14}. Logo, o estudo da influência da atividade sucroalcooleira sobre esses indicadores de saúde se constitui em relevante característica a ser considerada na elaboração das políticas públicas de saúde da região, visando à adequação das necessidades sociais de desenvolvimento econômico e de proteção à saúde¹⁴.

Diante da necessidade de propor uma análise dos danos à saúde causados pela atividade agroindustrial canavieira, para que sejam adotadas posturas capazes de reforçar o sistema público de saúde no território, este estudo objetiva analisar a relação entre a queima regular da biomassa da cana-de-açúcar e as hospitalizações por agravos respiratórios da população no município de Escada-PE.

Material e métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo ecológico e comparativo de série temporal do ano de 2010 a 2019, com dados secundários relativos às internações hospitalares da população nas faixas etárias de crianças menores de 5 anos e pessoas idosas maiores de 60 anos de idade, por causas selecionadas do capítulo X da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID10)¹⁵: pneumonia, asma, bronquite e bronquiolite aguda. Foram comparadas as taxas de internação hospitalar em municípios-caso e controles, em uma proporção de um para quatro, respectivamente.

O recorte por faixas etárias foi selecionado em razão da maior vulnerabilidade de crianças e pessoas idosas a doenças respiratórias decorrentes de poluição atmosférica^{16,17}.

O local de estudo selecionado para o desenvolvimento da pesquisa foi o município de Escada-PE, visto que, no período de 2016 a 2019, este se destacou como um dos cinco territórios de maior área plantada de cana-de-açúcar no estado de Pernambuco, chegando a liderar o *ranking* nos anos de 2016 e 2017¹². Os quatro municípios-controles foram selecionados de acordo com critérios a seguir.

Inicialmente, foram selecionados todos os municípios localizados no estado de Pernambuco que, no ano de 2010, apresentaram Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) similar ao do município-caso, aceitando-se uma variação de até 0,1 ponto para mais ou para menos. Com isso, buscou-se incluir municípios em condições de vulnerabilidade social, econômica e ambiental semelhantes. Em seguida, foram excluídos todos os municípios que se enquadraram em, ao menos, um dos critérios de exclusão adotados na pesquisa, resultando na seleção de quatro municípios como grupo-controle.

Os critérios de exclusão adotados para os municípios-controles foram: a) registrar ao menos um hectare de área plantada de cana-de-açúcar entre 2010 e 2019; b) ser centro urbano desenvolvido ou pertencer à Região

Metropolitana da capital, Recife; c) ter polo industrial desenvolvido; d) fazer fronteira com algum importante produtor de cana-de-açúcar; e) ser município polo agrícola, gesso, cimenteiro ou de confecção.

A partir desses critérios, foram selecionados os municípios de Cumaru, Itaíba, Paratama e Santa Terezinha.

Para a análise estatística da distribuição temporal das taxas de internações hospitalares referentes às doenças respiratórias ao longo das séries históricas para ambas as faixas etárias dos grupos-casos e controles, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, recomendado para comparar amostras independentes, utilizando a mediana como medida que melhor representa o centro da distribuição ao longo da série histórica e auxiliando na observação dos valores e suas condições de igualdades ou diferenças estatísticas¹⁸.

Para analisar a relação existente entre o número de hospitalizações por doenças respiratórias e a ocorrência de queimadas da palha de cana-de-açúcar, foram cruzados os dados mensais coletados a partir do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/DataSUS)¹⁹ e os dados dos focos de calor, obtidos no Banco de Dados de Queimadas (BDQueimadas)²⁰ do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe), bem como com os dados de poluição atmosférica, indicados pela concentração de material particulado de 2,5 micrômetros (PM_{2,5}), e da umidade relativa do ar, que foram obtidos do Sistema Integrado de Serviços Ambientais (Sisam), também disponibilizados pelo Inpe.

Além disso, a evolução anual dos números de beneficiários de planos privados de saúde do município de Escada-PE, disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), foi correlacionada ao quantitativo de internações por doenças respiratórias registradas no SIH/DataSUS no período do estudo. Buscou-se verificar possível associação entre a cobertura da rede privada de saúde no município-caso e a demanda por internações hospitalares na rede SUS local, uma vez que

os dados analisados neste artigo se referem somente aos casos hospitalizados no sistema público de saúde.

O comportamento das variáveis foi descrito a partir de gráficos de série histórica temporal, e a análise da associação ocorreu pela correlação de Pearson²¹.

Considerando que o estudo utilizou apenas dados obtidos por fontes secundárias de acesso aberto, não havendo acesso a informações pessoais ou que possam expor a dignidade das pessoas participantes do estudo, esta pesquisa não preencheu os requisitos de obrigatoriedade de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme definido pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep)²².

Resultados

Internações hospitalares por agravos respiratórios

Em Escada-PE, as taxas de hospitalizações por doenças respiratórias nos grupos etários com menores de 5 anos e maiores de 60 anos de idade foram inferiores às observadas nos municípios-controles ao longo da série histórica. A análise comparativa, por meio do teste U de Mann-Whitney, revelou que houve diferença estatística significativa ($p < 0,005$) para ambas as faixas etárias, conforme expresso na *tabela 1*.

Tabela 1. Análise estatística não paramétrica das taxas mensais de internação hospitalar por pneumonia, asma, bronquite e bronquiolite aguda, nas faixas etárias de menores de 5 anos e maiores de 60 anos, nos municípios-caso e controles, no período de 2010 a 2019

Grupos	N	Média dos pontos	Soma dos pontos	Teste U de Mann-Whitney	Z	valor de p	Percentis		
							10	50	90
Caso (< 5 anos)	120	69,31	8318,0	1058,0	11,420	8.39 ⁻³⁸	0,195	0,973	2,999
Controles (< 5 anos)	120	171,68	20602,0				0,445	1,009	3,674
Caso (> 60 anos)	120	11,12	13454,0	44,0	13,306	9.93 ⁻⁶⁶	2,543	3,813	5,370
Controles (> 60 anos)	120	179,38	21526,0				5,173	6,956	9,328

Fonte: elaboração própria.

Para crianças menores de 5 anos de idade, a razão da mediana (percentil 50) da taxa de hospitalizações por agravos respiratórios é maior no grupo de municípios-controles e registra 103,70%, enquanto para as pessoas idosas acima de 60 anos de idade, a razão de medianas é de 314,33%, sugerindo uma maior vulnerabilidade das pessoas idosas para pneumonia, asma, bronquite e bronquiolite aguda.

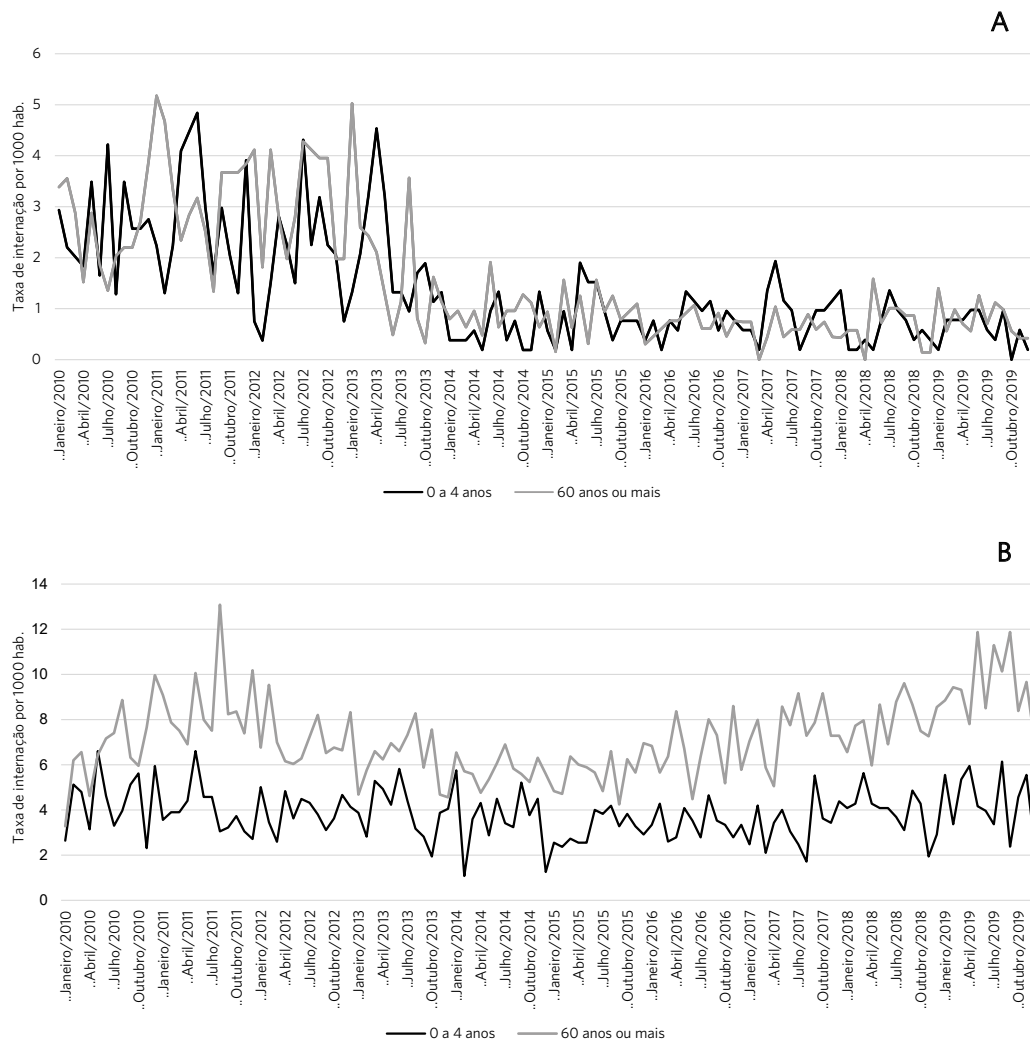
A comparação das séries históricas evidenciou que a distribuição das taxas de hospitalizações por agravos respiratórios em menores de 5 anos de idade foi mais elevada no grupo-controle em todos os percentis ao longo da década analisada. Quanto à população maior de 60 anos, foi observada uma mediana mais elevada no município-caso no início da década (percentil 10), seguida de expressiva redução

nos anos seguintes que apontaram maiores medianas para o grupo-controle (percentis 50 e 90).

O comportamento das taxas de internações hospitalares por agravos respiratórios para ambas as faixas etárias, ao longo da série histórica analisada, indica um padrão sazonal semelhante em municípios-caso e controles (*gráfico 1*). As hospitalizações por esses

agravos apresentaram-se, geralmente, mais baixas nos meses de janeiro, com incremento no segundo trimestre de cada ano, havendo registros mais elevados nos meses de abril a julho. Esse padrão de sazonalidade se repete entre as séries históricas, havendo mais casos de hospitalização na faixa etária dos maiores de 60 anos em todos os meses do ano, no grupo de municípios-controle.

Gráfico 1. Distribuição mensal das taxas de internação hospitalar por pneumonia, asma, bronquite e bronquite aguda nos municípios-caso (A) e controles (B), estratificada em menores de 5 anos e maiores de 60 anos de idade, no período de 2010 a 2019

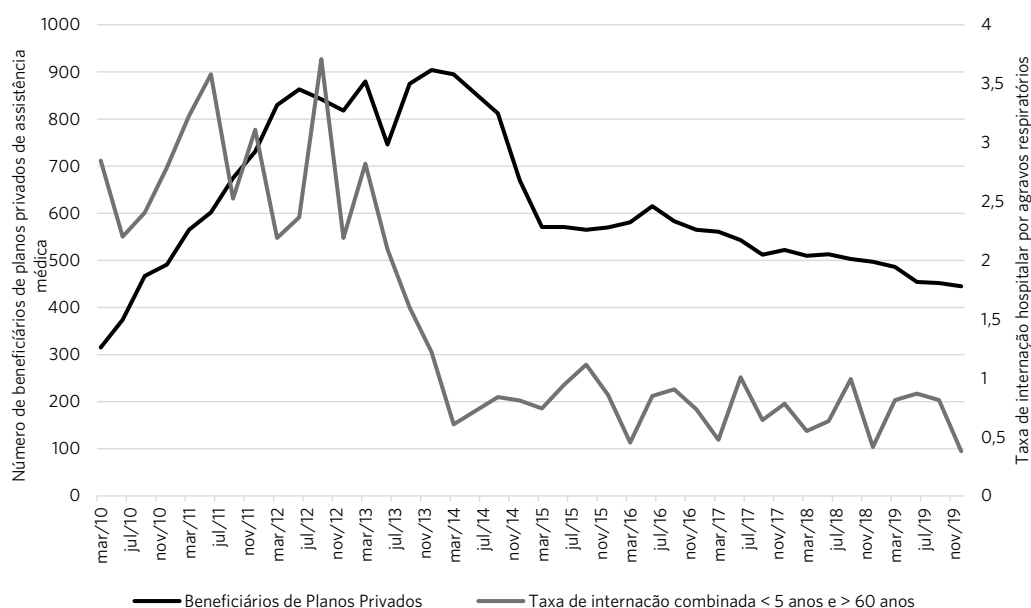


Fonte: elaboração própria.

A análise combinada das taxas anuais de hospitalizações por agravos respiratórios para ambas as faixas etárias no município-caso evidenciou expressiva queda no registro de internações hospitalares, a partir de 2013, sendo esse o período marcado com maior quantidade

de beneficiários dos planos privados de saúde, segundo os dados coletados nas bases da ANS, com incremento de até 262,54%, o que pode ajudar a explicar a redução dos números de internações hospitalares na rede SUS local e registrados pelo SIH/DataSUS.

Gráfico 2. Comparação entre o número de beneficiários de planos privados de assistência médica e a taxa de internação hospitalar combinada para as faixas etárias de menores de 5 anos e maiores de 60 anos do município de Escada-PE, no período de 2010 a 2019



Fonte: elaboração própria.

Por sua vez, quando analisada a correlação entre as taxas de hospitalização e a variação do número de beneficiários de planos privados de saúde suplementar no município-caso, observa-se um nível de significância estatística ($p < 0,05$) para a faixa etária de menores de 5 anos (coeficiente 0,167065), bem como para as duas faixas etárias combinadas (coeficiente 0,254708), apresentando um nível de correlação positiva de fraco a moderado.

Sazonalidade das variáveis ambientais

FOCOS DE CALOR

Observou-se que, durante o período do estudo, o município-caso registrou 896 focos de calor, o que representa 218,86% mais casos registrados do que a média do grupo de municípios-controles, que contaram 281 focos em média.

Diferentemente do padrão sazonal das hospitalizações por agravos respiratórios, mais prevalentes nos meses de março a julho nos município-caso e grupo-controle, dois grupos de municípios estudados, a distribuição mensal dos focos de calor no município-caso concentra-se entre os meses de setembro e fevereiro, o que equivale à época da colheita da cana-de-açúcar.

MATERIAL PARTICULADO DE 2,5 μM ($\text{PM}_{2,5}$)

No município-caso, a concentração média de $\text{PM}_{2,5}$ é maior do que nos municípios-controles em todos os meses dos anos analisados na série histórica.

Da análise da distribuição mensal das concentrações médias de $\text{PM}_{2,5}$, infere-se que, no grupo de municípios-controle, a quantidade de material particulado detectada apresenta padrão sazonal, observando-se maiores médias nos meses de setembro a fevereiro. No entanto, no município-caso, o padrão de sazonalidade não se repete, apresentando-se

uma distribuição mais uniforme ao longo do período estudado.

UMIDADE RELATIVA DO AR

Os dois grupos de municípios apresentaram padrão de sazonalidade semelhante em relação à variação da distribuição mensal da umidade relativa do ar média. Essa característica se dá em razão dos períodos de outono e inverno da região, que se concentram nos meses de abril a setembro, marcados pelo aumento da pluviosidade em todo o estado.

O município de Escada-PE, em razão da sua localização na Zona da Mata pernambucana, está mais próximo do litoral do que os municípios-controles, que se encontram distribuídos pelo Agreste e Sertão pernambucanos, razão pela qual estes apresentam índices de umidade relativa do ar mais baixos, embora com padrões de sazonalidade análogos

Todos os dados citados encontram-se representados na *tabela 2*.

Tabela 2. Distribuição das médias mensais das ocorrências de focos de calor e dos índices de concentração de material particulado $\text{PM}_{2,5}$ e umidade relativa do ar nos municípios-caso e controles, no período de 2010 a 2019

Meses	Escada	Cumaru	Itaíba	Paranatama	Santa Terezinha
Média de focos de calor					
Janeiro	12,8	4,5	5,8	0,7	3,3
Fevereiro	7,0	2,3	7,0	0,1	1,0
Março	-3,0	2,0	5,5	0,7	0,6
Abril	2,0	2,3	4,3	0,5	0,3
Mai	0,7	0,9	2,6	0,2	0,5
Junho	0,1	0,2	1,9	0,2	0,3
Julho	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2
Agosto	0,7	0,2	1,1	0	0,8
Setembro	5,0	0,7	2,1	0,6	0,7
Outubro	14,9	1,4	3,9	0,3	4,9
Novembro	24,2	4,2	7,9	0,7	9,6
Dezembro	19,0	2,7	10,3	0,2	11,6

Tabela 2. Distribuição das médias mensais das ocorrências de focos de calor e dos índices de concentração de material particulado PM_{2,5} e umidade relativa do ar nos municípios-caso e controles, no período de 2010 a 2019

Meses	Escada	Cumaru	Itaíba	Paranatama	Santa Terezinha
Médias PM_{2,5}					
Janeiro	9,354	8,403	6,153	6,507	6,917
Fevereiro	9,369	8,436	5,638	6,213	6,367
Março	9,359	8,329	5,273	6,005	5,322
Abril	10,250	7,551	4,457	5,289	4,117
Mai	9,807	6,923	4,307	5,060	3,737
Junho	9,092	6,764	4,372	5,177	3,789
Julho	8,659	7,054	4,527	5,260	4,500
Agosto	8,410	7,735	5,294	5,961	6,016
Setembro	8,535	7,869	5,732	6,241	7,242
Outubro	9,224	8,327	6,105	6,318	7,359
Novembro	9,076	8,320	6,291	6,644	6,912
Dezembro	8,870	8,545	6,223	6,465	7,160
Média umidade relativa do ar					
Janeiro	82,269	81,704	70,940	78,852	68,968
Fevereiro	81,951	81,037	71,200	79,371	69,291
Março	82,172	81,296	70,974	78,353	69,753
Abril	84,128	83,135	76,202	82,243	72,223
Mai	86,015	85,218	81,328	86,083	73,152
Junho	86,873	86,339	83,273	87,844	73,369
Julho	86,468	87,158	83,786	88,421	73,127
Agosto	83,861	84,821	80,147	85,512	69,777
Setembro	82,173	82,669	75,688	82,368	67,604
Outubro	80,872	80,950	72,582	79,679	66,932
Novembro	79,471	79,485	68,088	76,077	65,328
Dezembro	79,581	79,374	68,687	76,227	66,376

Fonte: elaboração própria.

Correlação entre as taxas de hospitalização por agravos respiratórios e as variáveis ambientais

A análise da distribuição temporal das ocorrências dos focos de calor e das concentrações de PM_{2,5} em associação com as taxas de hospitalização mensais por agravos respiratórios em ambas as faixas etárias, apresentou correlação estatística negativa fraca ou insignificante de acordo com os parâmetros obtidos pelo modelo de análise utilizado.

Do mesmo modo, a análise da correlação entre as taxas de internação hospitalar e a concentração média mensal do PM_{2,5} ilustra comportamento pouco relacionado entre essas variáveis.

Em contrapartida, a análise da associação entre as taxas de hospitalização e a umidade relativa do ar apresentou correlação estatística significativa para a faixa etária acima dos 60 anos, tanto no município-caso (correlação negativa) quanto no grupo de controles (correlação positiva), conforme demonstrado na *tabela 3*.

Tabela 3. Coeficientes de correlação entre a taxa de internação hospitalar por pneumonia, asma, bronquite e bronquiolite aguda, nas faixas etárias de menores de 5 anos e maiores de 60 anos, e a ocorrência de focos de calor, índice de concentração de $PM_{2,5}$ e índice de umidade relativa do ar, nos municípios-caso e controles, no período de 2010 a 2019

Grupos	Coeficientes de Correlação		
	Taxa de internação vs Focos de calor	Taxa de internação vs Concentração de $PM_{2,5}$	Taxa de internação vs Umidade relativa do ar
Caso (< 5 anos)	-0,304	-0,257	-0,169
Caso (> 60 anos)	-0,267	-0,319	-0,345
Controles (< 5 anos)	-0,104	-0,049	0,054
Controles (> 60 anos)	-0,033	-0,111	0,249

Fonte: elaboração própria.

No município-caso, a queima da palha da cana-de-açúcar se encerra no mês de fevereiro. Em abril, registra-se o aumento da umidade relativa do ar em razão do início do período de chuvas (outono e inverno) na Zona da Mata pernambucana que, devido à proximidade com o litoral, pode chegar a cerca de 90% nos períodos mais chuvosos da região.

Discussão

A literatura científica indica que a sobreposição dos efeitos da poluição atmosférica proveniente da queima de biomassa e de variáveis climáticas constitui um fenômeno passível de influenciar a prevalência de hospitalizações por agravos respiratórios em grupos etários de maior vulnerabilidade, além de destacar um padrão sazonal para as condições respiratórias mais sensíveis a fatores ambientais e sociais²³⁻²⁶.

De modo similar, análises estratificadas por faixa etária demonstram associação entre a concentração de material particulado fino, derivado de emissões atmosféricas associadas a queimadas, e o aumento na incidência de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), infecções e complicações respiratórias, predominantemente em pessoas idosas¹⁶, bem como de asma, bronquite e afecções respiratórias, em geral na população infantil¹⁷.

Estudos adicionais evidenciam a existência de uma relação direta potencial entre a

dimensão da área submetida a queimadas e a elevação na prevalência de agravos respiratórios agudos²⁷. Ressalta-se, ainda, que a exposição humana a partículas tóxicas oriundas da combustão de biomassa é mais intensa em localidades próximas a focos de calor²⁸.

Nesse contexto, seria esperado que, ao longo da série histórica, o volume de internações no município analisado aumentasse proporcionalmente à expansão da área cultivada com cana-de-açúcar, tendência não identificada na presente investigação.

A literatura apresenta evidências²⁸ de diferenças significativas nas taxas de internação por doenças respiratórias durante períodos de queima, comparativamente a intervalos sem queimadas, além de correlações positivas entre focos de calor decorrentes de incêndios e taxas de mortalidade por doenças respiratórias e DPOC²⁵. Tais associações, contudo, não foram verificadas no período e contexto geográfico abordados pelo estudo em questão.

As observações feitas neste estudo corroboram a literatura que relaciona o aumento sazonal da incidência de agravos respiratórios em grupos etários mais vulneráveis com variantes climáticas²⁹⁻³¹, apontando uma correlação positiva entre a umidade do ar e o número de hospitalizações.

No entanto, isso não exclui a hipótese de as queimadas interferirem no processo de adoecimento da população, uma vez que outros trabalhos^{32,33} apontam para a associação entre

a prática regular de queimadas e as consequências negativas para saúde respiratória, por meio de uma correlação positiva entre a variação das ocorrências de focos de calor e registros de agravos respiratórios em menores de 4 e 5 anos de idade.

Relatam-se, também, associações significativas entre a poluição atmosférica e a ocorrência de hospitalizações por doenças respiratórias³⁴⁻³⁶, evidenciando, ainda, que a exposição a emissões de poluentes oriundos de queimadas apresenta potencial risco à saúde humana, ocasionando aumento tanto no número de internações por agravos respiratórios³⁶⁻³⁸ como no de óbitos^{25,37,39}.

A prevalência de problemas respiratórios na população infantil apresentou índices mais elevados em municípios caracterizados por elevada estratificação socioeconômica associada à renda da cana-de-açúcar e à emissão de material particulado fino (PM_{2,5})⁴⁰. No que se refere aos efeitos da queima da palha da cana-de-açúcar sobre desfechos de saúde respiratória em áreas com expressiva produção agrícola dessa cultura, na macrorregião Centro-Oeste, estudos epidemiológicos demonstraram correlações com o incremento na demanda por atendimentos ambulatoriais, especialmente por asma e bronquite, hospitalizações, principalmente por pneumonia, e mortalidade associada a DPOC⁴⁰⁻⁴². De modo análogo, pesquisas conduzidas na região Sudeste identificaram associações estatisticamente significativas entre o aumento das internações por pneumonia e o período de início das queimadas canavieiras em municípios considerados polos produtivos do setor sucroalcooleiro²⁸⁻⁴³.

Além disso, é comum observar animais mortos nas lavouras, a vegetação das áreas adjacentes completamente devastadas pelo fogo, famílias adoecendo e trabalhadores sendo afastados das atividades laborais em decorrência da poluição atmosférica produzida no processo da queima. Não é exagero dizer que os impactos ambientais causados pela queima da palha da cana-de-açúcar ameaçam a manutenção do ecossistema a partir da devastação

dos fragmentos de Mata Atlântica^{44,45}. Esses elementos apontam para a necessidade de realizar estudos com outros delineamentos metodológicos e coleta de dados primários no território, para avaliar de forma mais aprofundada os impactos da queima da biomassa sobre a sociobiodiversidade e as populações expostas.

Assim sendo, os resultados sugerem que pode haver uma subnotificação expressiva dos casos de internação por agravos respiratórios no município de Escada-PE. Tal constatação leva à hipótese de que a situação de subnotificação pode derivar de uma conjunção de fatores ambientais e sociais, tais como: i) o adoecimento crônico da população, considerando-se que os longos períodos de exposição ininterrupta ao longo do ano podem provocar adoecimento ao longo de todo o ano; ii) a migração dos pacientes para a rede suplementar de serviços de saúde, reduzindo de forma expressiva as hospitalizações na rede SUS local; iii) as fragilidades nos sistemas de informação em saúde, que podem não estar registrando adequadamente os casos de adoecimento.

A literatura identifica fatores contributivos para a subnotificação de agravos, os quais se relacionam primordialmente à prática clínica dos profissionais de saúde, às dificuldades inerentes ao processo de notificação, à complexidade clínica e sociodemográfica dos pacientes e/ou familiares e às particularidades diagnósticas da patologia. Entretanto, o principal entrave à notificação adequada parece residir na dificuldade dos médicos em estabelecer diagnósticos precisos, na omissão da notificação, na não delegação da responsabilidade noticiatória a outros profissionais e, quando ocorre o registro, na condução do processo sob responsabilidade exclusiva da equipe de enfermagem, frequentemente em contexto distante do paciente, resultando em notificação tardia^{46,47}.

A exposição crônica aos particulados tóxicos, emitidos pela queima regular de biomassa, pode produzir hipersensibilidade populacional em grupos vulneráveis nos municípios produtores de cana-de-açúcar^{29,38,48}, levando

a um adoecimento crônico da população que passa a tratar os sintomas como corriqueiros, deixando, assim, de se dirigir à rede pública de saúde.

Por outro lado, a chegada de grandes empreendimentos à região, como a ampliação do Porto de Suape⁴⁹ e a duplicação da rodovia BR-101⁵⁰, que ocorreram nos meados da década de 2010, trouxe novas perspectivas de emprego à população do município-caso. Esses novos postos de trabalho ofereciam melhores remunerações e benefícios aos trabalhadores se comparados aos que a agroindústria da cana-de-açúcar tinha a oferecer. Entre os benefícios remuneratórios, estava o acesso a planos privados de saúde suplementar. Com isso, o número de beneficiários desses planos privados no município-caso cresceu consideravelmente durante a primeira metade da década de 2010, período que coincide com o início da redução das notificações de internação por agravos respiratórios em Escada-PE.

Como a saúde suplementar no Brasil vem crescendo ano a ano^{51,52}, a desigualdade no acesso a internações hospitalares aumenta à medida que a cobertura da população por plano privado de saúde com a segmentação hospitalar é gradualmente ampliada. Observa-se um forte aumento na taxa de internações entre os beneficiários de planos privados com cobertura hospitalar, no período de 2015 a 2019, apresentando 9,5 internações por 100 pessoas em 2015 e atingindo 13,9 internações por 100 pessoas em 2019, variação maior que a registrada nas internações no SUS⁵¹.

Da mesma maneira, a influência da expansão do acesso à rede privada de saúde sobre as demandas na rede SUS local pode ser mais bem observada em municípios de pequeno porte⁵³⁻⁵⁵, uma vez que a provisão de serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar nas regiões de saúde do Brasil ocorre por meio de estruturas híbridas – compostas por entidades públicas e privadas –, com predomínio do prestador público municipal no âmbito ambulatorial e de instituições privadas filantrópicas na esfera hospitalar⁵³.

Já do ponto de vista legal, diante da necessidade da proibição do uso do fogo na lavoura da cana-de-açúcar, a mecanização da colheita tende a ser a solução encontrada para a mitigação dos impactos ambientais causados pelas queimadas. Contudo, deve haver políticas compensatórias que reconduzam esses trabalhadores ao mercado de trabalho.

Foi nesse sentido que o estado de São Paulo editou a Lei nº 11.241/2002, que visava à eliminação gradativa da queima da palha da cana-de-açúcar e à regulamentação da atividade quando a mecanização se mostrasse inviável⁵⁶.

Assim como na maioria dos estados brasileiros, a legislação de Pernambuco ainda não dispõe sobre a eliminação da queima da cana-de-açúcar e da transição gradativa da mecanização no contexto dos impactos ambientais, tratando apenas de regular a prática por intermédio da Instrução Normativa CPRH nº 08/2014, que estabelece limites de horário, área queimada e proximidade com as áreas urbanas⁵⁷. Da mesma maneira, não existe legislação nacional que proíba o uso do fogo por ocasião da colheita, ficando a critério do Poder Judiciário a apreciação do mérito da matéria ante a falta de uma baliza legal clara.

É preciso considerar que a abordagem adotada neste estudo apresenta limitações, notadamente em razão do recorte dos dados selecionados, que analisa apenas os casos de agravos respiratórios graves que necessitaram de internação hospitalar, mas não contempla os casos de agravos leves e moderados atendidos ou não nos serviços de atenção básica, urgência e emergência.

Aliado a isso, este estudo analisou os dados disponíveis no DataSUS, mas não contemplou os casos de internações na rede privada de saúde, sendo esta uma limitação relevante para municípios de pequeno porte com forte incremento da migração de usuários do sistema público de saúde para o privado, como é o presente caso.

Ademais, a literatura científica analisada demonstra a necessidade da adoção de ações públicas intersetoriais voltadas ao enfrentamento do problema das queimadas – seja na lavoura de

cana-de-açúcar, seja na abertura de pastos e áreas cultiváveis nas regiões Norte e Centro-Oeste –, notadamente voltadas ao combate da poluição atmosférica e do risco à saúde humana decorrentes dessas atividades, com a participação integrada da sociedade civil, dos órgãos de vigilância em saúde e de defesa dos direitos difusos⁵⁸⁻⁶². Para que isso ocorra, é preciso investir também na ciência e no desenvolvimento de metodologias e pesquisas dedicadas a melhor elucidar o processo de adoecimento da população conjugado com os fatores sociais e ambientais envolvidos, promovendo o desenvolvimento de ferramentas de monitoramento que permitam compreender o quanto os agravos estudados são influenciados pela variabilidade dos elementos do clima e da poluição ambiental.

Conclusões

Apesar de as queimadas da lavoura de cana-de-açúcar acontecerem há séculos no território estudado, constituindo-se mesmo como parte do cenário, tanto a academia quanto o poder público têm olhado pouco para a problemática na região. Na primeira, são escassos os estudos voltados a levantar dados e propor soluções para a situação; enquanto o segundo tem prorrogado, ou mesmo negligenciado, a edição de normas e prazos legais para o encerramento da prática, utilizando argumentos baseados apenas nas questões econômicas, sem considerar a saúde pública.

Este estudo tenta esclarecer a problemática do impacto da queima de biomassa sobre a saúde da população que vive na região canavieira e que está, quase que diuturnamente, exposta a situações de risco para a sua saúde. A ocorrência periódica de diversos focos de calor e a consequente liberação de poluentes atmosféricos ao longo de mais da metade do ano são fatores críticos de risco à saúde humana da população da região afetada, sendo necessárias a intervenção do poder público e a atuação conjunta do Estado e da sociedade civil organizada.

A baixa correlação entre os desfechos estudados e a queima de biomassa pode indicar uma importante subnotificação de agravos respiratórios, que vem se acentuando ao longo do tempo, merecendo atenção de gestores e pesquisadores. Para explicar esse fato, foram levantadas algumas hipóteses não excludentes entre si, baseadas no adoecimento crônico da população, na exposição constante aos poluentes e na migração das internações para a rede de saúde suplementar, decorrente de fatores sociais e do desenvolvimento e diversificação econômica da região.

Por outro lado, os dados SIH/DataSUS utilizados na análise são gerados prioritariamente para finalidades contábeis, não sendo originalmente destinados a investigações epidemiológicas, o que pode implicar certo grau de imprecisão intrínseca. Adicionalmente, é plausível inferir a subnotificação da prevalência de determinados agravos à saúde devido ao perfil tecnológico da rede assistencial e a eventuais lacunas na codificação diagnóstica.

Aliado a tudo isso, é preciso levar em conta a influência econômica do agronegócio e a penetração da sua coalizão de defesa de interesses nas esferas de poder, que acabam por direcionar as políticas públicas para lugares que lhes são benéficos, seja pela falta ou lentidão na regulação do setor, seja pela aparente frouxidão com que vem sendo tratada a questão da poluição nos tribunais.

Espera-se, com este estudo, contribuir para o debate da saúde pública, apresentando informações necessárias ao desenvolvimento e à criação de políticas públicas voltadas à redução dos impactos da poluição ambiental e da atividade agroindustrial à saúde humana.

Colaboradores

Araujo FEL (0009-0004-8710-1601)* contribuiu para concepção da ideia do artigo, coleta, sistematização, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Campos AG (0000-0002-1085-9236)* contribuiu para

análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Domingues RC (0000-0003-2025-1125)* contribuiu para concepção da ideia do artigo, coleta, sistematização, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Santos RC (0000-0002-4973-123X)* contribuiu para

todas as etapas de elaboração do manuscrito. Bezerra VCR (0000-0003-2267-9512)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Gurgel AM (0000-0002-5981-3597)* contribuiu para concepção da pesquisa, discussão, escrita, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Castro J. Geografia da fome: o dilema brasileiro: pão ou aço. 10. ed. Rio de Janeiro: Edições Antares; 1984.
2. Freyre G. O Nordeste. 7. ed. São Paulo: Global; 2004.
3. Rosa MC. O engenho dos movimentos sociais: Reforma agrária e significação social na zona canavieira de Pernambuco. Rio de Janeiro: Garamond; 2011.
4. Ronquim CC. Queimada na colheita de cana-de-açúcar: impactos ambientais, sociais e econômicos [Internet]. Campinas: Embrapa Monitoramento por Satélite; 2010 [acesso em 2025 fev 28]. 45 p.: il. (Embrapa Monitoramento por Satélite. Documentos, 77). Disponível em: <https://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/infoteca/bitstream/doc/878010/1/Doc77.pdf>
5. Companhia Nacional de Abastecimento (BR). Acompanhamento da safra brasileira de cana-de-açúcar: safra 2022/23, 3º terceiro levantamento [Internet]. Brasília, DF: Conab; 2022 [acesso em 2025 fev 13]. Disponível em: https://www.conab.gov.br/component/k2/item/download/45671_7a038e9b1579f67261d6351884075e16
6. Nicolella AC, Belluzzo W. The effect of reducing the pre-harvest burning of sugar cane on respiratory health in Brazil. *Environ Dev Econ*. 2015;20(1):127-140. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S1355770X14000096>
7. Ramos D, Pestana PRS, Trevisan IB, et al. The impact of sugarcane burning on hospitalization due to respiratory diseases. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(11):4133-4140. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.32402017>
8. Arbex MA, Martins LC, Oliveira RC, et al. Air pollution from biomass burning and asthma hospital admissions in a sugar cane plantation area in Brazil. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(5):395-400. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech.2005.044743>
9. Ribeiro H, Pesquero C. Queimadas de cana-de-açúcar: Avaliação de efeitos na qualidade do ar e na saúde respiratória de crianças. *Estudos Av*. 2010;24(68):255-271. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142010000100018>
10. Fernandes T, Hacon SDS, Novais JWZ. Mudanças climáticas, poluição do ar e repercussões na saúde humana: revisão sistemática. *RBClimate*. 2021;28:138-64.
11. Dias AP, Gurgel AM, Rosa AC, et al. Agrotóxicos e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. (Série Fiocruz – Documentos Institucionais; Coleção Saúde, Ambiente e Sustentabilidade; v. 2).
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Produção agrícola municipal 2020 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [acesso em 2025 fev 9]. Disponível

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=766>
13. Jannuzzi PM. Indicadores demográficos e de saúde. In: Jannuzzi PM. Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações. Campinas, SP: Alínea; 2009. p. 66-80.
 14. Gurgel Júnior GD. A reforma do setor saúde e os determinantes sociais da saúde: Construindo interconexões teóricas e metodológicas para abordagem de desafios globais complexos. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17:53-67. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400060005>
 15. Wells RHC, Bay-Nielsen H, Braun R, et al. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP; 2011.
 16. Stowell JD, Geng G, Saikawa E, et al. Associations of wildfire smoke PM_{2.5} exposure with cardiorespiratory events in Colorado 2011–2014. *Environ Int*. 2019;133(PtA):105151. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.envint.2019.105151>
 17. Mnatzaganian CL, Pellegrin KL, Miyamura J, et al. Association between sugar cane burning and acute respiratory illness on the island of Maui. *Environ Health*. 2015;14(1):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12940-015-0067-y>
 18. Rodrigues C, Lima F, Barbosa F. Importância do uso adequado da estatística básica nas pesquisas clínicas. *Rev Bras Anestesiologia*. 2017;67(6):619-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2017.01.003>
 19. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/Datasus) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [sem data] [acesso em 2025 fev 28]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>
 20. Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (BR). Banco de Dados de Queimadas (BDQUEIMADAS) [Internet]. Brasília, DF: INPE; [sem data] [acesso em 2025 fev 28]. Disponível em: <http://www.inpe.br/queimadas/bdqueimadas>
 21. Paranhos R, Figueiredo Filho DB, Rocha EC, et al. Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson: o Retorno. *Leviathan* (São Paulo). 2014;(8):66-95. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2237-4485.lev.2014.132346>
 22. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510/2016, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2016 maio 24; Edição 98; Seção I:44-46.
 23. Ignotti E, Valente JG, Longo KM, et al. Impact on human health of particulate matter emitted from burnings in the Brazilian Amazon region. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(1):121-130. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102010000100013>
 24. Fonseca FR, Vasconcelos CH. Estudo da distribuição de doenças respiratórias no estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Colet*, (Rio J). 2011;19:454-460.
 25. Rodrigues PCO, Ignotti E, Hacon SS. Distribuição espaço-temporal das queimadas e internações por doenças respiratórias em menores de cinco anos de idade em Rondônia, 2001 a 2010. *Epid Serv Saúde*. 2013;22(3):455-464. DOI: <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000300010>
 26. Cruz O, Castro HA, Gonçalves KS, et al. Tendência da mortalidade por doenças respiratórias em idosos e as queimadas no Estado de Rondônia/Brasil: período entre 1998 e 2005. *Ciênc saúde coletiva*. 2009;14(6):2083-2090. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000600015>
 27. Souza KV. Análise espacial do impacto das queimadas de cana-de-açúcar na prevalência dos sintomas de asma de alunos do Município de Campos dos Goytacazes – RJ [dissertação na Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2015 [acesso em 2025 fev 15]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14047>
 28. Ramos D, Pestana PRS, Trevisan IB, et al. Impacto da queima da cana-de-açúcar sobre internações

- hospitalares por doenças respiratórias. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(11):4133-4140. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.32402017>
29. Domingues RC, Gurgel AM, Santos RC, et al. Queima de biomassa da cana-de-açúcar e hospitalizações de crianças e idosos por agravos respiratórios em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(10):e00238422. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT238422>
 30. Santos LKC. Análise dos condicionantes climáticos e do material particulado fino nas internações por pneumonia em Manaus – Amazonas [dissertação na Internet]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2023 [acesso em 2025 fev 15]. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/9395>
 31. Moraes SL, Almendra R, Santana P, et al. Variáveis meteorológicas e poluição do ar e sua associação com internações respiratórias em crianças: estudo de caso em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(7):e00101418. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101418>
 32. Luana MMS, Castro FR, Bastos DMRF, et al. Impactos das queimadas sobre a saúde da população humana na amazônia maranhense. *Rev Pesq Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 2025 fev 15];17(3):141-146. Disponível em: <http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/5400>
 33. Souza LSN. Análise de impactos das queimadas sobre a saúde humana: um estudo de caso do Município de Rio Branco, Acre [dissertação na Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2008 [acesso em 2025 fev 16]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5258>
 34. Slama A, Śliwczyński A, Wośnica J, et al. Correction to: Impact of air pollution on hospital admissions with a focus on respiratory diseases: a time-series multi-city analysis. *Environ Sci Pollut Res Int*. 2020;27(17):22139-22139. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11356-020-08838-6>
 35. Gu J, Shi Y, Zhu Y, et al. Ambient air pollution and cause-specific risk of hospital admission in China: A nationwide time-series study. *PLoS Med*. 2020;17(8):e1003188. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003188>
 36. Réquia Júnior WJ, Amini H, Mukherjee R, et al. Health impacts of wildfire-related air pollution in Brazil: a nationwide study of more than 2 million hospital admissions between 2008 and 2018. *Nat Commun*. 2021;12(1):6555. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41467-021-26822-7>
 37. Johnston F, Hanigan I, Henderson S, et al. Extreme air pollution events from bushfires and dust storms and their association with mortality in Sydney, Australia 1994-2007. *Environ Res*. 2011;111(6):811-816. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.envres.2011.05.007>
 38. Gan RW, Ford B, Lassman W, et al. Comparison of wildfire smoke estimation methods and associations with cardiopulmonary-related hospital admissions. *Geohealth*. 2017;1(3):122-136. DOI: <https://doi.org/10.1002/2017gh000073>
 39. Haikerwal A, Akram M, Del Monaco A, et al. Impact of Fine Particulate Matter (PM_{2.5}) Exposure During Wildfires on Cardiovascular Health Outcomes. *J Am Heart Assoc*. 2015;4(7):e001653. DOI: <https://doi.org/10.1161/jaha.114.001653>
 40. Bühler HF, Fátima B, Oliveira A, et al. Os impactos socioambientais e na saúde decorrente da cadeia produtiva do etanol no Centro-Oeste do Brasil. *Braz J Develop*. 2023;9(3):10865-10884. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n3-131>
 41. Rosa AM, Ignotti E, Hacon SDS, et al. Análise das internações por doenças respiratórias em Tangará da Serra – Amazônia Brasileira. *J Bras Pneumol*. 2008;34(8):575-582. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132008000800006>
 42. Rosa AM, Ignotti E, Hacon SS, et al. Prevalência de asma em escolares e adolescentes em um município na região da Amazônia brasileira. *J Bras Pneumol*.

- 2009;35(1):7-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132009000100002>
43. Souza LSV, Nascimento LFC. Air pollutants and hospital admission due to pneumonia in children: a time series analysis. *Rev Assoc Med Bras*. 2016;62(2):151-156. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.02.151>
 44. Scudeleti NL, Ferreira RL, Ambiental G. Auditoria ambiental nas queimadas de cana-de-açúcar para reposição da fauna e flora. *Meio Amb Sustent* [Internet]. 2014 [acesso em 2025 fev 15];5(3). Disponível em: <https://www.cadernosuninter.com/index.php/meioAmbiente/article/view/463>
 45. Sabadin AC. Do fogo à fumaça: a construção social do problema ambiental das queimadas nos canaviais paulistas. *Argumentos*. 2020;17(1):85-104. DOI: <https://doi.org/10.32887/issn.2527-2551v17n1p.85-104>
 46. Melo MADS, Coleta MFD, Coleta JA, et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan). *Rev Adm Saúde*. 2018;18(71). DOI: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.71.104>
 47. Oliveira CM, Cruz MM. Sistema de vigilância em saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde debate*. 2015;39(104):255-267. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040385>
 48. Goto DM, Lança M, Obuti CA, et al. Effects of biomass burning on nasal mucociliary clearance and mucus properties after sugarcane harvesting. *Environ Res*. 2011;111(5):664-669. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.envres.2011.03.006>
 49. Oliveira RV. Suape em construção, peões em luta: o novo desenvolvimento e os conflitos do trabalho. *Cad CRH*. 2013;26(68):233-252. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-49792013000200003>
 50. Ferreira J, Lima S, Wellington J, et al. Entre tempos e espaços: duplicação da BR-101 no nordeste do Brasil. *Anais do 14º ENANPEGE* [Internet]; 2021; Campina Grande. Campina Grande: Realize Editora; 2021 [acesso em 2025 fev 15]. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/78324>
 51. Albuquerque C, Machado J. Internações no Brasil: oferta e utilização no SUS e na saúde suplementar de 2015 a 2021 [Internet]. Rio de Janeiro: Observatório de Política e Gestão Hospitalar; 2023 [acesso em 2025 fev 15]. Disponível em: <https://observatoriohospitalar.fiocruz.br/debates-e-opinioes/internacoes-no-brasil-oferta-e-utilizacao-no-sus-e-na-saude-suplementar-de-2015>
 52. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2008Sep;13(5):1431-1440. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500009>
 53. Silva JFM, Carvalho BG, Domingos CM, et al. A relação público-privada em uma região de saúde: influências sobre a organização da oferta e da demanda de média complexidade no Sistema Único de Saúde em pequenos municípios. *Saúde Soc*. 2020;29(4):e200019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200019>
 54. Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG, et al. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. *Cad Saúde Pública*. 2019;35:e00094618. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094618>
 55. 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*. 2018Oct;23(10):3179-88. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.13952018>
 56. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (SP). Lei nº 11.241, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a eliminação gradativa da queima da palha da cana-de-açúcar e dá providências correlatas. *Diário Oficial do Estado* [Internet], São Paulo, SP. 2002 set 20 [acesso em 2025 fev 28]; Seção I:2. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/norma/?id=217>

57. Agência Estadual de Meio Ambiente (PE). Instrução Normativa CPRH nº 008/2014. Disciplina os procedimentos da CPRH referentes à autorização para uso do fogo controlado em propriedades e posses rurais mediante o estabelecimento de normas de precaução relativas ao emprego do fogo em práticas agropastoris e florestais no Estado de Pernambuco e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de Pernambuco [Internet], Recife, PE. 2014 ago 1 [acesso em 2025 fev 28]. Disponível em: https://www2.cprh.pe.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Instrucao-normativa_008_14.pdf
58. Gurgel AM, Souto AS, Guedes CA, et al. Espelho sem reflexos: conflitos e vulnerabilidades socioambientais em uma região produtora de cana-de-açúcar. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(3):1049-1060. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.27502020>
59. Arbex MA, Santos UP, Martins LC, et al. A poluição do ar e o sistema respiratório. *J Bras Pneumol*. 2012;38(5):643-655. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132012000500015>
60. Ribeiro H, Lopes FS, Assunção JV, et al. Queimadas de cana-de-açúcar e efeitos à saúde humana: revisão da literatura. *InterfacEHS*. 2012;7(3):3-25.
61. Straif K, Cohen A, Samet J. *Air Pollution and Cancer*. Air pollution and cancer. Lyon: International Agency for Research on Cancer; World Health Organization; 2013. (IARC Scientific Publications; 161).
62. Leão H, Santos R, Araújo N, et al. A qualidade do ar influencia as internações hospitalares por doenças respiratórias em crianças? uma revisão sistemática. *ASSOBRAFIR Ciênc* [Internet]. 2019 [acesso em 2025 fev 28];9(2):55-70. Disponível em: <http://assobrafir-ciencia.org/article/5da73cbf0e8825ed62ba68e3>

Recebido em 21/10/2024

Aprovado em 21/03/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Grand Challenges Brazil: One decade of health research funding

Grand Challenges Brasil: uma década de financiamento de pesquisas em saúde

Patricia de Campos Couto¹, Sarah Sampaio Py-Daniel¹, Gabriela Bardelini Tavares Melo¹, Marcos Takashi Obara², Antonia Angulo-Tuesta²

DOI: 10.1590/2358-2898202514510034I

ABSTRACT This study assessed the funding of research conducted using the Grand Challenges Brazil strategy, a collaboration between the Ministry of Health (MS) and the Bill & Melinda Gates Foundation (BMGF), to optimize efforts in seeking solutions to global health problems. A descriptive and retrospective approach was used, based on secondary data. The study analyzed resource distribution and funded research by year, region, institutions, and types of research. Between 2011 and 2020, 75 research projects were funded, with a total investment of PPP\$ 48.61 million. Public and population health research, representing 40% of the total studies, received 55.51% of the investment (PPP\$ 26.99 million). Most resources were allocated to public institutions, which received 85.33% of the funds, with a significant concentration in institutions from Southeastern Brazil. The 'Eliminate Dengue: Brazil Challenge' project stood out, absorbing nearly half of the total investments (PPP\$ 21.95 million). These findings demonstrated that the strategy was significant in allocating resources to public health research. Future studies should explore how the knowledge produced is being used to inform and improve health policies, ensuring that research findings effectively translate into population benefits.

KEYWORDS Health research policy. Research financing. Health research evaluation.

RESUMO Este estudo avaliou o financiamento de pesquisas conduzidas pela estratégia Grand Challenges Brazil, uma cooperação entre o Ministério da Saúde (MS) e a Fundação Bill & Melinda Gates (BMGF) para otimizar esforços na busca de soluções para problemas de saúde globais. Utilizou-se uma abordagem descritiva e retrospectiva, baseada em dados secundários. O estudo analisou a distribuição dos recursos e das pesquisas financiadas por ano, região, instituições e tipos de pesquisa. Entre 2011 e 2020, foram financiadas 75 pesquisas com um investimento total de PPP\$ 48,61 milhões. Pesquisas em saúde pública e populacional representaram 40% do total de estudos com 55,51% do investimento (PPP\$ 26,99 milhões). A maior parte dos recursos foi destinada a instituições públicas que receberam 85,33% dos fundos, com concentração significativa nas instituições da região Sudeste do Brasil. O projeto 'Eliminar a Dengue: Desafio Brasil' se destacou, absorvendo quase metade do investimento total (PPP\$ 21,95 milhões). Esses achados mostraram que a estratégia foi relevante na alocação de recursos em pesquisas para a saúde pública. Estudos futuros devem explorar como os conhecimentos gerados estão sendo utilizados para informar e aprimorar políticas de saúde, garantindo que resultados de pesquisas se traduzam efetivamente em benefícios para a população.

PALAVRAS-CHAVE Política de pesquisa em saúde. Financiamento da pesquisa. Avaliação da pesquisa em saúde.

¹Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil. pccouto@gmail.com

²Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde (FCTS) Campus UnB Ceilândia –Brasília (DF), Brasil.



Introduction

National or international cooperation in science and technology has been practiced by several countries to promote researcher collaboration, increase scientific impact, expand investment in Research and Development (R&D), and stimulate economic growth¹⁻⁴.

In this context, the government plays a fundamental role in promoting national and international connections to improve science, technology, and innovation systems³. According to the Center for Management and Strategic Studies, Brazil's main international scientific collaborations are with the United States, England, Germany, Spain, and Portugal⁴.

Brazil's Unified Health System (SUS in Portuguese) guarantees its population free access to health care, a right established in the Federal Constitution⁵. The Brazilian Ministry of Health (MS) is responsible for formulating policies on science, technology, and health innovation, especially in areas such as industrial development, technology incorporation, human resource development, and comprehensive care at all levels of complexity within the SUS⁶. To increase the country's autonomy, enhancing the health industrial-economic complex is deemed a strategic action⁵ for scientific, technological, and industrial development policy.

As such, investment in research, development, and innovation is essential to address health challenges. In 2000, the Department of Science and Technology (DECIT) was created within the MS to unite science, technology, and innovation with public health, playing an important role in Brazil's National Science and Technology System⁷⁻⁹. For 24 years, DECIT has promoted health research to generate knowledge and evidence for decision-making, contributing to the improvement of effective public policies for SUS⁷⁻¹⁰.

Cooperation agreements were signed between the MS and governmental and non-governmental partners to continuously

promote health research and innovation. The most prominent national government partners are the Ministry of Science, Technology, and Innovation (MCTI), and especially the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq – a public foundation responsible for fostering scientific, technological, and innovation research and promoting the training of qualified human resources for research)^{11,12}.

International partnerships have also been established over the years to optimize efforts in seeking solutions to global health problems. The Grand Challenges Brazil (GC-Brazil) strategy was launched in 2011 as a result of the partnership between the MS, CNPq, and the BMGF¹³.

The GC-Brazil strategy is a set of BMGF initiatives that promote innovation to solve major global health problems¹³. Challenges are launched with a focus on innovation to cause positive impacts, addressing problems mapped globally but from different perspectives. Starting in 2010, many countries began to adhere to the strategy, including Brazil. Operating independently but also as part of the Grand Challenges (GC) partner network, countries use the GC model to identify and support innovative solutions to global challenges, while promoting and strengthening innovation ecosystems. In addition to promoting collaboration between projects to accelerate impact, a funding program for selected projects will continue until a viable product is achieved¹⁴.

Under the GC-Brazil, the research projects selected were co-funded by DECIT/MS and the BMGF in a 1:1 ratio. Themes were mutually agreed upon according to the priorities established by the BMGF and DECIT/MS, following the Brazilian national health research priorities agenda or due to emerging health issues. Public calls were facilitated by the CNPq. All three entities were involved throughout the proposal analysis, funding, and monitoring of selected research projects¹³.

Studies on research funding provided by the Department of Science and Technology have been carried out in recent years^{6-9,15-17},

but without specifically addressing the international partnerships entered by DECIT/MS. Thus, this article seeks to understand how research funding occurred in the first decade (2011 to 2020) of the DECIT/MS and BMGF partnership, via the GC-Brazil strategy.

Methodology

Study context

The 1988 Federal Constitution stipulates that the SUS has the authority to promote scientific and technological development¹⁸. Thus, DECIT was created within the MS in 2000 to coordinate a set of health research and development initiatives, collaborating intersectorally to promote efficient allocation of federal government resources to public health needs and strengthen the SUS¹⁹.

Understanding ‘fostering’ as synonymous with promoting development, stimulating, and enabling²⁰, DECIT/MS funds health research through four modalities^{7,9,16,21-23}:

I. National Funding: launching national, thematic, or multithematic public calls with opportunities for national researchers to participate^{7,9,16}.

II. Decentralized Funding: also called the Research Program for SUS (PPSUS), where each Federal Unit (FU), in partnership with the MS, CNPq, and Research Support Foundations, periodically launches public calls in thematic areas according to each FU’s specific needs, and exclusively for local research institutions²¹.

III. Direct Research Contracting: for strategic or emergency MS demands, without public calls^{7,9,16}.

IV. Tax Incentives: research funding from tax incentives through three programs: the

Institutional Development Support Program of SUS (PROADI-SUS), the National Support Program for Oncological Care (PRONON), and the National Support Program for the Health Care of People with Disabilities (PRONAS/PCD)^{22,23}.

Under GC-Brazil, research was funded through National Funding and Direct Contracting.

Study design

To analyze the funding of research contracted under GC-Brazil from 2011 to 2020, an observational, descriptive, retrospective study was conducted with a quantitative approach, using secondary data obtained from the Pesquisa Saúde platform²⁴, an open-access online repository that contains research funded by DECIT/MS. The period analyzed was selected for the following reasons: a) it includes the beginning of the bilateral partnership, since 2011 was the year the Memorandum of Understanding was signed between the MS and BMGF; b) it includes research completed by the data extraction date from Pesquisa Saúde.

The search in Pesquisa Saúde²⁴ was conducted in December 2023, using the keywords: “Bill and Melinda Gates Foundation”, “Grand Challenges”, and “*Wolbachia*”. Data were extracted, tabulated, and processed in a Microsoft Excel® spreadsheet.

To supplement information missing from Pesquisa Saúde, document analysis was performed using DECIT internal documents (meeting minutes, funding spreadsheets, management reports, Decentralized Execution Terms, and technical notes) and documents available in the Electronic Information System (SEI), a document and electronic process management tool. Additional data on receiving institutions, principal investigator, project title, objective, and funding amounts for the 2019 and 2020 calls were obtained. Moreover, discrepancies between document analysis and the information registered in Pesquisa

Saúde²⁴ resulted in corrections to the research investment amounts. In these cases, amounts recorded in SEI documents were considered for this analysis.

Classification according to institution type by cross-referencing the nature of the institution's National Registry of Legal Entities (CNPJ) and its activity code according to the National Classification of Economic Activities (CNAE), both verified using information available on the government Transparency website²⁵. Institutions were categorized as private or public. Public institutions were further classified as municipal, state or federal administrative entity, state or federal educational institution, and state or federal public foundation (see supplementary material).

Classification according to type of research was conducted based on the criteria of the Canadian Academy of Health Sciences (CAHS), as follows: i) biomedical research (BR), investigating health and disease mechanisms, diagnostic, treatment, and prevention methods; ii) clinical research (CR), involving human interventions aimed at improving disease diagnosis and treatment; iii) population and public health research (PPHR), studying population health determinants and applying this knowledge to control relevant health problems; and iv) health services research (HSR), evaluating the health system or services in terms of organization, funding, access, and health-care costs²⁶. For this classification, study titles, objectives, and abstracts were read and analyzed in pairs, with disagreements resolved by consensus.

Data analysis

Among the available variables, the following were analyzed: a) number of studies and funds invested per call and direct contract, per year; b) number of studies per year, per FU and region; c) type of institution funded; and d) type of research.

With a view to mapping studies by FU per public call, a heatmap was created using the Geographic Information System (QGIS) tool, containing publicly available online layers (shapes) of the world and Brazilian FUs, such as the BR_UF_2022 layer provided by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). Classes were created for categorization based on natural groupings of plotted data, also known as 'natural breaks'.

The research funding amounts were adjusted using the IBGE Brazilian Consumer Price Index (IPCA) to account for inflation, with December 2022 as the reference month. These values were then converted to Purchasing Power Parity (PPP\$), using 2022 as the reference year, with 1 USD = 2.58 BRL. PPP\$ is a World Bank metric used for international comparisons, acting as an alternative to the dollar exchange rate²⁷.

Quantitative results followed descriptive statistics methods according to their respective assumptions. Absolute and relative frequencies were calculated for all variables, and data were presented in tables, graphs and figures.

Results

During the first decade of the strategy, from 2011 to 2020, a total investment of PPP\$ 48.61 million was allocated to 75 studies, as presented in *table 1*. Six public calls were held within the GC-Brazil context²⁸⁻³³, addressing the following areas: prematurity (2013), child health (2014), data science applied to mother-child and women's health (2018 and 2020), antimicrobial resistance (2018), and malaria (2019). Additionally, the project 'Eliminate Dengue: Brazil Challenge' was co-funded through direct contracting.

Through six public calls, 71 studies were funded, totaling PPP\$ 26.66 million from 2013 to 2020, with interruptions in public call investments between 2015 and 2017. Two types of funding were defined for these calls: a) Full funding, which requires substantial

preliminary data and aims to promote opportunities to develop, refine, and rigorously test combinations of activities that previously demonstrated potential success in a controlled or limited setting; and b) Basic or ‘seed’ funding, to provide opportunities to test bold ideas with low funding.

The average number of studies funded was 11.83 (± 1.07) per call, with an average value of PPP\$ 0.38 million ($\pm$ PPP\$ 0.20 million) per research project. The largest investments occurred in the 2014 and 2019 calls, with research funding as high as USD 1 million, as specified in the calls, characterizing them as full funding. By contrast, the Grand Challenges Exploration (GCE) calls in 2018 and 2020 had the lowest investments, with maximum research costs of USD 100,000 per study, as established in the calls, and classified as basic or seed funding.

Approximately half of the total amount invested in the GC-Brazil strategy was allocated to the ‘Eliminate Dengue: Brazil Challenge’

project (45.16%), consisting of four studies contracted in 2011 (total value of PPP\$ 3.72 million, with additional funding of PPP\$ 0.77 million in 2011; PPP\$ 0.27 million in 2012; PPP\$ 0.53 million in 2013; PPP\$ 1.64 million in 2014; and PPP\$ 0.51 million in 2015 – see supplementary material), 2016 (PPP\$ 6.32 million), 2018 (PPP\$ 0.81 million), and 2019 (PPP\$ 11.10 million). It is important to note that financial contributions in 2018 and 2019 were made by DECIT and the Ministry of Health’s Health Surveillance Department to assess the expansion of the *Wolbachia* method in a municipality with over 500,000 inhabitants in Rio de Janeiro state, and subsequently evaluate the establishment of *Wolbachia*-infected *Aedes aegypti* mosquitoes and their impact in different epidemiological scenarios in three municipalities in Brazil: Campo Grande (Mato Grosso do Sul state), Petrolina (Pernambuco state), and Belo Horizonte (Minas Gerais state), considering regional differences within Brazil.

Table 1. Amounts invested per public call and direct contract under the Grand Challenges Brazil strategy. Brazil, 2011 to 2020

Year	Type of funding	Number of studies	Amount (PPP\$) (in million)	% invested
Public calls		71	26.66	54.84
2013	Call No. 05/2013 – Grand Challenges Brazil: Prevention and management of preterm births	12	5.58	11.48
2014	Call No. 47/2014 – Grand Challenges Brazil: All Children Thriving	11	7.56	15.56
2018	Call No. 08/2018 – Grand Challenges Exploration –Brazil: New Approaches to Characterize the Global Burden of Antimicrobial Resistance	11	2.13	4.38
2018	Call (no number)/2018 – Grand Challenges Exploration-Brazil: Data Science to Improve Maternal and Child Health in Brazil	14	2.92	6.01
2019	Call No. 23/2019 – Research on prevention, detection and control of Malaria	11	6.20	12.75
2020	Call no. 31/2020 – Grand Challenges Exploration – Brazil: Data Science to Improve Maternal and Child Health, Women’s Health and Children’s Health in Brazil	12	2.26	4.66

Table 1. Amounts invested per public call and direct contract under the Grand Challenges Brazil strategy. Brazil, 2011 to 2020

Year	Type of funding	Number of studies	Amount (PPP\$) (in million)	% invested
	Direct contracting – Eliminate Dengue: Brazil challenge	4	21.95	45.16
2011	Using <i>Wolbachia</i> bacteria to block dengue fever in <i>Aedes aegypti</i> mosquitos	1	3.72	7.64
2016	Expanding the 'Eliminate Dengue: Brazil challenge': using mosquitos infected with <i>Wolbachia</i> in a pilot study in a Brazilian municipality with more than 500,000 inhabitants	1	6.32	13.01
2018	Expanding the 'Eliminate Dengue: Brazil challenge': Using mosquitos infected with <i>Wolbachia</i> – Final Phase Niterói/RJ	1	0.81	1.67
2019	Implementing and establishing <i>Aedes aegypti</i> mosquitos with <i>Wolbachia</i> to reduce arbovirus transmission	1	11.10	22.83
	Total of the GC-Brazil Strategy	75	48.61	100.00

Source: Prepared by the authors, based on data obtained from the Pesquisa Saúde repository²⁴, accessed in December 2023.

PPP\$ – Purchasing Power Parity.

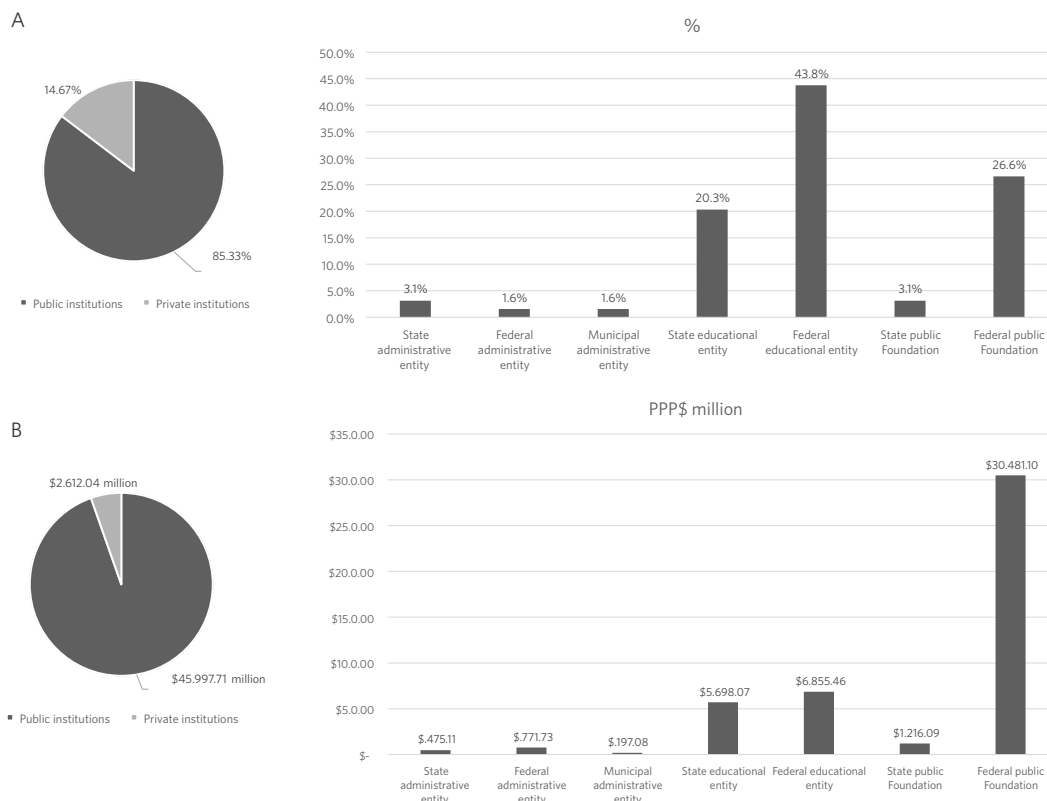
Under GC-Brazil, 33 institutions were awarded research funding over the ten-year period analyzed. Examining the distribution of research by institution type, the *graph 1 A* reveals that 10 private and 23 public institutions received funding for 11 (14.67%) and 23 (85.33%) studies, respectively. These public entities include Science and Technology Institutions (STIs), encompassing public universities and federal research foundations, as well as administrative entities at the federal (Evandro Chagas Institute), state (State Health Department), and municipal (Municipal Health Department) levels. For this analysis, an STI is defined as a direct or indirect public administration agency or entity, or a private non-profit entity, legally constituted under Brazilian law, headquartered in Brazil, whose institutional mission or social objective includes basic or applied scientific or technological research, or the development

of new products, services, or processes. All private institutions are classified as STIs.

Among public institutions, federal educational entities had the highest approval rate for research projects (43.8%), followed by federal public foundations (26.6%), represented by the Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ), a science, technology, and innovation institution linked to the Ministry of Health.

Public institutions received most of the funding, totaling PPP\$ 46 million, compared to PPP\$ 2.61 million for private institutions. Among public institutions, federal public foundations were the most funded, receiving PPP\$ 30.48 million as shown in *graph 1 B*, PPP\$ 21.95 million of which was invested in the 'Eliminate Dengue: Brazil Challenge' project, followed by federal and state educational entities with a total of PPP\$ 7.16 and PPP\$ 5.70 million, respectively. Administrative entities received the least funding, with only four approved studies.

Graph 1. Distribution of research by institution type in the Grand Challenges Brazil Strategy from 2011 to 2020. (A) By percentage of funded studies. (B) By amount of funding (PPP\$)



Source: Own elaboration based on data obtained from the Pesquisa Saúde repository²⁴.

Values in PPP\$ - Purchasing Power Parity.

Analysis of the types of funded research (*table 2*) revealed that most of these studies can be classified as population and public health research (PPHR), representing 40.00% of the total research and accounting for the largest share of investment, totaling 55.53% (PPP\$ 26.99 million). It is important to note that PPP\$ 18.24 million (67.60%) of this amount refers to direct contracts for the three studies aimed at expanding and implementing the

‘Eliminate Dengue: Brazil Challenge’ in 2016, 2018, and 2019.

In second place is health services research (HSR), which represent 22.67% of the total, followed by biomedical research (BR), with 21.33%, receiving investments of PPP\$ 7.24 million and PPP\$ 8.57 million, respectively. Finally, clinical research (CR) constituted 16.00% of the total, absorbing 11.96% of the total invested resources.

Table 2. Distribution of funding for Grand Challenges Brazil studies by type of research. Brazil, 2011–2020

Type of research*	No. of studies		Funding	
	n	%	PPP\$ (in million)	%
Population and public health	30	40.00	26.99	55.53
Health services	17	22.67	7.24	14.89
Biomedical research	16	21.33	8.57	17.63
Clinical research	12	16.00	5.81	11.95
Total	75	100.00	48.61	100.00

Source: Prepared by the authors, based on data obtained from the Pesquisa Saúde repository²⁴, accessed in December 2023, supplemented with DECIT documents.

* Classification according to CAHS, 2009; PPP\$ - Purchasing Power Parity.

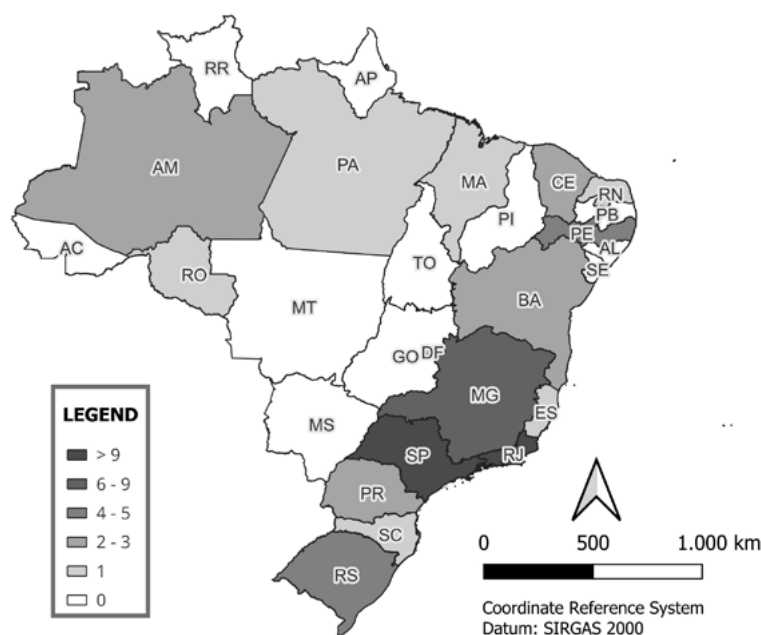
With respect to the geographical distribution, the georeferencing analysis of approved research under GC-Brazil in *figure 1* reveals a concentration of institutions located in Southeastern Brazil. In this region, all states were included, with São Paulo and Rio de Janeiro standing out, with 21 and 18 studies, respectively. Minas Gerais state had 9 studies approved, while Espírito Santo had only 1.

Southern Brazil had the second-highest number of funded projects, with a total of 8, representing 11.26% of approved research. All states in this region were included: Paraná (3 projects), Rio Grande do Sul (5 projects), and Santa Catarina (1 project). By contrast, the

Central-West showed the lowest number of approved projects among the country's regions, with only 2, all allocated to the Federal District, representing 2.82% of the total.

The Northeast and North had an intermediate number of approved projects. The Northeast received funding for 11 studies, totaling 15.49% of approvals, distributed across 5 states: Bahia (2 projects), Ceará (3 projects), Maranhão (1 project), Pernambuco (4 projects), and Rio Grande do Norte (1 project). On the other hand, the North had 4 projects, corresponding to 5.63% of the total, with the following distribution: Amazonas (2 projects), Pará (1 project), and Rondônia (1 project).

Figure 1. Distribution of funded research in the public calls of the Grand Challenges Brazil Strategy by Federal Unit. Brazil, 2013-2020



Source: Own elaboration based on data obtained from the Pesquisa Saúde repository²⁴.

North Region: Acre (AC), Amazonas (AM), Amapá (AP), Pará (PA), Rondônia (RO), Roraima (RR), Tocantins (TO); Northeast: Maranhão (MA), Piauí (PI), Ceará (CE), Rio Grande do Norte (RN), Paraíba (PB), Pernambuco (PE), Alagoas (AL), Sergipe (SE), Bahia (BA); Central-West: Mato Grosso do Sul (MS), Mato Grosso (MT), Goiás (GO), Federal District (DF); Southeast: Minas Gerais (MG), Espírito Santo (ES), Rio de Janeiro (RJ), São Paulo (SP); South Region: Paraná (PR), Santa Catarina (SC), Rio Grande do Sul (RS).

Discussion

Between 2011 and 2020, the Ministry of Health's Department of Science and Technology and the Bill & Melinda Gates Foundation allocated PPP\$ 48.61 million to 75 research projects. There was a predominance of population or public health studies,

which were approximately 1.8 times more frequent than biomedical and health services research, and 2.5 times more common than clinical studies. This result reflected the thematic focus of the public calls, which aimed to address population-level health issues.

It is important to note that for DECIT, research support is not limited to funding studies; it also includes establishing priorities, as well as the appropriation and dissemination of the results achieved⁶. Research priority agendas guide what should be funded in the country. The first agenda was published in 2004 (National Health Research Priorities Agenda – ANPPS), following the 2nd National Conference on Health Science and Technology³⁴. More recently, in 2018, the Ministry of Health updated these priorities and published the Ministry of Health Research Priority Agenda (APPMS)³⁵. Thus, themes such as child health, including the perinatal period, first year of life, and childhood, as well

as the magnitude, dynamics, and understanding of women's health issues, are priorities in both agendas. Likewise, malaria and microbial resistance to antimicrobials and other drugs are also included in both ANPPS and APPMS^{34,35}. As such, the studies funded by GC-Brazil were in line with the country's research priorities over this decade, allowing the knowledge generated to contribute to public health policies.

In light of limited resources, governments, funding agencies, and research organizations worldwide increasingly strive to maximize the social and economic returns of research investment to improve health practices^{36,37}. This was also observed in the GC-Brazil strategy, which sought research projects applicable to the local context. The calls for public proposals clearly emphasized new public health approaches with impactful actions on a regional scale. Given the characteristics of public calls in this international collaboration, selected studies needed to investigate both the health determinants of a population and the application of this knowledge to control relevant health problems.

A significant investment, representing almost half of the resources allocated by GC-Brazil, went to the 'Eliminate Dengue: Brazil Challenge' project, covering all assessment stages of the *Wolbachia* method for the Brazilian context, from translational research encompassing various stages of laboratory work to population benefits³⁸. Funding for this project began in 2004 through the Grand Challenges in Global Health program³⁹. In 2011, with the Memorandum of Understanding that formalized GC-Brazil, the project was initiated in Brazil, with initial co-funding by DECIT and BMGF²⁴, in partnership with Monash University in Australia, where research on the bacterium's use in *Aedes aegypti* mosquitoes began.

Arboviruses pose an important public health threat in Brazil, which has reported the highest proportion of suspected cases in the Americas⁴⁰. Recently, from 2019 to 2023,

6,104,992 suspected cases of dengue were recorded in Brazil, with 63% (2020) to 84% (2022) of cases reported in the Americas⁴⁰. Thus, with the good results of the *Wolbachia* strategy in Brazil, achieving a significant reduction in the transmission of dengue and other diseases transmitted by *Aedes*⁴¹⁻⁴³, and its proven effectiveness in reducing dengue incidence and severity⁴⁴, the 'Eliminate Dengue: Brazil Challenge' project, funded through direct contracting, was deemed strategic for reducing arbovirus transmission^{16,39,43}.

Despite the participation of researchers and institutions from all Brazilian regions, the GC-Brazil program observed a concentration of approved research in the Southeast, which accounted for 81.25% of the total invested resources divided among 45 research projects. This predominance of investments in researchers from Southeastern Brazil has been frequent, regardless of the research theme^{9,16,17}. According to a study conducted on the InCites platform, between 2011 and 2018, Brazilian states with the highest research funding were São Paulo (34%), Rio de Janeiro (12%), and Minas Gerais (10%), followed by the three states in the South⁴⁵. A study that assessed dengue research funding in the country showed that institutions in the Southeast received approximately 78% of DECIT's funding¹⁷. A similar situation was reported in relation to funding for food and nutrition research⁹.

Changing this scenario is not simple, given the concentration of educational and research institutions in southeastern Brazil. A successful approach to promote scientific and technological advancements in health for all Brazilian regions is the Shared Health Management model of the Research Program of the National Health System (PPSUS)²¹. With a decentralized, participative management model and considering the principle of equity, one of SUS's core principles, PPSUS aims to fund research on priority health themes for each state, thereby helping reduce regional disparities in health science, technology, and innovation^{17,21}.

Another strategy adopted by DECIT to foster scientific progress in all Brazilian regions is funding multicenter studies involving research centers from several states, facilitating knowledge sharing and research expertise.

Finally, most of the receiving institutions were public entities (69.70%), but 30.30% were private. Among the public institutions, educational entities (federal and state universities) and federal public foundations stood out. In Brazil, as in developed countries such as the United States, the main research funder is the government, either directly through ministries or via national or state funding agencies, as well as public universities, which have funds to support research and technological innovation by faculty and students^{6,45}. Thus, it is expected that STIs would predominantly benefit from public research funding. However, unlike public calls through the CNPq, in which researchers generally must belong to an STI, GC-Brazil approved projects from researchers affiliated with federal, municipal, and state administrative entities. The participation of administrative entities was possible because the public calls did not prohibit researchers from being affiliated with an STI²⁸⁻³³.

As a limitation, this study analyzed only the research funding provided by DECIT in partnership with the BMGF under GC-Brazil, that is, research funded directly by the BMGF to other institutions in the country was not included. Another limitation is that the present study was based on information from the Pesquisa Saúde repository²⁴, which may contain input errors that were corrected, where possible, through document analysis.

Conclusions

This study reveals that, through the Grand Challenges Brazil strategy, a partnership between the Ministry of Health and the Bill & Melinda Gates Foundation, PPP\$ 48.61 million

was invested in 75 studies aligned with the country's research priorities over the ten-year period analyzed. There was a predominant emphasis on population and public health studies, as well as health services research.

International partnerships have the potential to significantly increase the amount of funding available to researchers in the country. However, further studies are needed to assess how the knowledge produced by these research projects has been used by decision-makers and the real impact of these studies on health policies.

Acknowledgments

The authors thank the Department of Science and Technology of the Ministry of Health's Department of Science, Technology, Innovation, and Health Industrial Complex for providing documents and data for this study.

Conflict of interest statement

All authors held technical or managerial positions at the Brazilian Ministry of Health at different times.

Collaborators

Couto PC (0000-0002-9253-2017)*, Py-Daniel SS (0000-0002-1081-0483)* and Melo GBT (0000-0002-6758-0834)* contributed to the study's conception and design, data collection, analysis and interpretation, drafting and final revision of the manuscript. Obara MT (0000-0001-6872-0096)* and Angulo-Tuesta A (0000-0002-3231-5918)* contributed to the study's conception and design, critical review, and approval of the final version of the manuscript. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

References

1. Prytkov GV, Rubtsov VP, Tsvetus NY. International scientific cooperation as a tool for e-health promotion. *Indian J Sci Technol*. 2016;9(42):1-8. DOI: <https://doi.org/10.17485/ijst/2016/v9i42/104280>
2. Hirv T. Effects of European Union funding and international collaboration on Estonian scientific impact. *J Scientometric Res*. 2018;7(3):181-8. DOI: <https://doi.org/10.5530/jsires.7.3.29>
3. Oliveira SEMC, Calmon PCDU, Leal JBS, et al. Gestão do fomento à cooperação internacional em ciência, tecnologia e inovação: a experiência das Fundações de Amparo à Pesquisa (FAPs) brasileiras. *Rev Pesq Polít Públicas* [Internet]. 2022 [accessed 2024 Jul 28];1(2). Available at: <https://periodicos.unb.br/index.php/rp3/article/view/46816>
4. Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. Boletim Anual OCTI [Internet]. Brasília, DF: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos; 2023 [accessed 2024 Jul 28]. V. 3. 122 p. Available at: https://www.cgee.org.br/documents/10195/11009696/CGEE_OCTI_Boletim_Anual_do_OCTI_2022.pdf
5. Gadelha CA, Maretto G, Nascimento MAC, et al. The health economic-industrial complex: production and innovation for universal health access, Brazil. *Bull World Health Organ*. 2024;102:352-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.23.290838>
6. Sachetti CG, Júnior AB, Carvalho ACC, et al. Landscape of Brazilian research and development public funding in advanced therapies: lessons learned and a roadmap for middle-income economies. *Cytotherapy*. 2022;24(11):1158-65. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcyt.2022.06.004>
7. Tenório M, Mello GA, Viana ALD. Policies for fostering health science, technology and innovation in Brazil and the role of clinical research. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(5):1441-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33342016>
8. Angulo-Tuesta A, Hartz ZM. Equidade e governança: análise política da pesquisa em determinantes sociais da saúde no Brasil. *An do IHMT*. 2018;17(supl2):37-43. DOI: <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.259>
9. Couto PC, Ell E, Figueiró AC, et al. Avaliação do fomento de pesquisas em alimentação e nutrição apoiadas pelo Ministério da Saúde, de 2002 a 2017. *Cad ESP* [Internet]. 2019 [accessed 2024 Jul 28];13(1):47-57. Available at: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/168>
10. Ministério da Saúde (BR). Relatório Anual de Gestão (RAG) 2021 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [accessed 2024 Jul 28]. Available at: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/rag/rag-2021.pdf/view>
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde [Internet]. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2008 [accessed 2024 Jul 28]. 44 p. Available at: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf
12. Guimarães R, Souza LEPF, Santos LMP, et al. Não há saúde sem pesquisa: avanços no Brasil de 2003 a 2010. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2012;36(1):55-65. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2012.v36.n1.a236>
13. Ministério da Saúde (BR). Memorando de Entendimento entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e a Fundação Bill & Melinda Gates para tratar da saúde global e das necessidades de desenvolvimento em países em desenvolvimento. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2011. [Documento interno cedido pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde].
14. Bill & Melinda Gates Foundation [Internet]. [unknown location]: Grand Challenges; ©2003-2025. Grand

Challenges – Solving global health and development problems for those most in need; [date unknown; accessed 2024 Jul 28]. Available at: <https://www.grandchallenges.org/>

15. Melo e Silva CA, Andrade BLA. Fomento à pesquisa em Doenças Negligenciadas no país. *Tempus*. 2018;12(1):101-12. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v10i4.2499>
16. Melo GBT, Angulo-Tuesta A, Silva END, et al. Evolution of research funding for neglected tropical diseases in Brazil, 2004-2020. *PLoS Negl Trop Dis*. 2023;17(3):e0011134. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0011134>
17. Melo GBT, Angulo-Tuesta A, Silva EM, et al. Funding for research on dengue in Brazil, 2004-2020. *Saúde debate*. 2023;47(138):601-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313817i>
18. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF. 1988 out 5 [accessed 2025 Nov 25]; Seção 1:1. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
19. Presidência da República (BR). Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2023 nov 28 [accessed 2025 Nov 25]; Edição 225-B; Seção 1:1-13. Available at: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11798.htm.
20. Michaelis, Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa [Internet]. [unknown location]: Editora Melhoramentos Ltda; © 2025. Fomentar [date unknown; accessed 2025 Nov 25]. Available at: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/fomentar>
21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – Diretrizes Técnicas [Internet]. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [accessed 2024 Nov 25]. 64 p. Available at: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_pesquisa_sus_diretrizes_tecnicas.pdf
22. Presidência da República. Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012. Altera a alíquota das contribuições previdenciárias sobre a folha de salários devidas pelas empresas que especifica; institui o Programa de Incentivo à Inovação Tecnológica e Adensamento da Cadeia Produtiva de Veículos Automotores, o Regime Especial de Tributação do Programa Nacional de Banda Larga para Implantação de Redes de Telecomunicações, o Regime Especial de Incentivo a Computadores para Uso Educacional, o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência. Diário Oficial da República [Internet], Brasília, DF. 2012 set 18 [accessed 2024 Jul 28]; Seção 1:1 Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12715.htm
23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Departamento de Cooperação Técnica e Desenvolvimento em Saúde. Manual do Proadi-SUS: manual técnico de orientação para elaboração, análise e prestação de contas dos projetos do ProadiSUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [accessed 2024 Jul 28]. 148 p. Available at: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_proadisus.pdf
24. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [date unknown; accessed 2024 Jul 28]. Available at: <http://pesquisasau-de.saude.gov.br/>
25. Controladoria-Geral da União (BR). Portal da Transparência [Internet]. Brasília, DF: CGU; [date unknown; accessed 2024 Jul 28]. Available at: <https://portal.datransparencia.gov.br/>
26. Canadian Academy of Health Sciences. Making an impact: A preferred framework and indicators to

- measure returns on investment in health research [Internet]. Ottawa: Canadian Academy of Health Sciences; 2009 [accessed 2024 Jul 28]. Available at: <https://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2011/09/ROL-FullReport.pdf>
27. World Bank Group [Internet]. [unknown location]: The world Bank Group; ©2025. PA.NUS.PPP – Preço relativo de bens e serviços [accessed 2024 Nov 25]. Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/PA.NUS.PPP>
 28. Ministério da Ciência, Tecnologia e Informação (BR). Grandes Desafios Brasil: prevenção e manejo dos nascimentos prematuros. Chamada Nº 05/2013 MCTI/CNPq/MS/SCTIE/Decit/Fundação Bill e Melinda Gates [Internet]. [Brasília, DF]: MCTI; 2013 [accessed 2024 Jul 28]. Available at: https://saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/pdfs-em-geral/05_2013_cnpq_grandes_desafios_brasil_prevencao_e_manejo_dos_nascimentos.pdf
 29. Ministério da Ciência, Tecnologia e Informação (BR). Grandes Desafios Brasil: Desenvolvimento Saudável Para Todas as Crianças. Chamada MCTI/CNPq/MS/SCTIE/DECIT/Fundação Bill e Melinda Gates [Internet]. [Brasília, DF]: MCTI; 2014 [accessed 2024 Jul 28]. Available at: https://www.unifesspa.edu.br/imagens/editais/editais_2014/PDF_da_Chamada_47_014.pdf
 30. Bill & Melinda Gates Foundation [Internet]. [unknown location]: Grand Challenges; ©2003-2025. Grand Challenges Explorations – Brazil: data science approaches to improve maternal and child health in Brazil; 2018 [accessed 2024 Jul 28]. Available at: <https://gcgh.grandchallenges.org/challenge/grand-challenges-explorations-brazil-data-science-approaches-improve-maternal-and-child>
 31. Ministério da Saúde (BR). Grand Challenges Explorations-Brasil: Novas Abordagens para Caracterizar a Prevalência de Resistência aos Antimicrobianos [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2018 [accessed 2024 Jul 28]. Available at: https://gcgh.grandchallenges.org/sites/default/files/files/GCE_Brasil_AMR_Abr%25205_Portuguese_final.pdf
 32. Ministério da Saúde (BR). Grand Challenges Brasil: Pesquisas de prevenção, detecção e combate à Malária. Chamada CNPq/MS-SCTIE-DECIT/Fundação Bill & Melinda Gates Nº 23/2019. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2019. [Documento cedido pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde].
 33. Ministério da Ciência, Tecnologia e Informação (BR). Grand Challenges Explorations – Brasil: Ciência de Dados Para Melhorar a Saúde Materno-Infantil, Saúde da Mulher e Saúde da Criança no Brasil. Chamada MCTI/CNPq/MS/SCTIE/DECIT/Fundação Bill & Melinda Gates Nº 31/2020 [Internet]. [Brasília, DF]: MCTI; 2020 [accessed 2024 Nov 25]. Available at: <https://fapergs.rs.gov.br/upload/arquivos/202008/17102810-fbmg-ms-cnpq-ciencias-de-dados.pdf>
 34. Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde [Internet]. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2015 [accessed 2024 Jul 28]. 68 p. Available at: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_nacional_prioridades_2ed_4imp.pdf
 35. Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [accessed 2024 Jul 28]. 26 p. Available at: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf
 36. Adam P, Ovseiko PV, Grant J, et al. ISRIA statement: ten-point guidelines for an effective process of research impact assessment. *Health Res Policy Sys*. 2018;16(1):8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0281-5>
 37. Wensing M, Grol R. Knowledge translation in health: how implementation science could contribute more. *BMC Med*. 2019;17:88. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1322-9>

38. Morris ZS, Wooding S, Grant J. The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *J R Soc Med.* 2011;104(12):510-20. DOI: <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110180>
39. World Mosquito Program [Internet]. [location unknown]: Monash University; ©2025. Our story [accessed 2023 Apr 2]. Available at: <https://www.worldmosquitoprogram.org/en/about-us/our-story>
40. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2024 [accessed 2024 Jul 28];55(11). Available at: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-11.pdf/>
41. Santos GR, Durovni B, Saraceni V, et al. Estimating the effect of the wMel release programme on the incidence of dengue and chikungunya in Rio de Janeiro, Brazil: a spatiotemporal modelling study. *Lancet Infect Dis.* 2022;22(11):1587-95. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00436-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00436-4)
42. Pinto SB, Riback TIS, Sylvestre G, et al. Effectiveness of *Wolbachia*-infected mosquito deployments in reducing the incidence of dengue and other *Aedes*-borne diseases in Niterói, Brazil: A quasi-experimental study. *PLoS Negl Trop Dis.* 2021;15(7):e0009556. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009556>
43. Rocha MN, Duarte MM, Mansur SB, et al. Pluripotency of *Wolbachia* against Arboviruses: the case of yellow fever. *Gates Open Res.* 2019;3:161. DOI: <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.12903.2>
44. Utarini A, Indriani C, Ahmad RA, et al. Efficacy of *Wolbachia*-Infected Mosquito Deployments for the Control of Dengue. *N Engl J Med.* 2021;384(23):2177-86. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2030243>
45. Dudziak EA. Quem financia a pesquisa brasileira? Um estudo InCites sobre o Brasil e a USP [Internet]. São Paulo: SIBiUSP; 2018 [accessed 2024 Jul 28]. Available at: <https://www.abcd.usp.br/noticias/quem-financia-a-pesquisa-brasileira-um-estudo-incites-sobre-o-brasil-e-a-usp/>

Received on 11/26/2024

Approved on 04/04/2025

Conflict of interest: non-existent

Financial support: non-existent

Editor in charge: Elda Coelho de Azevedo Bussinguer

Validation of the Piers-Harris Children Self-Concept Scale – PHCSCSV1-6 in Brazilian Portuguese for adolescents

Validação do Piers-Harris Children Self-Concept Scale – PHCSCSV1-6 para português do Brasil em adolescentes

Rafaella Araújo Amancio de Lima Medeiros¹, Ramon Targino Firmino², Myrelle Leal Campos Sousa¹, Matheus França Perazzo³, Edja Maria Melo de Brito Costa¹, Saul Martins Paiva⁴, Ana Flávia Granville-Garcia¹

DOI: 10.1590/2358-28982025145100521

ABSTRACT The study validated the Piers-Harris Children Self-Concept Scale (PHCSCSV1-6) for Brazilian adolescents, an instrument for measuring self-concept. The culturally adapted Brazilian Portuguese version (BR-PHCSCS) was administered to 325 adolescents aged 12-18 years at public and private schools in two cities in Northeast Brazil. Psychometric properties analyzed included internal consistency (Cronbach's alpha and McDonald's omega), reproducibility (Intraclass Correlation Coefficient [ICC]), convergent validity (Depression, Anxiety and Stress Scale [DASS-21]), discriminant validity (sociodemographic variables), predictive validity (dental caries and occlusal aspects) and factorial validity (Exploratory Factor Analysis [EFA]). The scale exhibited satisfactory Cronbach's alpha = 0.79; McDonald's omega = 0.78; ICC = 0.97. The scale showed a multidimensional structure with six factors, explaining 45.3% of the variance. Convergent validity was confirmed with BR-PHCSCS and DASS-21 scores ($r_s = -0.575, p < 0.001$). Discriminant validity revealed associations with type of school ($p = 0.033$), number of children ($p = 0.027$), guardian's education level ($p = 0.008$), and monthly income ($p = 0.018$). The self-concept of BR-PHCSCS was not associated with occlusal problems or caries experience. BR-PHCSCS demonstrated satisfactory psychometric properties for Brazilian adolescents aged 12-18 years and can be reliably used for other situations that exert an influence on the construct.

KEYWORDS Dental caries. Malocclusion. Oral health. Self-concept. Validation study. Reproducibility of results.

RESUMO O estudo validou a Piers-Harris Children Self-Concept Scale (PHCSCSV1-6) para adolescentes brasileiros, um instrumento para medir o autoconceito. A versão adaptada para o Brasil (BR-PHCSCS) foi administrada a 325 adolescentes de 12 a 18 anos de escolas públicas e privadas do Nordeste do Brasil. As seguintes propriedades psicométricas foram analisadas: consistência interna (alfa de Cronbach e ômega de McDonald), reprodutibilidade (Coeficiente de Correlação Intraclassa [CCI]), validade convergente (Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse [DASS-21]), validade discriminante (variáveis sociodemográficas), validade preditiva (cárie dentária e aspectos oclusais) e validade fatorial (análise fatorial exploratória [AFE]). A escala apresentou alfa de Cronbach satisfatório = 0,79; ômega de McDonald = 0,78; CCI = 0,97; e estrutura multidimensional com seis fatores, explicando 45,3% da variância. A validade convergente foi confirmada com os escores do DASS-21 ($r_s = -0,575, p < 0,001$). A validade discriminante revelou associações com tipo de escola ($p = 0,033$), número de filhos ($p = 0,027$), escolaridade do responsável ($p = 0,008$) e renda ($p = 0,018$). O autoconceito não foi associado a problemas oclusais ou cárie. A escala demonstrou propriedades psicométricas satisfatórias para adolescentes brasileiros e pode ser usada de forma confiável para outras situações que influenciem no construto.

PALAVRAS-CHAVE Cárie dentária. Má oclusão. Saúde bucal. Autoimagem. Estudo de validação. Reprodutibilidade dos testes.

¹Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campina Grande (PB), Brasil.

²Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – Patos (PB), Brasil.
ramontargino@gmail.com

³Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiânia (GO), Brasil.

⁴Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.



Introduction

Self-concept regards one's perception of oneself^{1,2}. Individuals with less clarity in terms of self-concept normally also have lower self-esteem and tend to maintain relatively unstable self-descriptions over time^{3,4}. It is connected to levels of anxiety and personal motivation, which exert psychoeducational interventions⁵.

Like self-esteem, self-concept is part of a psychosocial dimension that can directly affect the development of children and adolescents. The perceptions they have about themselves are analyzed not only based on their abilities but are also the result of an in-depth analysis of their social constructions, personal achievements and experiences^{6,7}.

Adolescence is a period of the construction of one's identity as well as the formation, establishment and improvement of practices that can enhance one's mental health⁸. This developmental stage is often characterized by a heightened awareness of one's body, which frequently coincides with an increase in body image dissatisfaction⁹.

Oral health exerts a considerable impact on the quality of life and health of adolescents¹⁰. Thus, seeking knowledge of the self-concept level of young people in this phase can contribute to the detection of possible environmental and social exposures and diminish the occurrence of mental health problems during this process^{6,7,11}.

Some measures designed to assess self-concept have been validated, such as the Multidimensional Self-Concept Scale, which uses a self-report format with Likert scale responses¹². The Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCS) was originally developed in the 1960s as a short self-report instrument to assess self-concept in children and adolescents¹³. The most recent formulation emerged in Portugal, with the improvement of the psychometric qualities of the scale¹⁴.

After additional analyses, the 30-item PHCSCSV1-6 was developed and validated.

In this version, the scale was improved and the number of items was reduced, consequently diminishing the time required to answer the questionnaire. The items maintained the six responses options, with a higher final score denoting a higher level of self-concept¹⁴.

The Brazilian adaptation of this scale offers an important tool for the clinical assessment and monitoring of adolescents in psychotherapy, which facilitates the identification of students with adjustment difficulties and the assessment of emotional well-being among adolescents in vulnerable situations at educational institutions¹²⁻¹⁴.

Therefore, the aim of the present study was to validate a self-concept instrument (the Piers-Harris Children Self-Concept Scale – PHCSCSV1-6, in Brazilian Portuguese version) for use on adolescents aged 12 to 18 years, considering the hypothesis that this version will be compatible with culture and language in Brazil and will exhibit adequate psychometric properties (reliability and validity), with the belief that lower self-concept scores would be related to a greater quantity of occlusal problems and caries experience.

Materials and methods

Design

A validation study with an analytical, cross-sectional approach was conducted to validate the Piers-Harris Children Self-Concept Scale PHCSCSV1-6 in Brazilian Portuguese for adolescents. The present investigation followed the guidelines of the Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments (COSMIN) for validation studies¹⁵.

Participants

The study population was composed of adolescents aged 12 to 18 years duly enrolled at

public and private schools in the municipalities of Santa Luzia and Campina Grande in Northeast Brazil, respectively with an estimated population at the time of 2,342 students and 24,911 adolescents¹⁶. The decision was made to include participants from two different municipalities to obtain the perceptions of individuals from two different circumstances with regard to the construct addressed on the scale. The study was conducted based on the hypothesis that the scale has validity and reliability for the age group and population described.

Sample calculation

The total sample was composed of 325 students aged 12 to 18 years from public and private schools in the municipalities of Santa Luzia and Campina Grande. This sample size is enough to detect correlation coefficients as low as 0.20, based on a bilateral test, an alpha of 0.05 and a 95% test power¹⁷.

Eligibility criteria

Adolescents aged 12 to 18 years of both sexes duly enrolled in public and private schools in the municipalities of Santa Luzia and Campina Grande, Brazil, were included. The participants could not have any systemic diseases, physical disabilities or learning disabilities (reported by the teachers present at the time of data collection). Adolescents undergoing orthodontic treatment at the time of data collection were excluded, as such treatment could hinder the diagnosis of dental caries during the clinical examination in the school setting.

Calibration

The calibration of the examiner (postgraduate student) for dental caries followed the method proposed by Peres, Traebert and Marcenes¹⁸, using the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS). Cohen's Kappa coefficient was > 0.80 ($p < 0.05$).

Malocclusion was assessed using the Dental Aesthetic Index (DAI). The examiner underwent training and calibration exercises, obtaining Cohen's Kappa coefficient ≥ 0.90 ($p < 0.05$). The training of the researchers for the PHCSCSV1-6 scale was achieved during the pilot study and calibration was not necessary.

Cross-cultural adaptation

Prior to the onset of the cross-cultural adaptation, the authors of the original scale were contacted and authorized the translation and validation of the scale for Brazilian Portuguese.

The cross-cultural adaptation process was performed by a team with vast experience in the construct studied and followed a pre-established method¹⁹, the steps of which are described below:

- a. Translation: The translation of the scale from English to Brazilian Portuguese by two independent translators native to Brazil.
- b. Unification of the questionnaire: A team of specialists unified the two translated versions, defining the writing of the items in the unified version in Portuguese.
- c. Back translation: The unified version of the scale in Portuguese was back translated into English by a native English-speaking translator with ample skill in Brazilian Portuguese and no prior knowledge of the scale.
- d. Revision of the back translation and unification of the questionnaire: The team of specialists analyzed the back translated version compared to the original scale and produced a second unified version that was sent to the authors of the original scale for their opinion.
- e. Pretest of the scale: Interviews with probing questions were held with a group of 25 adolescents enrolled at a public school

to identify possible understanding difficulties of the scale. The participants in this step were encouraged to point out difficulties in terms of clarity and suggest synonyms for terms or words that were difficult to understand.

f. Final discussion of the team of specialists and production of the final questionnaire: The team of specialists met, considered the suggestions of the interviewed adolescents and those of the authors of the original scale, and created the final version of the questionnaire in Brazilian Portuguese (BR-PHCSCS).

Pilot study

Prior to the onset of the main study, a pilot study was conducted to test the proposed data collection methods and the applicability of the questionnaire. This phase was held at two schools (one public and one private) selected by convenience. The 40 adolescents who participated in this phase were not included in the main study.

Nonclinical data collection

The parents/guardians of the adolescents answered a sociodemographic questionnaire with items related to the guardian (sex, ethnicity, marital status, degree of relatedness to the adolescent, number of children, education level, income and main occupation) and the adolescent (age, grade, type of school, sex, date of birth and whether the adolescent had been ill in the previous 15 days).

The questionnaires were then collected and the adolescents were conducted in groups of five to a quiet room at the school for the self-administration of the Brazilian version of the Pier-Harris Self-Concept Scale (BR-PHCSCS) and the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21).

The Brazilian version of the BR-PHCSCS is directed at adolescents, addressing the perceptions adolescents have about

themselves. The scale is composed of 30 items and has a structure composed of six factors: anxiety, physical appearance, behavioral adjustment, popularity, happiness and intellectual status. The individual items were summed to calculate the score for each participant. Each item is scored from one to six points. For the inverse items (Item 1, Item 3, Item 4, Item 7, Item 9, Item 10, Item 11, Item 13, Item 15, Item 16, Item 19, Item 20, Item 21, Item 22, Item 25, Item 27, Item 28, Item 29, Item 30), the numerical value was reversed prior to entering the final sum of the scores¹⁴.

DASS-21 is also directed at adolescents and used to identify levels of depression, anxiety and stress based on sensations and conduct experienced by adolescents. This is a clear instrument of easy application in both the clinical setting and epidemiological studies and has been translated and validated in Brazil for use on adolescents²⁰. DASS-21 is composed of 21 items designed to assess the three disorders simultaneously (depression, anxiety and stress). The final score is multiplied by 2 to correspond to the original DASS-42. A score is calculated for each subscale (depression, anxiety and stress), leading to a classification of normal, mild, moderate, severe and extremely severe, with higher scores denoting more symptoms of each construct²¹.

Clinical data collection

After answering the questionnaires, the participants performed supervised tooth-brushing, followed by the collection of the clinical data (dental caries and malocclusion) for the divergent validity analyses.

The adolescents were examined individually in a reserved, well-lit room. The clinical examination was performed with the participant sitting in front of the examiner and assistant, who were using personal protective equipment. The intraoral examinations were performed with the aid of a

head lamp (Petzl Zoom head lamp, Petzl America, Clearfield, UT, USA), sterile mouth mirrors (PRISMA, São Paulo, SP, Brazil), sterile probes recommended by the World Health Organization (OMS-621-Trinity, Campo Mourão, PA, Brazil) and gauze to dry the teeth.

The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) was used for the diagnosis of dental caries, which includes non-cavitated and cavitated active and inactive lesions and the assessment of caries in three dimensions: severity, extent and activity. The codes included in the present study ranged from 2 (white spot visible without drying) to 6 (caries with dentin exposed occupying more than half of the surface), which indicated the presence of active and inactive carious lesions with or without cavity and with or without pulp involvement²².

The Dental Aesthetic Index (DAI) was used to assess malocclusion. The following cutoff points were considered: 13 to 25 = normal occlusion or minimal malocclusion; 26 to 30 = definite malocclusion (treatment elective); 31 to 35 = severe malocclusion (treatment highly desirable); and ≥ 36 = very severe or disabling malocclusion (treatment mandatory)²³.

Statistical analysis

Internal consistency of the scale was analyzed using Cronbach's alpha (α) coefficient and McDonald's omega coefficient²⁴. Test-retest reliability was determined using the Intraclass Correlation Coefficient (ICC) for the scores of the scale, considering 95% confidence intervals. For such, the scale was applied a second time after a 15-day interval in 20% of the adolescents in the study at public and private schools (half of the students at each location). The validity of the construct was determined using convergent, divergent and predictive validities. Convergent validity was determined through the correlation of the

BR-PHCSCS and DASS-21 scores. Spearman's correlation coefficients were calculated, as the total BR-PHCSCS and DASS-21 scores had nonparametric distribution. Divergent validity was investigated by comparing the BR-PHCSCS scores among the sociodemographic variables using the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests. Predictive validity was determined by comparing the BR-PHCSCS scores between adolescents with and without malocclusion, with and without caries as well as with and without caries on anterior teeth using the Mann-Whitney test ($p < 0.05$). The hypothesis was that adolescents with a lower self-concept score would also have a greater quantity of occlusal problems and caries experience.

Factorial validity was investigated using Exploratory Factor Analysis (EFA), with the fit of the dataset determined using the Kayser-Meyer-Olkin (KMO) measure (> 0.50) and Bartlett's Sphericity Test ($p < 0.05$). The Promax method was used for rotation. Factor loadings equal to or higher than 0.40 were considered adequate²⁴.

The entire statistical analysis process was performed using the IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences), version 25.0, (IBM Corp., Armonk, NY, USA) and the Mplus program (version 8.2; Muthén & Muthén), with the significance level set at 5% ($p < 0.05$).

Ethical considerations

The project for this study received approval from the Human Research Ethics Committee of Universidade Estadual da Paraíba (approval certificate number: 60413722.0.0000.5187; ethical approval number: 5.539.253). The following documents were sent: the Informed Consent Form, intended for parents or guardians to sign, and the Informed Assent Form, which was duly signed by the adolescent. The study followed Brazilian ethical research guidelines (Resolution No. 466/2012 and Resolution No. 510/2016)^{25,26}.

Results

Adaptation to Brazilian Portuguese

A total of 25 adolescents aged 12 to 18 years of both sexes answered the BR-PHCSCS in the presence of the researcher with the purpose of determining whether the items and instructions were simple and understandable. The students understood the items well and no suggestions were made for any changes to the writing of the questionnaire.

No changes were needed to the structure of the questionnaire and no linguistic adjustments to the items were necessary, achieving good semantic and cultural equivalence. The authors of the original scale were contacted

to assess and authorize the final version of the scale in Brazilian Portuguese.

Characteristics of participants

Three hundred twenty-five adolescents and their respective parents/guardians participated in the study. Adolescents who attended public school (90.2%), those who studied in the morning shift (43.4%), girls (53.2%) and adolescents up to 13 years of age (69.5%) predominated in the sample. With regard to the guardians, most were women (88.3%), with a complete high school education or higher (64.9%), self-declared non-white skin color (73.2%) and with a family income of up to the monthly minimum Brazilian wage (64.5%) (*table 1*).

Table 1. Mean ($\pm$ SD) PHCSCS scores according to sociodemographic characteristics of participants and guardians. Paraíba, Brazil. 2022

Variables		N (%)	PHCSCS Mean ($\pm$ SD)	p-value
Guardian's sex	Female	38 (11.7)	116.57 (18.22)	.718
	Male	287 (88.3)	118.00 (19.69)	
Guardian's race	White	87 (26.8)	118.39 (17.22)	.397
	Non-white	238 (73.2)	116.57 (19.04)	
Guardian's marital status	With partner	140 (43.1)	118.57 (18.84)	.345
	Without partner	185 (56.9)	115.98 (18.31)	
Degree of relatedness to adolescent	Father	37 (11.4)	118.79 (18.80)	.760
	Mother	257 (79.1)	116.74 (18.48)	
	Other	31 (9.5)	117.90 (19.35)	
Adolescent's school shift	Morning	141 (43.4)	119.27 (18.25)	.106
	Afternoon	118 (36.3)	116.55 (18.47)	
	Full time	66 (20.3)	113.41 (18.96)	
Type of school	Public	293 (90.2)	116.44 (18.62)	.033
	Private	32 (9.8)	122.50 (17.24)	
Adolescent's sex	Male	152 (46.8)	119.70 (18.14)	.080
	Female	173 (53.2)	114.73 (18.65)	

Table 1. Mean ($\pm$ SD) PHCSCS scores according to sociodemographic characteristics of participants and guardians. Paraíba, Brazil. 2022

Variables		N (%)	PHCSCS Mean ($\pm$ SD)	p-value
Adolescent's age	Up to 13 years	226 (69.5)	117.36 (18.64)	.696
	More than 13 years	99 (30.5)	116.43 (18.44)	
Have other children or ever took care of children other than this one?	Yes	266 (81.8)	116.14 (18.44)	.133
	No	59 (18.2)	121.29 (18.62)	
If yes, how many?	Up to 2	237 (72.9)	118.31 (17.65)	.027
	More than 2	88 (27.1)	113.73 (20.53)	
Schooling of person who answered the questionnaire	Up to complete primary school	114 (35.1)	113.76 (18.29)	.008
	High school or more	211 (64.9)	118.76 (18.50)	
Family income	Up to monthly min. wage	200 (61.5)	115.60 (18.62)	.018
	+ than monthly min. wage	110 (33.8)	119.75 (18.20)	

Source: The authors.

Psychometric properties

The scale exhibited excellent reliability, with good internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.79$; McDonald's $\omega = 0.78$) and test-retest reliability (ICC = 0.97; 95% CI: 0.96-0.98). Among the total correlations of the items, most values were near or higher than 0.40, indicating adequate correlation of the items with the scale. *Table 2* displays the mean total and variance of the scale if one item were deleted. Cronbach's α did not increase if any item were removed.

The prerequisites for EFA were met (KMO = 0.764; significant Bartlett's Sphericity Test

[$p < 0.001$]). EFA suggested a solution with six factors as the most adequate, explaining 45.3% of the variance. The following is the presentation of each factor and respective items: I. Anxiety (Items 1, 7, 13, 19 and 25) Cronbach's $\alpha = 0.60$; II. Physical appearance (Items 2, 8, 14, 20 and 26) Cronbach's $\alpha = 0.65$; III. Behavioral adjustment (Items 3, 9, 15, 21 and 27) Cronbach's $\alpha = 0.63$; IV. Popularity (Items 4, 10, 16, 22 and 28) Cronbach's $\alpha = 0.45$; V. Happiness (Items 5, 11, 17, 23 and 29) Cronbach's $\alpha = 0.53$; and VI. Intellectual status (Items 6, 12, 18, 24 and 30) Cronbach's $\alpha = 0.53$ (*tables 2 and 3*).

Table 2. Means of scale, variations of scale, total correlation of the item, Cronbach's alpha if the item were deleted from the PHCSCS. Paraíba, Brazil. 2022

Item	Mean total if item were deleted	Variance if item were deleted	Total correlation of item	Cronbach's alpha if item were deleted
1	113.17	326.45	.20	.79
2	112.36	314.00	.42	.78
3	112.92	322.42	.25	.78
4	112.96	314.90	.37	.78
5	111.86	319.59	.38	.78
6	112.29	322.43	.32	.78
7	113.13	317.69	.31	.78
8	112.81	313.94	.44	.77
9	112.21	326.80	.19	.79
10	112.56	324.54	.22	.78
11	111.99	320.30	.30	.78
12	112.91	318.56	.37	.78
13	113.79	323.72	.24	.78
14	112.21	323.23	.26	.78
15	113.19	319.16	.32	.78
16	112.24	319.51	.32	.78
17	112.03	315.45	.43	.78
18	113.28	321.38	.19	.79
19	113.14	324.78	.21	.78
20	112.55	314.00	.43	.78
21	111.91	321.24	.37	.78
22	112.62	313.62	.39	.78
23	113.30	329.80	.13	.79
24	113.50	321.81	.28	.78
25	113.37	330.35	.11	.79
26	112.72	328.90	.17	.79
27	111.82	328.12	.21	.78
28	112.65	322.39	.22	.78
29	113.40	307.65	.49	.77
30	113.25	314.50	.37	.78

Source: The authors.

Table 3. Factor loading for six-factor solution of PHCSCS. Paraíba, Brazil. 2022

Item	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
Item 1 - I am often afraid.	.606					
Item 4 - I feel that I am left out (excluded) from things	.566					
Item 7 - I cry easily	.683					
Item 13 - I am nervous	.642					
Item 19 - I get nervous when the teacher calls on me	.475					
Item 25 - I am shy	.359					
Item 29 - I am often sad	.620					
Item 2 - I am good-looking		.722				
Item 8 - I have a pleasant face		.728				
Item 10 - I am one of the last to be chosen for games and sports		.328				
Item 14 - I have nice hair		.634				
Item 20 - My appearance bothers me		.449				
Item 5 - I am happy			.743			
Item 11 - I am unhappy			.623			
Item 17 - I am cheerful			.724			
Item 3 - I often get into trouble				.675		
Item 9 - I get into fights a lot				.702		
Item 16 - My classmates make fun of me				.568		
Item 27 - I behave badly at home				.407		
Item 15 - I get distracted during class at school					.614	
Item 21 - I do many bad things					.454	
Item 22 - I find it hard to make friends					.479	
Item 28 - In games and sports, I watch instead of play					.492	
Item 30 - I forget what I learn					.567	
Item 6 - I am good in my schoolwork						.426
Item 12 - My classmates in school think I have good ideas						.492
Item 18 - I can give a good presentation in front of my class						.392
Item 23 - I am lucky						.628
Item 24 - I am an important person in my class						.647
Item 26 - I am strong						.348

Source: The authors.

Factor I: Anxiety; Factor II: Physical appearance; Factor III: Behavioral adjustment; Factor IV: Popularity; Factor V: Happiness; Factor VI: Intellectual status.

Regarding divergent validity, associations were found between the BR-PHCSCS and some sociodemographic variables. Scores were significantly lower in adolescents who attended public school ($p = 0.033$), those in families with more than two children ($p = 0.027$), those whose guardian had up to a complete primary school education ($p = 0.008$) and those whose family income was up to the monthly minimum wage ($p = 0.018$) (*table 1*).

Spearman's correlation test was used for the assessment of convergent validity.

BR-PHCSCS scores were negatively correlated with the DASS-21 scores ($r_s = -0.575$, $p < 0.001$), demonstrating a statistically significant moderate correlation. The assessment of predictive validity revealed no statistically significant associations between the BR-PHCSCS scores and the presence of active caries ($p = 0.24$) or the need for orthodontic treatment ($p = 0.51$), but an association was found with the presence of anterior spacing (diastema) ($p = 0.04$) (*table 4*).

Table 4. Mean ($\pm$ SD) PHCSCS scores according to dental caries and Aesthetic Dental Index (DAI). Paraíba, Brazil. 2022

Variables		n (%)	PHCSCS	
			Mean ($\pm$ SD)	p-value
Presence of caries	No	66 (20.3)	119.33 (17.52)	.243
	Yes	259 (79.7)	116.08 (18.56)	
Cavitated lesion	No	126 (38.8)	118.37 (17.64)	.205
	Yes	199 (61.2)	115.71 (18.79)	
Caries in anterior region?	No	112 (34.5)	118.56 (17.49)	.195
Presence of caries	Yes	213 (65.5)	115.78 (18.79)	
Number of cavitated teeth	Up to 2 teeth	223 (68.6)	116.76 (18.62)	.892
	More than 2 teeth	102 (31.4)	116.70 (17.89)	
Final DAI score	Up to 25 (no orthodontic treatment need)	319 (98.2)	116.83 (18.48)	.510
	+ 25 (orthodontic treatment need)	6 (1.8)	111.83 (10.53)	
Diastema in upper midline	No	222 (68.3)	118.16 (18.00)	.040
	Yes	103 (31.7)	113.67 (18.87)	

Source: The authors.

Discussion

The Brazilian version of the PHCSCS has adequate psychometric properties, following the characteristics of the original questionnaire developed in English. This scale had a Cronbach's

alpha coefficient of 0.79, which is similar to that found for the original scale (0.90)¹, as well as the versions validated in Portugal (0.87)¹², Greece (0.86)²⁷ and Taiwan (0.93)²⁸. Measures with $\alpha \geq 0.70$ are considered acceptable²⁴.

The ICC was calculated for the Brazilian version of the PHCSCS, which demonstrated

excellent temporal stability (0.97), even better than that found in other validation studies of the scale^{13,14,29}. Temporal stability is an important aspect to ensure an absence of changes in the construct measured. Studies that validated the PHCSCS in Greece²⁷ and Taiwan²⁸ performed this assessment, but only the last one described the overall stability result (0.87), which was considered moderate to strong. Other studies, such as the one conducted in Portugal¹², did not assess temporal stability, which limits the comparison of our findings.

In the discriminant validity assessments, a statistically significant association was found between adolescents who attended public school and a lower self-concept score as previously reported³⁰. Moreover, the self-concept score was significantly higher among students whose parents had a maximum of two children, high school education or higher, and an income higher than the monthly minimum wage. Individuals in situations of social disadvantage tend to experience an accentuated sensation of psychological suffering^{31,32}, and adolescents from families with more than five children are more likely to have mental health challenges³³. Our findings show that socio-economic factors can exert an influence on the self-concept level of adolescents, whose impact may begin in childhood and promote lower academic self-efficacy³⁴.

In terms of convergent validity, a moderate negative correlation was found between the scores of the Brazilian version of the PHCSCS and the DASS-21. Adolescents with a higher level of anxiety are more likely to have a negative perception of their self-concept³⁵. Neuroeconomic, cognitive, and social accounts suggest a heightened sensitivity during adolescence to reward perception in decision-making, including identity formation and autonomy. Self-esteem and social support are related to health awareness and serve as motivation for healthy behaviors^{36,37}.

With regard to predictive validity, an association was found between upper midline diastema and a lower self-concept score. Individuals

with poor tooth aesthetics and dental problems use strategies to avoid smiling³⁸, which would explain the lower self-concept level found in the present study. However, the hypothesis of a relationship between self-concept and orthodontic treatment need was not confirmed, which may be explained by the fact that the larger part of the sample was composed of individuals at the onset of adolescence. Self-esteem seems to minimize the perception of orthodontic treatment need in individuals with minor malocclusion³⁹ and older adolescents with more accentuated occlusal disorders have worse quality of life⁴⁰.

Although associations between self-concept and dental caries experience and caries on anterior teeth were nonsignificant, adolescents with these conditions had lower self-concept scores. Children with anterior tooth decay exhibit a higher propensity to avoid smiling⁴¹, which may reflect into lower self-esteem and self-concept. A possible explanation for the lack of a significant association is that the scale may not be sensitive enough to assess dental conditions, but rather deeper existential issues.

EFA revealed multidimensionality of the Brazilian version of the PHCSCS, indicating a six-factor solution as the most adequate. Previous studies found similar results, as in the versions validated in Taiwan²⁸, Portugal¹² and Greece²⁷, with a satisfactory fit of the items in six factors.

Although the scale was not significantly associated with dental aesthetics or dental caries, the BR-PHCSCS seems to be a reliable, useful questionnaire for an in-depth analysis of the self-concept of adolescents. The literature has also shown that self-concept is linked to sedentary behaviors and family cohesion in adolescence^{42,43}, which highlights that BR-PHCSCS could be useful in other areas of research in the health field. The scale can also be employed to investigate the feelings experienced by adolescents and can contribute to the promotion of health actions directed at this population.

The Brazilian version of the PHCSCS represents a significant advance for both research and clinical practice involving adolescents. In the scientific realm, it offers a valid, reliable instrument to assess self-concept in Brazilian adolescents, enabling more precise and comparable studies on the development of self-concept and its relationship with other constructs. Its ease of application and understanding enables adolescents to reflect on their self-image, stimulating self-observation and self-knowledge.

In clinical and educational settings, the PHCSCSV1-6 can be used as a screening tool and complementary diagnostic assessment, assisting in the identification of adolescents with low self-esteem or difficulties related to self-concept. The scale provides valuable information for planning individualized or group therapeutic and psychoeducational interventions, aiming to strengthen self-concept and promote the emotional well-being of adolescents. In educational environments, the instrument can be used to identify students with adjustment difficulties or at risk of mental health problems, enabling the development of support programs and early interventions.

Some limitations of the present investigation should be discussed, such as the lack of studies that have tested the association between oral problems and self-concept, which limits our comparisons. Moreover, the scale did not exhibit sensitivity for the assessment of the oral health conditions investigated.

The low participation of students from private schools was due to logistical issues, as few institutions agreed to participate, which was also a limitation of the study. Thus, a more accurate analysis of this construct is needed. Future studies should be conducted with other age groups and involving qualitative assessments to complement and expand the assessment of the convergent, divergent and predictive validities of this complex construct.

Conclusions

The self-concept of BR-PHCSCS was not associated with occlusal problems or caries experience. However, the scale demonstrated satisfactory psychometric properties for Brazilian adolescents aged 12 to 18 years and can be reliably used for other situations that exert an influence on the construct.

Collaborators

Medeiros RAAL (0000-0001-9221-8020)*, Firmino RT (0000-0001-5581-0658)*, Sousa MLC (0000-0001-9155-4508)*, Perazzo MF (0000-0003-1231-689X)*, Costa EMMB (0000-0002-3166-709X)*, Paiva SM (0000-0002-3968-1638)* and Granville-Garcia AF (0000-0002-6054-8372)* contributed equally to the writing of the manuscript. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

References

1. Veiga F, Domingues DA. A Escala Piers-Harris Children's Self Concept Scale: uma versão com repostas de um a seis. In: Anais do 12º Colóquio de Psicologia e Educação; 2012; Lisboa. Lisboa: ISPA; 2012. p. 223-238.
2. Frade A, Veiga FH. Assessment scale for trainee self-concept In the portuguese navy: Psychometric properties. In: ICEEPSY 2016: 7th International Conference on Education and Educational Psychology. [unknown location]: Future Academy; 2016. p. 838-848. DOI: <http://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2016.11.86>
3. Fullwood C, James BM, Chen-Wilson CH. Self-concept clarity and online self-presentation. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2016;19(12):716-720. DOI: <https://doi.org/10.1089/cyber.2015.0623>
4. Molina MF, Celsi I, Schmidt V. Escala de claridad en el autoconcepto: adaptación y validación para su uso com adolescentes de Argentina. *Acción Psicol*. 2020;17(2):43-56. DOI: <https://doi.org/10.5944/ap.17.2.27773>
5. Khalaila R. The relationship between academic self-concept, intrinsic motivation, test anxiety, and academic achievement among nursing students: Mediating and moderating effects. *Nurse Educ Today*. 2015;35(3):432-438. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.001>
6. Pittari C, Brown T. The relationship between school-age children's perception of their self-concept & self-esteem and parent's reported executive functioning. *J Occup Ther Sch Early Interv*. 2020;13(3):283-301. DOI: <https://doi.org/10.1080/19411243.2020.1732265>
7. Simpson MCG, Sawatzky JAV. Clinical placement anxiety in undergraduate nursing students: A concept analysis. *Nurse Educ Today*. 2020;87:104329. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104329>
8. Milioti A, Sicari F, Portelli M, et al. Psychological and Social Effects of Oral Health and Dental Aesthetic in Adolescence and Early Adulthood: An Observational Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(17):9022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18179022>
9. Carvalho GXD, Nunes APN, Moraes CL, et al. Body image dissatisfaction and associated factors in adolescents. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25:2769-2782. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.27452018>
10. Colussi PRG, Hugo FN, Muniz FWMG, et al. Oral Health-Related Quality of Life and Associated Factors in Brazilian Adolescents. *Braz Dent J*. 2017;28(1):113-120. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6440201701098>
11. Rodriguez-Ayllon M, Cadenas-Sánchez C, Estévez-López F, et al. Role of physical activity and sedentary behavior in the mental health of preschoolers, children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Sports Med*. 2019;49(9):1383-1410. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40279-019-01099-5>
12. Sarriera JC, Aznar FC, Bedin LM, et al. Propriedades psicométricas da Escala de Autoconceito Multidimensional em adolescentes brasileiros. *Aval Psicol*. 2015;14(2):281-290. DOI: <https://doi.org/10.15689/ap.2015.1402.13>
13. Piers EV, Harris D. Age and others correlates of self-concept in children. *J Educ Psychol*. 1964;55(2):91-95. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0044453>
14. Veiga FH, Leite A. Adolescents Self-concept Short Scale: A version of PHCSCS. *Procedia Soc Behav Sci*. 2016;217:631-637. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.079>
15. Mookink LB, Prinsen C, Patrick DL, et al. COSMIN methodology for systematic reviews of patient-reported outcome measures (PROMs). User manual [Internet]. 2018 [accessed 2024 Dec 2];78(1):6-3. Available at: https://cosmin.nl/wp-content/uploads/COSMIN-syst-review-for-PROMs-manual_version-1_feb-2018.pdf

16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Primeiros resultados do censo 2010. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2012 [accessed 2024 Dec 2]. Available at: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dadosdivulgados/index.php?uf=25>
17. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, et al. Designing clinical research. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia; 2007. 386 p.
18. Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Calibração de examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(1):153-159. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000100016>
19. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417-1432. DOI: [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-N](https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-N)
20. Patias ND, Machado WDL, Bandeira DR, et al. Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21)-short form: adaptação e validação para adolescentes brasileiros. *Psico-USF*. 2016;21:459-469. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210302>
21. Al Saadi T, Zaher Addeen S, Turk T, et al. Psychological distress among medical students in conflicts: a cross-sectional study from Syria. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):173. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1012-2>
22. Ismail AI, Sohn W, Tellez M, et al. The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35:170-178. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00347.x>
23. Cons NC, Jenny J, Kohout FJ. Índice de estética dental (DAI). *Am J Orthod Dentofac Orthop*. 1986;92(6):521-522.
24. Nunnally JC, Bernstein IR. Psychometric theory. 3th ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
25. 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.
26. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2016 maio 24; Edição 98; Seção I:44-46.
27. Alexopoulos DS, Foudoulaki E. Construct validity of the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale. *Psychological Reports*. 2002;91:827-838. DOI: <https://doi.org/10.2466/pr0.2002.91.3.827>
28. Flahive MW, Chuang YC, LI CM. Reliability and Validity Evidence of the Chinese Piers-Harris Children's Self-Concept Scale Scores Among Taiwanese Children. *J Psychoeduc Assess*. 2011; 29(3):273-285. DOI: <https://doi.org/10.1177/0734282910380191>
29. Veiga FH. Escala de autoconceito: adaptação portuguesa do "Piers-Harris Children's Self-Concept Scale". *Psicologia*. 1989;7(3):275-284. DOI: <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v7i3.774>
30. Mendes DC, Castelano KL, Martins LM, et al. A influência da autoestima no desempenho escolar. *Educ Debate*. 2017;39(73):9-21.
31. Souza LB, Panúncio-Pinto MP, Fiorati RG. Children and adolescents in social vulnerability: well-being, mental health and participation in education. *Cad Bras Ter Ocup*. 2019;27(2):251-269. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1812>
32. Meirelles TVS, Teixeira MB. Fatores estressores e protetores da pandemia da Covid-19 na saúde mental da população mundial: uma revisão integrativa. *Saúde debate*. 2021;45(esp2):156-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E211>
33. Batte C, Apio PO, Semulimi AW, et al. Prevalence and factors contributing to mental health challenges among school-going adolescents: a case of a climate-vulnerable Manafwa Watershed in Uganda.

- BMC Public Health. 2024;24(1):2752. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20288-0>
34. Bonomi Bezzo F, Panico L, Solaz A. Socio-economic gradients in pupils' self-efficacy: evidence, evolution and main drivers during the primary school years in France. *Longit Life Course Stud.* 2024;15(4):464-477. DOI: <https://doi.org/10.1332/17579597Y2024D0000000028>
 35. Delgado B, Inglés CJ, García-Fernández J. Social anxiety and self-concept in adolescence. *Rev Psicodidáctica.* 2013;18(1):179-194. DOI: <https://doi.org/10.1387/RevPsicodidact.6411>
 36. Pfeifer JH, Berkman ET. The Development of Self and Identity in Adolescence: Neural Evidence and Implications for a Value-Based Choice Perspective on Motivated Behavior. *Child Dev Perspect.* 2018;(3):158-164. DOI: <https://doi.org/10.1111/cdep.12279>
 37. Zhang Z, Abdullah H, Ghazali AHA, et al. The influence of health awareness on university students' healthy lifestyles: The chain mediating role of self-esteem and social support. *PLoS One.* 2024;19(10):e0311886. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311886>
 38. Taghavi Bayat J, Hallberg U, Lindblad F, et al. Daily life impact of malocclusion in Swedish adolescents: A grounded theory study. *Acta Odontologica Scandinavica.* 2013;71:792-798. DOI: <https://doi.org/10.3109/00016357.2012.734401>
 39. Herkrath APCQ, Vettore MV, Queiroz AC, et al. Orthodontic treatment need, self-esteem, and oral health-related quality of life among 12-yr-old schoolchildren. *Eur J Oral Sci.* 2019;127(3):254-260. DOI: <https://doi.org/10.1111/eos.12611>
 40. Göransson E, Sonesson M, Naimi-Akbar A, et al. Malocclusions and quality of life among adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Orthod.* 2023;45:295-307. DOI: <https://doi.org/10.1093/ejo/cjad009>
 41. Aly NM, Ihab M, Ammar N, et al. Impact of dental caries and Self-perceived oral health on daily lives of children and mothers in rural Egypt: a household survey. *BMC Oral Health.* 2024;24(1):884. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04454-9>
 42. Rodriguez-Ayllon M, Cadenas-Sánchez C, Estévez-López F, et al. Role of Physical Activity and Sedentary Behavior in the Mental Health of Preschoolers, Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med.* 2019;49(9):1383-1410. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40279-019-01099-5>
 43. Xiang G, Li Q, Du X, et al. Links between family cohesion and subjective well-being in adolescents and early adults: The mediating role of self-concept clarity and hope. *Current Psychol.* 2022;41(1):76-85. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00795-0>

Received on 04/12/2024

Approved on 21/03/2025

Conflict of interest: non-existent

Financial support: The present study was financially supported by the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq) (Processes: 406840/2022-9 and 304614/2022-0). The funders did not influence on the publication of the manuscript

Editor in charge: Ana Maria Costa

Mudanças na percepção dos profissionais da atenção primária quanto ao cuidado em saúde mental a partir da implementação do apoio matricial

Changes in primary care workers' perception of mental healthcare following the implementation of matrix support

Carlos Alberto dos Santos Treichel^{1,2}, Larissa Aveiro do Carmo², Rosana Teresa Onocko Campos¹

DOI: 10.1590/2358-289820251459927P

RESUMO Este estudo longitudinal retrospectivo investigou mudanças na percepção dos profissionais da atenção primária sobre o cuidado em saúde mental após a implementação do apoio matricial em um município paulista de médio porte. A pesquisa foi realizada em dois momentos: T0 (maio-julho/2019) e T1 (novembro-dezembro/2021), com a participação de 158 e 80 trabalhadores, respectivamente. Os resultados indicaram que a implementação do apoio matricial e a maior articulação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) tiveram um papel crucial na melhora da percepção dos trabalhadores quanto à adequação dos serviços de saúde mental na atenção primária. As associações entre o apoio matricial, o acesso facilitado a outros profissionais e a articulação da rede destacam a importância de um sistema de saúde mental integrado e coordenado. O estudo apontou, ainda, que o apoio técnico-pedagógico e a cogestão de casos proporcionados pelo apoio matricial contribuíram para o manejo mais eficiente de demandas complexas, reduzindo a sobrecarga dos trabalhadores. Além disso, foi observada uma diminuição do medo de agressão física e um aumento na confiança em recomendar os serviços para familiares e amigos, sugerindo um impacto positivo tanto no ambiente de trabalho quanto na percepção da qualidade dos serviços prestados.

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

ABSTRACT This retrospective longitudinal study investigated changes in primary care professionals' perceptions of mental health care following the implementation of matrix support in a medium-sized municipality in São Paulo state, Brazil. The study was conducted at two time points: T0 (May-July 2019) and T1 (November-December 2021), with the participation of 158 and 80 workers, respectively. The results indicated that the implementation of matrix support and the increased articulation of the Psychosocial Care Network (RAPS) played a crucial role in improving workers' perceptions of the adequacy of primary care mental health services. The associations between matrix support, facilitated access to other professionals, and network articulation highlight the importance of an integrated and coordinated mental health system. The study also found that the technical-pedagogical support and case co-management provided by matrix support contributed to more effective handling of complex demands, reducing worker overload. Additionally, there was a decrease in the fear of physical aggression and an increase in confidence in recommending services to family and friends, suggesting a positive impact on both the work environment and perceptions of service quality.

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

¹ Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Departamento de Saúde Coletiva (DSC) – Campinas (SP), Brasil. carlos-treichel@hotmail.com

² Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem (EE), Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica (ENP) – São Paulo (SP), Brasil.

Introdução

Os transtornos mentais representam um dos principais desafios de saúde pública no mundo, afetando uma parcela significativa da população global. Estima-se que mais de 970 milhões de pessoas sofram de transtornos mentais ou de problemas relacionados ao uso abusivo de substâncias¹. Entre esses transtornos, a ansiedade e a depressão são os mais comuns, acometendo cerca de 284 milhões e 264 milhões de pessoas, respectivamente¹. Além de afetar profundamente a qualidade de vida dos indivíduos, esses transtornos também impõem uma carga considerável aos sistemas de saúde e à economia global, sendo responsáveis por uma parte substancial dos anos de vida perdidos por incapacidade e contribuindo expressivamente com a carga global de doenças².

Nesse cenário, a atenção primária desempenha um papel crucial como a porta de entrada para o sistema de saúde, oferecendo acesso contínuo e abrangente aos cuidados de saúde mental, possibilitando a identificação precoce de problemas e intervenções oportunas³. Destaca-se que dada sua abrangência e proposta de vinculação longitudinal, a literatura científica reitera, sistematicamente, as vantagens da integração dos cuidados de saúde mental na atenção primária, sublinhando seu papel na melhoria do acesso e dos resultados do tratamento⁴.

Tendo em vista esses pressupostos, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) brasileira, instituída pela portaria de número 3.088, de 23 de dezembro de 2011, incorpora a atenção primária como serviço essencial para o cuidado em saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar disso, a oferta desse tipo de cuidado nesse ponto de atenção ainda é um desafio⁵. Estudos apontam que a falta de capacitação específica dos profissionais de atenção primária para a identificação e o manejo dos transtornos mentais têm limitado a capacidade desse nível de atenção em responder eficazmente às necessidades dos pacientes⁶. Esse déficit de formação é agravado pelo

estigma persistente em torno dos transtornos mentais, que além de refletir na percepção dos profissionais sobre os problemas relacionados à saúde mental, influencia negativamente a disposição dos pacientes em buscar ajuda⁷.

Destaca-se que muitos profissionais relatam uma sensação de insegurança em relação ao manejo de casos de saúde mental, o que implica, muitas vezes, na subutilização dos recursos disponíveis⁴. Além disso, a frequente dificuldade em referenciar casos complexos para serviços especializados exacerba esse cenário, criando barreiras adicionais no acesso a cuidados integrados⁴.

Como resposta a esses desafios, sistemas de saúde em todo o mundo têm investido em iniciativas de cuidado compartilhado que promovem a integração entre especialistas em saúde mental e profissionais da atenção primária⁸. Esses modelos de cuidado colaborativo buscam facilitar a troca de conhecimentos e a comunicação entre os diferentes níveis de atenção, permitindo que os profissionais da atenção primária se beneficiem do apoio e da expertise de especialistas⁹.

Um dispositivo fundamental dessas iniciativas no Brasil é o apoio matricial¹⁰, que favorece a organização do trabalho em saúde com o objetivo fornecer suporte técnico-pedagógico especializado às equipes de atenção primária¹⁰. O apoio matricial é realizado por equipes de especialistas que atuam como consultores e colaboradores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Equipes de Saúde da Família (eSF), facilitando a troca de conhecimentos e a capacitação contínua dos profissionais de saúde. Através de discussões de casos, visitas conjuntas e ações de educação permanente, o apoio matricial contribui para melhorar a capacidade de resposta dos serviços de saúde, promovendo a corresponsabilidade no cuidado e evitando encaminhamentos desnecessários a outros níveis de atenção¹¹.

Estudos qualitativos têm enfatizado a contribuição do apoio matricial para mudanças positivas nas perspectivas dos profissionais de atenção primária sobre o cuidado em saúde

mental^{12,13}. Esses estudos destacam, principalmente, como o apoio matricial tem ampliado a compreensão e a confiança dos profissionais na gestão de casos de saúde mental, possibilitando a identificação de estratégias viáveis no contexto comunitário¹³. Contudo, estudos quantitativos que avaliem de forma sistemática e mensurável as eventuais mudanças promovidas por esse arranjo ainda são escassos⁶.

Nesse sentido, adotando uma abordagem quantitativa, este estudo teve como objetivo identificar as mudanças na percepção dos profissionais da atenção primária de um município de médio porte quanto ao cuidado em saúde mental a partir da implementação do apoio matricial.

Material e métodos

Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo realizado com profissionais vinculados aos serviços de atenção primária do município de Itatiba-SP, um município paulista de médio porte, com aproximadamente 120 mil habitantes, localizado a 80 km da capital do estado. O estudo teve dois pontos de medição (T0 e T1), com T0 realizado entre maio e julho de 2019 e T1 entre novembro e dezembro de 2021.

A população do estudo foi composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de 13 unidades de eSF, o que compreendia um total de 177 profissionais.

Seleção dos participantes

Os critérios de inclusão para o estudo foram: ser maior de 18 anos e estar vinculado ao quadro fixo de funcionários da prefeitura. Foram excluídos do estudo os indivíduos que estavam de férias ou afastados de suas atividades por quaisquer outros motivos.

A seleção dos participantes foi realizada por conveniência. Todos os trabalhadores que atendiam aos critérios de elegibilidade foram convidados a participar do estudo. No T0, a

partir dos convites realizados, 158 aceitaram participar do estudo. Já em T1, 80 trabalhadores aceitaram participar do estudo.

Logística

O contato com os participantes foi feito diretamente nos serviços em que atuavam, momento em que foram informados sobre o direito de não participar do estudo, de retirar sua participação a qualquer momento e da garantia de anonimato. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário autoaplicável e foi realizada nos próprios serviços. No momento do preenchimento dos prontuários, um dos supervisores de campo, com formação em enfermagem, medicina ou assistência social, esteve presente e disponível para prestar quaisquer esclarecimentos que fossem necessários.

Antes da aplicação do questionário, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido em voz alta para o participante pelo supervisor de campo. 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 supervisor.

Medidas

O questionário, composto por 84 questões, incluiu perguntas sobre características sociodemográficas, características do processo de trabalho, percepções sobre o trabalho em saúde mental na atenção primária, 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 adequação do serviço de atenção primária para o cuidado em saúde mental foi utilizada a seguinte questão: 'Considerando as necessidades gerais dos usuários de saúde mental que procuram esse

serviço para tratamento, até que ponto esse serviço é apropriado para recebê-los aqui?”.

Para avaliação da possibilidade de recomendar o serviço de atenção primária para o cuidado de um amigo/familiar com problema de saúde mental, utilizou-se a questão: ‘Se um amigo ou familiar estivesse necessitando de ajuda de uma unidade de atendimento em saúde mental/álcool e outras drogas, você recomendaria a ele/a este serviço?’.

Na avaliação do sentimento de sobrecarga em lidar com o usuário com transtorno mental foi utilizada a questão: ‘Você se sente sobrecarregado tendo que lidar com pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou usuários de álcool e outras drogas?’.

E por fim, para avaliar o medo da possibilidade de ser fisicamente agredido por um usuário com demandas de saúde mental foi utilizada a questão: ‘Você tem receio da possibilidade de ser fisicamente agredido por uma pessoa portadora de transtorno mental e/ou usuária de álcool e outras drogas aqui neste serviço?’. As possibilidades de resposta eram dadas em uma escala do tipo likert de cinco pontos.

Covariáveis

As variáveis independentes incluídas neste estudo foram: sexo (feminino; masculino); cor (branca; não branca); idade (18 a 30 anos; 31 a 40 anos; 41 a 50 anos; 51 anos ou mais); escolaridade (ensino médio; ensino superior; especialização/pós-graduação); profissão que exerce no serviço (médico(a); enfermeiro(a); técnico(a) de enfermagem; ACS; odontólogo/auxiliar de odontologia); tempo de trabalho na instituição (até 1 ano; até 3 anos; até 5 anos; até 10 anos; 11 anos ou mais); frequência de participação em reuniões de apoio matricial (regularmente; ocasionalmente; nunca); satisfação com o apoio matricial (insatisfeito; mais ou menos satisfeito; satisfeito); participação em capacitação sobre o apoio matricial (participou; não participou); facilidade de acesso a trabalhadores de outros pontos da Raps (difícil;

nem fácil nem difícil; fácil); avaliação da articulação com a Raps nos últimos seis meses (piorou muito; piorou; não mudou; melhorou; melhorou muito).

Análises

As análises estatísticas foram realizadas por meio do pacote estatístico Stata 18 (Stata Corporation, College Station, Texas EUA). Utilizou-se estatística descritiva e cálculo da proporção de cada desfecho para a população em geral bem como para cada estrato das variáveis independentes estudadas. Associações entre os desfechos e as covariáveis foram testadas por meio de teste de chi-quadrado, para o qual definiu-se como diferença estatística significativa p -valor $p < 0,05$. Dados faltantes foram excluídos da análise.

Procedimentos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE nº 00827918.8.0000.5404, Parecer nº 5.299.417), seguindo as normas e diretrizes brasileiras para pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução CNS nº 466/2012)¹⁴. Os princípios éticos foram assegurados por meio da garantia do direito de não participação no estudo desde o primeiro contato, bem como pela adoção do TCLE no qual, ao aceitar, os participantes concordavam com a divulgação dos dados para fins científicos, desde que preservado o anonimato.

Resultados

Foram incluídos no estudo 158 trabalhadores em T0, sendo 86,7% ($n = 137$) do sexo feminino, majoritariamente de cor branca (66,4% $n = 105$) e com média de idade de 38,4 anos (Desvio-Padrão – DP = 9,4). Em T1, o estudo contou com a participação de 80 trabalhadores, sendo

88,7% (n = 71) do sexo feminino, também de maioria branca 67,5% (n = 54) e com média de idade de 39,2 anos (DP = 9,7). A caracterização

completa dos participantes é apresentada na *tabela 1*.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos profissionais da atenção primária participantes do estudo em Itatiba (SP), nos anos de 2019 (T0) e 2021 (T1)

	T0		T1	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	21	13,3	9	11,3
Feminino	137	86,7	71	88,7
Cor				
Branca	105	66,4	54	67,5
Não branca	53	33,6	26	32,5
Idade				
18 a 30 anos	35	22,1	16	20,0
31 a 40 anos	66	41,7	38	47,5
41 a 50 anos	37	23,4	15	18,7
51 anos ou mais	20	12,6	11	13,7
Escolaridade				
Ensino médio	66	41,7	31	38,7
Ensino superior	57	36,1	26	32,5
Especialização/pós-graduação	35	22,1	23	28,7
Profissão				
Médico(a)	20	12,6	8	10,0
Enfermeiro(a)	28	17,7	16	20,0
Técnico(a) de enfermagem	40	25,3	18	22,5
Agente comunitário de saúde	70	44,3	30	37,5
Odontólogo/auxiliar de odontologia	-	-	8	10,0
Tempo de trabalho na instituição				
Até 1 ano	36	22,7	24	30,0
Até 3 anos	34	21,5	15	18,7
Até 5 anos	23	14,5	18	22,5
Até 10 anos	45	28,4	16	20,0
11 anos ou mais	20	12,6	7	8,7

Fonte: elaboração própria.

Informações relacionadas aos quatro desfechos estudados (adequação do serviço de atenção primária para o cuidado em saúde mental; possibilidade de recomendar o

serviço de atenção primária para o cuidado de um amigo/familiar com problema de saúde mental; sentimento de sobrecarga em lidar com o usuário com transtorno mental; e medo

da possibilidade de ser fisicamente agredido por um usuário com demandas de saúde mental) foram obtidas para toda amostra em ambos os pontos de medição. A distribuição dos trabalhadores conforme sentimento de adequação do serviço para o cuidado de saúde

mental, possibilidade de recomendar o serviço à um amigo ou familiar, sentimento de sobrecarga em lidar com demandas de saúde mental e medo da possibilidade de ser fisicamente agredido por uma pessoa com transtornos mentais pode ser observada na *tabela 2*.

Tabela 2. Percepção dos trabalhadores da atenção primária sobre a adequação dos serviços, recomendação, sobrecarga e medo de agressão antes (T0 - 2019) e após (T1 - 2021) a implementação do apoio matricial em Itatiba (SP)

	T0		T1	
	n	%	n	%
Sentimento de adequação do serviço				
Muito inapropriado	11	6,9	4	5,0
Inapropriado	62	39,2	14	17,5
Mais ou menos	52	32,9	30	37,5
Apropriado	32	20,2	30	37,5
Muito Apropriado	1	0,6	2	2,5
Recomendação do serviço à um amigo/familiar				
Não, com certeza não	17	10,7	2	2,5
Não, acho que não	26	16,4	6	7,5
Talvez	32	20,2	14	17,5
Sim, acho que sim	36	22,7	32	40,0
Sim, com certeza	47	29,7	26	32,5
Sobrecarga em lidar com demandas de Saúde Mental				
Nada	30	18,9	20	25,0
Um pouco	51	32,2	25	31,3
Mais ou menos	37	23,4	23	28,7
Bastante	36	22,7	9	11,3
Totalmente	4	2,5	3	3,7
Medo da possibilidade de ser fisicamente agredido por uma PTM				
Nada	20	12,6	8	10,0
Um pouco	32	20,2	24	30,0
Mais ou menos	45	28,4	15	18,7
Bastante	42	26,5	21	26,3
Totalmente	19	12,1	12	15,0

Fonte: elaboração própria.

Em T0, a maioria dos trabalhadores classificava o serviço de atenção primária como inapropriado para o atendimento de casos de saúde mental, representando 39,9% (n = 62) dos entrevistados. Um número significativo

de trabalhadores, 32,9% (n = 52), considerava o serviço como mais ou menos apropriado. Em T1, observou-se uma mudança positiva na percepção dos trabalhadores, com 37,5% (n = 30) classificando o serviço como apropriado

e outros 37,5% (n = 30) como mais ou menos apropriado. A proporção de trabalhadores que consideravam o serviço inapropriado caiu para 17,5% (n = 14).

Em relação à possibilidade de recomendar o serviço de atenção primária a amigos ou familiares necessitando de cuidados em saúde mental, em T0, a maioria dos trabalhadores afirmou que recomendaria o serviço com certeza, correspondendo a 29,7% (n = 42). Entretanto, 10,7% (n = 17) disseram que com certeza não recomendariam, e 16,4% (n = 26) achavam que não recomendariam o serviço. Em T1, esses percentuais negativos diminuíram significativamente para 2,5% (n = 2) e 7,5% (n = 6), respectivamente. A maioria dos profissionais indicou que acham que recomendariam o serviço (40% n = 32) ou que com certeza o recomendariam (32,5% n = 26).

No início do estudo, 22,7% dos trabalhadores (n = 36) relataram se sentir bastante sobrecarregados ao lidar com demandas de saúde mental. Essa proporção caiu para 11,3% (n = 9) em T1. Além disso, houve um aumento

na proporção de profissionais que afirmaram não se sentir sobrecarregados com essas demandas, de 18,9% (n = 30) em T0 para 25% (n = 20) em T1.

Em relação ao medo de ser fisicamente agredido por uma pessoa com transtornos mentais, houve uma redução na proporção de trabalhadores que se sentiam mais ou menos com medo, de 28,4% (n = 45) em T0 para 18,7% (n = 15) em T1. Houve um aumento naqueles que relataram sentir um pouco de medo, de 20,2% (n = 32) em T0 para 30% (n = 24) em T1. No entanto, a proporção de trabalhadores que se sentiam bastante ou totalmente com medo permaneceu semelhante entre T0 e T1.

A relação entre cada um dos desfechos e a frequência de participação em encontros de apoio matricial, satisfação com o apoio matricial, ter recebido capacitação para o apoio matricial, facilidade de acesso a outros trabalhadores da Raps e avaliação da articulação da Raps nos últimos seis meses por trabalhadores incluídos em T1 pode ser observada na *tabela 3*.

Tabela 3. Associação entre os desfechos estudados e variáveis independentes selecionadas para o estudo entre trabalhadores da atenção primária em Itatiba (SP) (T1 - 2021)

	Sentimento de adequação do serviço				p-valor
	n	Muito inapropriado ou inapropriado	Mais ou menos	Apropriado ou muito apropriado	
Participação no apoio matricial					
Regularmente	35	20,0	34,2	45,7	0,825
Ocasionalmente	21	19,1	42,8	38,1	
Nunca	24	29,7	37,5	33,3	
Satisfação com o apoio matricial					
Insatisfeito	19	42,2	42,1	15,7	0,002
Mais ou menos satisfeito	24	29,1	45,8	25,0	
Satisfeito	37	8,1	29,7	62,1	
Capacitação sobre apoio matricial					
Participou	29	17,2	51,7	31,3	0,140
Não participou	51	25,4	29,4	45,1	

Tabela 3. Associação entre os desfechos estudados e variáveis independentes selecionadas para o estudo entre trabalhadores da atenção primária em Itatiba (SP) (T1 – 2021)

Acesso a outros trabalhadores da Raps					
Difícil	19	42,1	36,8	21,1	0,015
Nem fácil nem difícil	38	7,8	47,3	44,7	
Fácil	23	30,4	21,7	47,8	
Articulação da Raps nos últimos 6 meses					
Piorou	9	33,3	44,4	22,2	0,033
Não mudou	47	25,5	44,6	29,7	
Melhorou	24	12,5	20,8	66,6	
Recomendação do serviço a um amigo/familiar					
	n	Não, com certeza não ou não, acho que não	Talvez	Sim, acho que sim ou sim, com certeza	p-valor
Participação no apoio matricial					
Regularmente	35	8,5	17,1	74,3	0,233
Ocasionalmente	21	0,0	19,1	80,9	
Nunca	24	20,8	16,6	62,5	
Satisfação com o apoio matricial					
Insatisfeito	19	26,3	26,3	47,4	0,020
Mais ou menos satisfeito	24	8,3	20,8	70,8	
Satisfeito	37	2,7	10,8	86,4	
Capacitação sobre apoio matricial					
Participou	29	3,4	17,2	79,3	0,325
Não participou	51	13,7	17,6	68,6	
Acesso a outros trabalhadores da Raps					
Difícil	19	21,1	26,3	52,6	0,212
Nem fácil nem difícil	38	7,9	13,1	78,9	
Fácil	23	4,3	17,4	78,3	
Articulação da Raps nos últimos 6 meses					
Piorou	9	22,2	11,1	66,7	0,614
Não mudou	47	8,5	21,3	70,2	
Melhorou	24	8,3	12,5	79,1	
Sobrecarga em lidar com demandas de Saúde Mental					
	n	Nada ou não muito	Mais ou menos	Bastante ou totalmente	p-valor
Participação no apoio matricial					
Regularmente	35	48,5	37,1	14,2	0,617
Ocasionalmente	21	61,9	19,1	19,1	
Nunca	24	62,5	25,0	12,5	
Satisfação com o apoio matricial					
Insatisfeito	19	57,8	21,1	21,1	0,871
Mais ou menos satisfeito	24	58,3	29,1	12,5	
Satisfeito	37	54,1	32,4	13,5	

Tabela 3. Associação entre os desfechos estudados e variáveis independentes selecionadas para o estudo entre trabalhadores da atenção primária em Itatiba (SP) (T1 - 2021)

Capacitação sobre apoio matricial					
Participou	29	55,1	24,1	20,6	0,515
Não participou	51	56,8	31,3	11,7	
Acesso a outros trabalhadores da Raps					
Difícil	19	36,8	31,5	31,5	0,143
Nem fácil nem difícil	38	65,7	26,3	7,8	
Fácil	23	56,5	30,4	13,1	
Articulação da Raps nos últimos 6 meses					
Piorou	9	77,7	0,0	22,2	0,281
Não mudou	47	51,1	31,9	17,1	
Melhorou	24	58,3	33,3	8,3	
Medo da possibilidade de ser fisicamente agredido por uma PTM					
	n	Nada ou não muito	Mais ou menos	Bastante ou totalmente	p-valor
Participação no apoio matricial					
Regularmente	35	45,7	20,0	34,3	0,588
Ocasionalmente	21	38,1	23,8	38,1	
Nunca	24	33,3	12,5	54,1	
Satisfação com o apoio matricial					
Insatisfeito	19	26,3	31,5	42,1	0,440
Mais ou menos satisfeito	24	41,6	12,5	45,8	
Satisfeito	37	45,9	16,2	37,8	
Capacitação sobre apoio matricial					
Participou	29	41,3	20,7	37,9	0,889
Não participou	51	39,2	17,6	43,1	
Acesso a outros trabalhadores da Raps					
Difícil	19	21,1	21,1	57,8	0,215
Nem fácil nem difícil	38	39,4	21,1	39,4	
Fácil	23	56,5	13,1	30,4	
Articulação da Raps nos últimos 6 meses					
Piorou	9	33,3	11,1	55,5	0,398
Não mudou	47	36,1	17,1	46,8	
Melhorou	24	50,0	25,0	25,0	

Fonte: elaboração própria.

Foram identificadas associações significativas entre a percepção de adequação do serviço de atenção primária e a satisfação com o apoio matricial ($p = 0,002$), a facilidade de acesso a outros profissionais da Raps ($p = 0,015$) e a

avaliação da articulação da Raps nos últimos seis meses ($p = 0,033$). Observou-se que 62,1% dos trabalhadores que consideravam o serviço de atenção primária adequado ou muito adequado para atender às demandas de saúde

mental estavam satisfeitos com o apoio matricial ($n = 37$), em contraste com 15,7% dos trabalhadores insatisfeitos ($n = 19$).

Além disso, a percepção de adequação foi maior entre os trabalhadores que consideravam fácil o acesso a outros profissionais da Raps (47,8%, $n = 23$) comparados àqueles que avaliavam esse contato como difícil (21,1%, $n = 19$). Da mesma forma, 66,6% dos trabalhadores que perceberam uma melhoria na articulação da Raps nos últimos seis meses consideraram o serviço adequado ou muito adequado ($n = 24$), comparados a 29,7% que não perceberam mudanças ($n = 47$) e 22,2% que perceberam piora ($n = 9$).

A possibilidade de recomendar o serviço de atenção primária para amigos ou familiares necessitando de cuidados em saúde mental também esteve associada à satisfação com o apoio matricial ($p = 0,020$). Entre aqueles satisfeitos com o apoio matricial, 86,4% indicariam o serviço ($n = 37$), em comparação com 47,4% dos insatisfeitos ($n = 19$).

Embora diferenças estatisticamente significativas não tenham sido encontradas, é importante destacar que menores proporções de sobrecarga ao lidar com demandas de saúde mental foram observadas entre trabalhadores que consideravam fácil o acesso a outros profissionais da rede (13,1%, $n = 23$), em comparação com aqueles que consideravam difícil (31,1%, $n = 19$). Este padrão também se manteve entre os trabalhadores que perceberam uma melhora na articulação da Raps (8,3%, $n = 24$) em comparação com aqueles que não observaram mudanças ou perceberam piora (17,1%, $n = 47$ e 22,2%, $n = 9$, respectivamente).

Adicionalmente, mesmo sem diferenças estatísticas significativas, notou-se que o medo de ser fisicamente agredido por uma pessoa com transtornos mentais foi menor entre trabalhadores que participavam regularmente de encontros de apoio matricial (34,3%, $n = 35$) em comparação com aqueles que nunca participavam (54,1%, $n = 24$). Similarmente, essa percepção de segurança foi maior entre trabalhadores que achavam fácil acessar outros profissionais da rede (30,4%, $n = 23$) em contraste com aqueles que consideravam difícil (57,8%, $n = 19$), e entre aqueles que notaram

uma melhoria na articulação da Raps (25%, $n = 24$) em comparação aos que não perceberam mudança ou relataram piora (46,8%, $n = 47$ e 55,5%, $n = 9$, respectivamente).

Discussão

Os resultados deste estudo apontam uma mudança significativa na percepção dos trabalhadores sobre a adequação dos serviços de atenção primária para o cuidado em saúde mental entre os dois pontos de medição (T0 e T1). Achados que sugerem que a implementação de estratégias como o apoio matricial e, conseqüentemente, uma maior articulação da Raps, podem ter contribuído para essa mudança de percepção.

As associações observadas entre a satisfação com o apoio matricial, a facilidade de acesso a outros profissionais da Raps e a avaliação da articulação da rede reforçam a importância de um sistema de saúde mental bem estruturado e integrado. Trabalhadores que relataram maior facilidade de acesso aos profissionais da Raps e melhor articulação da rede também apresentaram percepções mais positivas sobre a adequação dos serviços. Esses achados estão alinhados com a literatura, que destaca a importância da coordenação entre os diferentes níveis de atenção e da interdisciplinaridade na prestação de cuidados em saúde mental¹⁵. Essa articulação favorece a oferta de serviços mais adequados, além de aumentar a segurança dos profissionais da atenção primária ao lidar com os casos, garantindo o apoio de uma retaguarda especializada⁴.

Destaca-se ainda a diminuição significativa na proporção de trabalhadores que se sentiam sobrecarregados ao lidar com demandas de saúde mental. Essa mudança pode ser atribuída à maior articulação da rede a partir do apoio matricial, que provavelmente facilitou o manejo dessas demandas e distribuiu a carga de trabalho entre uma equipe multidisciplinar.

Nesse sentido, os resultados pontuados até então evocam duas características principais que fundamentam o apoio matricial, a cogestão e o

suporte técnico pedagógico. A primeira, permite que os casos sejam compartilhados entre equipes de diferentes níveis de atenção, promovendo um trabalho colaborativo que distribui as responsabilidades de forma mais equitativa. Isso evita que os profissionais da atenção primária assumam sozinhos o cuidado de casos complexos, oferecendo o respaldo necessário para decisões clínicas¹⁶. Já o suporte técnico-pedagógico fornecido pelo apoio matricial capacita os profissionais, fortalecendo suas habilidades para identificar e manejar problemas de saúde mental com maior segurança.

Essa orientação contínua e a troca de experiências com especialistas da Raps aumentam a confiança dos trabalhadores, melhoram o fluxo de encaminhamentos e diminuem a sensação de isolamento, contribuindo diretamente para a redução do estresse e da sobrecarga no cotidiano de trabalho¹⁷.

Em relação ao medo de agressão física por pessoas com transtornos mentais, os dados mostram uma redução na proporção de trabalhadores que se sentiam ‘mais ou menos’ ameaçados, mas houve um aumento naqueles que relataram sentir ‘um pouco’ de medo.

Esse resultado pode refletir uma maior conscientização e sensibilidade dos trabalhadores em relação às possíveis situações de risco no ambiente de trabalho, à medida que se engajam mais com as demandas de saúde mental. No entanto, é importante ressaltar que os profissionais que participavam regularmente de encontros de apoio matricial relataram menos medo de agressão física, o que sugere que esse suporte também pode estar relacionado ao aumento da sensação de segurança no ambiente de trabalho. Esse achado destaca a necessidade de fortalecer as estratégias de apoio e supervisão contínua para os trabalhadores, especialmente no que se refere ao manejo de situações de crise e de violência potencial¹⁸.

Ainda, a possibilidade de recomendar os serviços de atenção primária para amigos ou familiares também apresentou melhora significativa em T1, o que reforça a percepção de que as mudanças implementadas, junto do apoio matricial, têm potencial para transformar a imagem dos

serviços de saúde mental¹⁹. A associação entre a recomendação do serviço e a satisfação com o apoio matricial sugere que essa estratégia, além de melhorar a qualidade técnica dos serviços, também tem um impacto positivo na confiança dos profissionais em recomendar o atendimento oferecido.

Por fim, pontua-se que algumas limitações precisam ser consideradas na interpretação dos resultados deste estudo. A redução no número de participantes entre T0 e T1 pode ter influenciado os resultados e a perda de seguimento pode estar associada a características específicas dos trabalhadores que não foram exploradas neste estudo. Além disso, como o estudo foi realizado em um único município de médio porte, a generalização dos resultados para outros contextos pode ser limitada.

Entretanto, os achados deste estudo têm importantes implicações para a organização dos serviços de saúde mental na atenção primária. O fortalecimento do apoio matricial, consequente melhoria na articulação da Raps e facilitação do acesso a outros profissionais são elementos centrais para o aprimoramento dos cuidados em saúde mental e para o alívio da sobrecarga dos trabalhadores. Dessa forma, investir nessa iniciativa pode contribuir significativamente para a melhoria do cuidado, organização do trabalho e bem-estar dos trabalhadores.

Conclusões

Este estudo teve como objetivo identificar as mudanças na percepção dos profissionais da atenção primária de um município de médio porte quanto ao cuidado em saúde mental a partir da implementação do apoio matricial. Os resultados obtidos sugerem que a implementação desse arranjo e a subsequente maior articulação da Raps tiveram um papel fundamental na melhoria da percepção dos trabalhadores quanto à adequação dos serviços de atenção primária para o cuidado em saúde mental.

As associações entre o apoio matricial, a facilidade de acesso a outros profissionais e a

articulação da rede reforçam a importância de um sistema de saúde mental integrado e coordenado. Nesse sentido, a cogestão dos casos e o suporte técnico-pedagógico oferecidos pelo apoio matricial parecem contribuir para melhorar o manejo de demandas complexas, além de reduzir a sobrecarga dos trabalhadores ao distribuir responsabilidades de maneira mais equitativa e promover a confiança no trabalho em equipe. Adicionalmente, a diminuição do medo de agressão física e o aumento na confiança em recomendar os serviços para familiares e amigos indicam um impacto positivo no ambiente de trabalho e na percepção da qualidade dos serviços.

Cabe pontuar limitações em relação à amostra reduzida no segundo momento do estudo, o que pode ter influenciado a representatividade dos achados, limitando a generalização dos resultados. Além disso, o desenho observacional não permite estabelecer relações de causalidade entre as mudanças percebidas e as intervenções analisadas. Fatores contextuais, como diferenças estruturais entre os serviços e variações na adoção do apoio matricial, podem ter influenciado os desfechos observados.

Essas limitações abrem espaço para novas investigações. Estudos com amostras maiores e metodologias mistas, podem aprofundar a compreensão sobre os achados. Além disso, pesquisas que avaliem indicadores objetivos de qualidade do cuidado, como desfechos clínicos dos usuários e padrões de encaminhamento, podem complementar a análise dos efeitos do apoio matricial. Investigar a sustentabilidade dessas melhorias ao longo do tempo e em diferentes contextos também se mostra relevante para subsidiar políticas voltadas ao fortalecimento da Raps e da integração entre atenção primária e saúde mental.

Colaboradores

Treichel CAS (0000-0002-0440-9108)* contribuiu para concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Carmo LA (0000-0002-6916-8552)* 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. ■

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/i/item/9789240049338>
2. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(2):171-8. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
3. Moise N, Wainberg M, Shah RN. Primary care and mental health: Where do we go from here? *World J Psychiatry*. 2021;11(7):271-6. DOI: <https://doi.org/10.5498/wjpv11.i7.271>
4. Rotoli A, Silva MRS, Santos AM, et al. Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. *Esc Anna Nery*. 2019;23(2):e20180303. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0303>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. 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>
6. 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: <https://doi.org/10.1590/Interface.180617>
7. Vieira VB, Delgado PGG. Estigma e saúde mental na atenção básica: lacunas na formação médica podem interferir no acesso à saúde? *Physis*. 2021;31(4):e310422. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310422>
8. Isaacs AN, Mitchell EKL. Mental health integrated care models in primary care and factors that contribute to their effective implementation: a scoping review. *Int J Ment Health Syst*. 2024;18(1):5. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13033-024-00625-x>
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/MD.00000000000032554>
10. 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>
11. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude Soc*. 2011;20(4):961-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>
12. 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: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0473>
13. Pereira LCDV, Rodríguez Barone L, Mainieri Paulon S. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: construções processuais. *Av Psicol Latinoam*. 2021;39(1):1-18. DOI: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.7429>
14. Ministério da Saúde (BR); 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.
15. Santos AM, Cunha ALA, Cerqueira P. O matriciamento em saúde mental como dispositivo para a formação e gestão do cuidado em saúde. *Physis*. 2020;30(4):e300409. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300409>
16. Castro CP, Campos GWS. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis*. 2016;26(2):455-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200007>
17. Viana MMO, Campos GWS. Formação Paideia para o Apoio Matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(8):e00123617. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00123617>
18. Gama CAP, Lourenço RF, Coelho VAA, et al. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e200438. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200438>
19. Godoi LPS, Belotti L, Garcia ÉM, et al. Apoio matricial como ferramenta da articulação entre atenção básica e Caps: o que os dados secundários mostram? *Saúde debate*. 2020;44(esp3):128-43. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E312>

Recebido em 30/10/2024

Aprovado em 06/04/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: 2018/10366-6/Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

Editora responsável: Gicelle Galvan Machineski

Programas de Transferência Condicionada de Renda no Brasil, Argentina e Escócia: uma análise comparada de suas concepções

Conditional Cash Transfer Programmes in Brazil, Argentina and Scotland: A comparative analysis of their conceptions

Jeni Vaitsman¹, Giovanna Bueno Cinacchi², Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato¹, Mônica de Castro Maia Senna¹, Stephanie de Azevedo Barreto³, María Ximena Simpson⁴

DOI: 10.1590/2358-289820251459978P

RESUMO O artigo compara três Programas de Transferência Condicionada de Renda (PTCR): Programa Bolsa Família, Asignación Universal por Hijo e Universal Credit, respectivamente, no Brasil, na Argentina e na Escócia, na perspectiva de suas concepções e significados. A metodologia empregada é a análise de políticas, com enfoque nos contextos políticos e ideológicos em que essas políticas foram formuladas. Seus objetivos, concepções e argumentos que orientam a seleção de beneficiários e as condicionalidades são analisados e comparados. Nos três países, os PTCR tornaram-se a principal estratégia para enfrentar a pobreza em contexto de austeridade fiscal. Na Argentina e no Brasil, com déficits históricos de acesso a direitos sociais, os programas conseguiram diminuir os piores índices de pobreza de renda e expandir a inclusão social por meio das condicionalidades em saúde e educação. Significaram um movimento de enfrentamento das desigualdades mesmo sem mudanças nas condições estruturais que as sustentam. Na Escócia, o Universal Credit rompeu com a concepção universalista do *Welfare*, de atender às necessidades básicas das pessoas, uma retração da assistência social, com uma lógica punitiva voltada para mudanças comportamentais dos mais pobres, com efeitos negativos especialmente sobre as populações mais vulneráveis.

PALAVRAS-CHAVE Política social. Proteção social. Brasil. Argentina. Escócia.

ABSTRACT This article compares three Conditional Cash Transfer Programmes (CCTPs), the Bolsa Família, the Asignación Universal por Hijo and the Universal Credit in, respectively, Brazil, Argentina, and Scotland from the standpoint of their conceptions and meanings. The objectives, conceptions and arguments that guide beneficiary selection and conditionalities are analysed and compared using the policy analysis methodology and focusing on the political and ideological contexts in which these policies were formulated. In the three countries, CCTPs have become the primary strategy for combating poverty in contexts of fiscal austerity. In Argentina and Brazil, with their historical deficits in access to social rights, the programmes have reduced the worst rates of income poverty and expanded social inclusion through health and education conditionalities, constituting a move to combat inequalities without changing the structural conditions that sustain them. In Scotland, Universal Credit broke with the universalist conception of welfare, of meeting people's basic needs. By retracting social assistance and applying a punitive logic designed to produce behavioural changes among the poorest, it had adverse effects, especially on the most vulnerable in the population.

KEYWORDS Social policy. Social protection. Brazil. Argentina. Scotland.

¹Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói (RJ), Brasil.
vaitsman@uol.com.br

²Instituto Rede Abrigo (Irab) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos (SEDSODH) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Universidad Nacional de General San Martín (Unsam) - San Martín, Argentina.



Introdução

Neste artigo, comparamos três Programas de Transferência Condicionada de Renda (PTCR): Programa Bolsa Família (PBF), Asignación Universal por Hijo (AUH) e Universal Credit (UC), respectivamente, no Brasil, na Argentina e na Escócia. Esses programas são parte de sistemas de proteção social construídos ao longo do século XX e que, desde os anos de 1990, vêm lidando com um quadro de austeridade fiscal e reformas, com impactos em suas políticas de enfrentamento de situações de pobreza e vulnerabilidade. Os três países têm PTCR como um de seus principais instrumentos de enfrentamento da pobreza. Comparamos esses programas quanto a seus princípios normativos – valores e concepções – e definição de condicionalidades aos beneficiários, vistas como meios de superar a condição de pobreza. A comparação dos três países analisa a convergência da estratégia de PTCR em distintos sistemas de proteção social como inovações ou reconfigurações desses sistemas, ainda que com significados diferentes nos contextos latino-americano e europeu.

Inicialmente, apresenta-se a metodologia do estudo. Em seguida, discutem-se as concepções de pobreza e vulnerabilidade que fundamentam os PTCR. A seção seguinte aborda os contextos políticos e ideológicos em que essas políticas foram formuladas e que influenciaram suas concepções; a próxima seção apresenta as características dos PTCR nos três países, os critérios de elegibilidade e as condicionalidades requeridas dos beneficiários. A seção subsequente faz uma análise comparando convergências e divergências. Por fim, são feitas algumas considerações finais.

Material e métodos

Diferentes enfoques e métodos das ciências sociais são utilizados na análise dos componentes das políticas públicas. Podem ser focalizados, por exemplo, os processos

históricos ou o papel dos atores na produção de determinados resultados, como no caso das configurações nacionais dos Estados de Bem-Estar Social. Outros estudos podem abordar as características do quadro político e institucional em que as políticas são formuladas e implementadas, bem como seus resultados^{1,2}; ou os processos de formulação ou implementação de determinadas políticas, seus beneficiários, objetivos e impactos, além dos instrumentos utilizados³. Pode-se também procurar entender como problemas similares são enfrentados e respondidos em distintos contextos nacionais⁴. Muitas vezes, a combinação de um ou mais aspectos desses enfoques orienta a análise.

Exercida por meio de atores e instituições em certos contextos históricos, a política pública é, ao mesmo tempo, fortemente influenciada tanto por valores quanto por interesses⁵. Os argumentos que justificam uma política permitem entender seus valores e significados, uma vez que orientam sua lógica e seus objetivos, bem como as características de suas ações e programas⁶⁻⁹. O contexto importa sempre, sobretudo nos estudos comparados de países, cada um com suas próprias experiências históricas.

Por que a escolha dos três países? Por um lado, dois países latino-americanos, Argentina e Brasil, com altas taxas de pobreza e sistemas de proteção com cobertura e acesso limitados, socialmente segmentados; por outro, Escócia, nação membro do Reino Unido, cujo sistema de proteção social consolidado no pós-guerra foi reformado pelo neoliberalismo dos anos de 1990 com impactos negativos sobre os segmentos mais pobres da sociedade. Nos três países, PTCR implementados na primeira década do século XXI vêm constituindo um pilar de suas políticas contra a pobreza.

Transferências de renda não são uma novidade como componentes de sistemas de proteção social em países do *Welfare State* maduro, mas foram redesenhadas como estratégias centrais nos processos de reforma associadas às políticas de austeridade¹⁰. Com

o aumento da pobreza no final do século XX, programas desse tipo, promovidos por organizações e bancos multilaterais, como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento, começaram a ser difundidos para vários países emergentes, entre os quais, os latino-americanos. Com variações locais, tornaram-se os principais instrumentos das políticas contra a pobreza. A comparação dessas políticas no Brasil, na Argentina e na Escócia procurou entender o que significou a convergência dessa estratégia em contextos com trajetórias históricas distintas e como parte de inovações e reconfigurações de seus sistemas de proteção social.

As concepções de vulnerabilidade e pobreza, implícitas ou explícitas nas políticas abordadas, são discutidas com base no levantamento de evidências qualitativas em fontes secundárias, como leis, decretos, portarias, bem como em documentos governamentais e de organizações multilaterais, que expressam argumentos e concepções dos programas analisados. O material, de domínio público e disponível em sítios na internet, foi analisado a partir dos contextos normativos e políticos, nacionais e internacionais, que orientaram a produção das políticas de combate à pobreza e às vulnerabilidades.

Vulnerabilidade e pobreza

A vulnerabilidade pode ser definida como a incapacidade de enfrentar riscos por parte de uma pessoa ou um segmento populacional^{11,12}. Significa também a exposição a vários tipos de riscos, como violência, crime, catástrofes naturais, doenças, deficiências, exclusão escolar, choques de mercado, poluição, entre inúmeros outros^{13,14}. Ademais, pode se referir a problemas econômicos, sociais, ambientais, psicossociais, jurídicos, políticos, culturais, demográficos, além de efeitos de desastres naturais, saúde física e mental etc.

Na área social, a ideia de vulnerabilidade desdobrou a concepção de pobreza associada

à insuficiência de renda que dominou estudos e discussões sociais e econômicos desde que Rowntree, no final do século XIX, definiu a concepção de um nível mínimo de subsistência, incluindo alimentação, combustível, moradia, roupas, utensílios domésticos e pessoais, fundamentado em pesquisa empírica na cidade de York, no Reino Unido^{15,16}. Com a construção dos sistemas de proteção social baseados no vínculo das pessoas com o trabalho após o fim da Segunda Guerra Mundial, os Estados de Bem-Estar Social garantiram acesso aos seguintes direitos universais: educação, saúde, emprego, moradia, aposentadorias, pensões, seguro-desemprego. Um sistema baseado na socialização dos riscos sociais a partir da ideia de solidariedade¹⁰. Uma resposta coletiva e solidária, reduzindo a insegurança social.

A partir dos anos de 1970, com a crise do capitalismo e dos Estados de Bem-Estar Social, a descolonização e a emergência de novos movimentos e atores sociais, a pobreza começou a ser vista como multidimensional, derivada não só da privação da renda, mas também de discriminações baseadas em gênero, cor, etnia e orientação sexual. A distribuição desigual de recursos, direitos, oportunidades e de outros ativos entre os vários segmentos de uma sociedade define a desigualdade social, que também passa a ser associada a várias formas de opressão e discriminação, além da privação de renda.

As reformas neoliberais dos anos de 1980, centradas na austeridade fiscal e na redução do papel do Estado na provisão de bem-estar, dominaram a agenda internacional com o apoio das organizações multilaterais. O aumento da pobreza em escala global implicou novas propostas para seu enfrentamento, promovidas pelas mesmas organizações, que passam agora, ao lado das estratégias de privatização, a recomendar políticas visando ao crescimento econômico inclusivo e à equidade em contextos democráticos¹³. Com o *retrenchment* e a fragmentação das políticas universalistas clássicas, estratégias como ‘redes de proteção’ e ‘gestão do risco social’, focalizadas nos

mais vulneráveis^{14,17}, são propostas ao lado de outras políticas que passam a incorporar reivindicações da área social, como saúde e educação, assim como associadas à identidade – de nacionalidade, etnicidade, raça, gênero, sexualidade.

Em meio a essa proliferação de propostas para um desenvolvimento que se coloca como cada vez mais global, é a obra de Amartya Sen que fundamentará as novas estratégias multidimensionais e multissetoriais no enfrentamento da pobreza e da vulnerabilidade para que se alcance maior inclusão e equidade¹⁸. Segundo sua ‘teoria das capacidades’, o desenvolvimento depende das capacidades desenvolvidas pelas pessoas para atingirem qualidade de vida; estas, por sua vez, derivam, em grande parte, de oportunidades econômicas, liberdades políticas, poderes sociais e outras condições habilitadoras, como ‘boa saúde, nutrição e educação básica’¹⁸. A pobreza é vista como a privação das capacidades básicas dos indivíduos, que lhes permitem ter as mesmas oportunidades na vida. Também pode significar falta de poder e de voz, vulnerabilidade e medo, que limitam seu funcionamento. O desenvolvimento implicaria, então, combater as principais fontes de privação de liberdade: pobreza e tirania, carência de oportunidades econômicas e destituição sistemática, negligência dos serviços públicos, intolerância, entre outras.

A ‘teoria das capacidades’ foi importante argumento e base normativa das novas estratégias promovidas pelos bancos multilaterais – principalmente, mas não apenas na América Latina –, em que a adoção de PTCR trazia o objetivo de interromper a reprodução da pobreza e da vulnerabilidade por meio das gerações. No Brasil, na Argentina e em outros países da América Latina, como o México e o Chile, essas políticas focalizadas, associadas ou não a outras, universais, tornaram-se o carro-chefe para o enfrentamento da pobreza e das vulnerabilidades. A ‘teoria das capacidades’ também influenciou os tipos de indicadores de desenvolvimento multidimensionais, como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH),

da Organização das Nações Unidas (ONU), como um parâmetro global de avaliação de seus países-membros; e, mais tarde, os objetivos e as metas da Agenda 2030. Todas essas medidas se sustentam, com variações, no caráter multidimensional e interrelacionado entre pobreza e vulnerabilidades.

Em países europeus mais avançados e conectados à ‘teoria das capacidades’, o chamado paradigma do ‘investimento social’ com enfoque no capital humano ganhou espaço nas políticas públicas mirando os grupos mais vulneráveis. Com fôlego intensificado a partir dos anos 2000, diante do quadro recessivo do capitalismo global e dos cortes nos gastos sociais em diferentes países, essa abordagem é defendida como alternativa ao neoliberalismo e suas reformas pró-mercado dominantes nos anos 1990, cada vez mais questionadas devido à sua incapacidade de responder à crise econômica e promover justiça social¹⁹. Ela tem sido amplamente difundida pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), bem como fundamentado políticas formuladas pela Comissão Europeia que, em 2013, lançou o Pacote de Investimento Social para o Crescimento e a Coesão Social²⁰.

Seus principais objetivos consistem em capacitar os indivíduos ao longo de suas vidas desde a primeira infância e investir em educação de qualidade e em cuidados infantis de forma a preparar indivíduos para os riscos sociais em contraste com políticas compensatórias de reparação de danos. Ainda que marcada por grande heterogeneidade, essa teoria propõe apoiar grupos sociais em desvantagem a serem bem-sucedidos no mercado de trabalho; reduzir iniquidades de gênero por políticas de conciliação vida/trabalho e prover serviços de alta qualidade de cuidado de crianças, promovendo igualdade de oportunidades²¹.

Para Hemerijck¹⁹, o investimento social prepararia os indivíduos e as famílias para criar suas próprias oportunidades de vida e lidar com eventos disruptivos, prevenindo os riscos deles resultantes. Essas políticas deveriam

se ancorar em três funções centrais, complementares e independentes entre si: a) facilitar as transições do ciclo de vida para aumentar os níveis de participação laboral, reduzir o abandono escolar; ajudar desempregados de longa duração e promover a conciliação casa/trabalho; b) aumentar o estoque de capital humano e as competências da população, por meio da educação, formação e capacitação profissional e cuidados desde a infância; e c) manter uma forte rede de segurança universal de rendimento mínimo como proteção social e amortecedor de estabilização econômica em sociedades envelhecidas, contribuindo para reduzir as desigualdades sociais.

Embora essa perspectiva advogue ser distinta das abordagens neoliberais, pois clama por um papel ativo do Estado na garantia de proteção social, críticos como Laruffa²¹ chamam atenção para suas insuficiências em romper com o neoliberalismo. Seu argumento é que um paradigma político não se define apenas pelos instrumentos políticos empregados, mas principalmente por seus valores e princípios normativos. Nessa direção, o investimento social recairia no utilitarismo e em uma naturalização do pensamento econômico inerente ao neoliberalismo, aplicando universalmente os princípios de mercado a temas não econômicos. A ênfase na prosperidade material e a maximização do crescimento econômico têm prioridade sobre outros valores, com a construção de uma subjetividade baseada no ideário liberal de *homo economicus*, em que os indivíduos são atores dotados de racionalidade para maximizar seus interesses, possuem espírito empreendedor e são governados por meio de incentivos que manipulam seus comportamentos.

A modificação dos comportamentos será o principal objetivo das estratégias de ‘ativação’, que exigem um papel ativo do beneficiário para conseguir a inserção no mercado de trabalho em troca do recebimento do benefício social¹⁰. Peck²² chamou de *Workfare*, em substituição ao *Welfare*, as formas de ativação que dominaram a reforma da proteção social

nos Estados Unidos da América desde o final da década de 1960. Com diferentes desenhos, elas foram introduzidas em diferentes países europeus com as reformas da proteção social das décadas seguintes.

A emergência de ‘novos’ riscos se associou à pobreza e à vulnerabilidade produzidas pelas transformações do século XXI – avanços tecnológicos, aumento do desemprego de longa duração e generalização de precariedades e descontinuidades laborais; desenvolvimento de uma economia do conhecimento altamente competitiva; envelhecimento demográfico e inserção feminina no mercado de trabalho; e insustentabilidade econômica e fiscal dos Estados de Bem-Estar Social. Diante do quadro de inseguranças e do agravamento do risco social, o aparecimento de novos fatores de imprevisibilidade diminuem a capacidade de resposta dos governos e das instituições de proteção social²³. Conforme Vandenbroucke, em fragmento traduzido pelas autoras deste artigo, “a política social deve contribuir para a mobilização ativa do potencial produtivo dos cidadãos, a fim de mitigar novos riscos sociais”²⁴⁽⁸⁾, sendo vista, portanto, como investimento, tanto por seus resultados sociais, quanto econômicos.

Contextos nacionais e PTCR

Na América Latina, os PTCR foram introduzidos no final da década de 1990 e início dos anos 2000 em países governados por coalizões reformistas e/ou de esquerda, em uma conjuntura de profunda crise econômica que pôs fim ao período expansionista do pós-Segunda Guerra Mundial. O Brasil e a Argentina haviam passado por longos períodos de ditaduras militares e transições políticas com grande mobilização social. As conquistas democráticas foram ratificadas constitucionalmente em 1988 no Brasil e em 1994 na Argentina. Na década seguinte, os PTCR foram introduzidos em escala nacional: no Brasil, em 2004, no

primeiro governo Lula; e na Argentina, em 2009, no governo Cristina Kirchner. O contexto democrático e as propostas de enfrentamento da pobreza e inclusão dos mais pobres sem alterar a estrutura produtiva foram receptivos a esses programas, com o apoio dos bancos multilaterais, sobretudo o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento.

No Reino Unido, após a recessão de 2008, o governo de coalizão conservadora, liderado pelo primeiro-ministro David Cameron, implementou um programa de austeridade com o objetivo de reduzir o déficit público, com cortes nos orçamentos dos governos locais e redução nos gastos com assistência social. A Escócia, embora não tenha seguido integralmente a mesma trajetória de reformas neoliberais do Reino Unido, graças a maior autonomia em relação ao governo central propiciada desde a devolução de poderes em 1999, também introduziu várias reformas em seu sistema de proteção com diferenças significativas em relação aos programas argentino e brasileiro, associadas aos contextos bem distintos desses países.

No Brasil, o PBF foi criado em 2003, no primeiro governo Lula²⁵, unificando os programas de transferência monetária do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC). Esse programa durou 18 anos, passando por diversos mandatos presidenciais, até ser substituído, em novembro de 2021, pelo Programa Auxílio Brasil (PAB), durante o governo Bolsonaro. Com a eleição do presidente Lula em 2022, o PBF voltou a ser ofertado com algumas modificações.

O PBF tem por objetivo central combater a fome e a miséria e promover a emancipação das famílias pobres por meio de três eixos conjugados: a) transferência monetária direta às famílias, para alívio imediato da pobreza; b) cumprimento de condicionalidades nas áreas de saúde e de educação (acompanhamento pré-natal e do estado nutricional de crianças, cumprimento de calendário vacinal e frequência escolar), compreendidas como contrapartidas dos beneficiários para garantir o acesso a serviços sociais básicos e estratégia para

romper o ciclo intergeracional da pobreza; e c) adoção de programas complementares, voltados à inclusão produtiva e à geração de trabalho e renda²⁶. Outras ações complementares incluem tarifa social de energia elétrica, cursos de alfabetização, de educação de jovens e adultos e de qualificação profissional; e melhoria das condições de moradia, além de isenção de taxas de concursos públicos federais²⁷.

Embora parta da compreensão da pobreza como fenômeno multidimensional e multideterminado, o PBF adota a renda monetária como principal critério de elegibilidade. Os beneficiários devem estar inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do governo federal (CadÚnico), sistema de informação nacional para identificação e caracterização socioeconômica das famílias de baixa renda. Outrossim, há um teto do número de benefícios por município, baseado na estimativa de famílias vulneráveis locais e nos limites orçamentários do Programa.

A gestão do PBF segue o modelo descentralizado das várias políticas federais brasileiras. O Programa é financiado pelo Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), que coordena a execução e o repasse dos recursos do programa aos estados e municípios e transfere diretamente os valores aos beneficiários via Caixa Econômica Federal, banco público e com grande capilaridade no País.

Os municípios são responsáveis pelo cadastramento das famílias no CadÚnico, acompanhamento das condicionalidades e inclusão das famílias nos serviços sociais. Aos estados, cabem ações de apoio técnico, capacitação de servidores municipais, apoio à inclusão de populações tradicionais e específicas no CadÚnico e acompanhamento das condicionalidades de educação na rede estadual de ensino, além da articulação do programa a outras ações promovidas por esse ente governamental.

O PBF também prevê a articulação entre ações das áreas de educação, saúde, assistência social, segurança alimentar, criança e

adolescente, entre outras^{27,28}. O controle social do programa é feito por meio das instâncias de controle social nos municípios e estados, prevendo-se também um comitê gestor inter-setorial do PBF em cada nível de governo, para o planejamento das ações intersetoriais, como o monitoramento do cumprimento das condicionalidades, o acompanhamento familiar e as ações necessárias à gestão do CadÚnico.

O Programa prevê o cancelamento em caso de cinco descumprimentos subsequentes por responsabilidade própria da família. Entretanto, se as famílias não seguem as condicionalidades, as medidas punitivas só são aplicadas em casos extremos. Por exemplo, em 2009, instrução do MDS no Brasil estabelecia a interrupção do acompanhamento das condicionalidades para as famílias que não as cumpriam²⁹, porque justamente eram as famílias mais vulneráveis as que não conseguiam cumprir e necessitavam de maior apoio.

Até sua substituição pelo PAB em novembro de 2021, os valores recebidos pelos beneficiários do PBF eram variados e dependentes das informações fornecidas no cadastramento, tais como: tamanho e composição familiar; condições de moradia; nível de escolaridade; faixa etária; renda total e per capita da família; entre outras. Cada família podia receber até cinco benefícios variáveis no total. Além desses, existia o Benefício de Superação da Extrema Pobreza (BSP) que completava o valor da renda per capita das famílias que, mesmo recebendo esses valores variáveis, não conseguiam atingir o piso da extrema pobreza por pessoa.

A retomada do PBF em 2023 trouxe algumas alterações em relação a seu formato anterior, entre elas, o valor do benefício, que foi ampliado – e, dependendo da situação individual do membro da família (gestantes, crianças, adolescentes, nutrízes), valores diferentes podem ser adicionados. Em 2024, a população brasileira era de pouco mais de 203 milhões de pessoas. Em fevereiro do mesmo ano, o CadÚnico possuía em sua base 95.926.760 de pessoas e 41.636.739 famílias. Desses, 50.614.514 estavam em situação de extrema

pobreza, e 22.321.579 eram de baixa renda. No mesmo mês, o PBF beneficiava 55.272.466 pessoas e 21.066.533 famílias³⁰.

Desde que foi implementado, estudos têm mostrado o papel do Programa para a diminuição da pobreza e da desigualdade, tendo sido responsável por 10% da redução da desigualdade entre 2001 e 2015. Em 2017, as transferências do PBF retiraram 3,4 milhões de pessoas da pobreza extrema e outras 3,2 milhões da pobreza³¹. Estudo com dados do CadÚnico de 2023 mostra que 43% dos responsáveis por famílias com crianças de 0 a 6 anos de idade não têm nenhuma fonte de renda fixa, sendo que, para 83% deles, o Bolsa Família é a principal fonte; o PBF reduziria em 91,7% o percentual de crianças na primeira infância que vivem em famílias na condição de pobreza ou extrema pobreza³².

Na Argentina, o programa AUH foi criado por um decreto presidencial de Cristina Kirchner em novembro de 2009. Assim como o PBF, seu objetivo mais amplo é deter a transmissão intergeracional da pobreza por meio do desenvolvimento de capacidades humanas nas famílias mais vulneráveis. Esse programa estabelece a transferência direta de dinheiro, tendo como condicionalidades o cumprimento dos controles de saúde e vacinação para crianças de até 4 anos de idade; frequência escolar de crianças e jovens entre os 5 e os 18 anos de idade em todos os níveis e modalidades do ensino obrigatório³³.

A Argentina é um país federal dividido em dois níveis de governo autônomos distribuídos em 23 províncias, além da capital federal – Ciudad Autónoma de Buenos Aires – e do governo federal. A Constituição Nacional reformada em 1994 atribuiu às províncias amplas prerrogativas em relação à administração de políticas públicas, como saúde, educação, infraestrutura e segurança. Elas também têm a prerrogativa de estabelecer os parâmetros de autonomia dos municípios pertencentes a suas jurisdições.

No entanto, o AUH é um programa nacional, e suas regras são formuladas pelo governo

nacional, responsável exclusivo por sua gestão, por meio da Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) e de suas Unidades de Atención Integral Descentralizadas (UDAI). Fazem parte da gestão: um Comitê Assessor, um Conselho Interministerial formado pela ANSES, pelo Ministério do Trabalho, Emprego e Previdência Social (MTEySS) e pelo Ministério da Saúde, da Educação e do Interior³⁴, sem a participação direta das províncias. A ANSES elabora a regulamentação complementar para a implementação do Programa, a fiscalização, o controle e o pagamento dos benefícios³³.

Em junho de 2024, a Argentina possuía uma população de 47.067.641 habitantes. Durante o primeiro trimestre desse mesmo ano, a pobreza alcançou 55,5% da população e a indigência chegou a 17,5%. Mais da metade da população vivia sob o limiar de pobreza, e quase um quinto dela não podia cobrir suas necessidades básicas de alimentação³⁵.

A AUH é uma das políticas sociais voltadas, sobretudo, para a infância mais difundidas na Argentina, alcançando, em fevereiro de 2024, 4 milhões de crianças e adolescentes em todo o país. Nessa época, havia cerca de 2,3 milhões de famílias titulares desse benefício³⁶.

Segundo o Observatório da Dívida Social Argentina³⁷, a AUH diminuiu a incidência da pobreza em 13,2% de 2010 a 2013; em 11,9% de 2014 a 2017; e em 4,5% de 2018 a 2020. Entre crianças e adolescentes beneficiários, reduziu a indigência em quase 50% em cada um dos três períodos analisados. Além disso, teve um efeito importante na intensidade das privações materiais, reduzindo em quase 20% a desigualdade em relação à pobreza e entre 30% e 40% em relação à indigência.

A solicitação do benefício é feita pelo responsável do grupo familiar nas repartições locais da ANSES pessoalmente ou pela internet, e o pagamento do auxílio é depositado em conta bancária em nome de um dos pais, tutor, curador ou parentes por consanguinidade até o terceiro grau. São pagas mensalmente as parcelas de 80% do benefício, e os restantes 20% são

depositados em uma caderneta de poupança em nome do titular no Banco Nación, podendo ser retirados no final de cada ano, após a verificação do cumprimento das condicionalidades na Libreta Nacional de Seguridad Social, Salud y Educación, principal documento de controle do cumprimento das condicionalidades do programa, sob supervisão das UDAI. As sanções pelo não cumprimento das condicionalidades podem ir desde a retenção dos 20% do valor do benefício poupado durante o ano anterior até a exclusão do programa, mas desde a pandemia da covid-19, a aplicação das sanções está suspensa. A não apresentação do documento impede o recebimento dos benefícios complementares de ajuda escolar e ajuda alimentação, pois a solicitação é feita a través da apresentação da Libreta³³.

A AUH pode ser complementada por vários programas sociais, que geralmente aumentam os valores das famílias em situação de maior vulnerabilidade e pobreza, sobretudo aquelas com crianças e mulheres grávidas. Além disso, há programas para jovens no ensino básico, médio ou superior, outros que capacitam para o trabalho ou apoiam pessoas idosas.

Na Escócia, assim como nas outras nações do Reino Unido, o UC foi aprovado na Lei de Reforma da Previdência de 2012 para pessoas em idade laborativa, com a reforma do sistema de seguridade social no governo Cameron. Essa reforma modificou o sistema de proteção social, adotando, para os benefícios típicos da assistência social, a perspectiva da ativação e do investimento social. Foram vários os objetivos da reforma, entre os quais: a simplificação do sistema de pagamento de benefícios com a substituição dos seis benefícios e créditos fiscais anteriores por um único; o incentivo à responsabilidade financeira dos beneficiários, diminuindo sua dependência do sistema de assistência e inserção no mercado de trabalho, como forma de saída da pobreza; e o incentivo à transição para o emprego³⁸.

A principal medida adotada na definição de pobreza para o UC é a renda após a dedução dos custos com moradia. Em 2022, a Escócia

possuía uma população estimada em 5,72 milhões de pessoas, das quais 21% viviam em condições de pobreza³⁹. No entanto, apesar da existência de 1,11 milhão de pessoas nessa situação, em outubro de 2023, apenas 501.457 indivíduos estavam recebendo benefícios do UC, ou seja, cerca de metade de sua população pobre.

Como o benefício visa as pessoas em idade laborativa, são elegíveis indivíduos de baixa renda ou que necessitam de assistência com seus custos de vida, excluindo-se aqueles que atingiram a idade de aposentadoria, 66 anos. O benefício pode ser recebido por desempregados, trabalhadores e pessoas incapazes de trabalhar devido a condições de saúde. Os beneficiários devem residir no Reino Unido, com idade igual ou superior a 18 anos (com exceções de casos especiais) e possuir, no máximo, 16 mil libras em dinheiro, poupanças e investimentos. Os beneficiários do UC são automaticamente elegíveis para outros benefícios, como refeição gratuita nas escolas para crianças, assistência legal gratuita, subsídio para jovens permanecerem na escola, benefícios do National Health Service (NHS) e outros⁴⁰.

Os valores pagos são baseados em renda, bens, número de filhos e situação familiar, sob a forma de um único pagamento mensal, com a ideia de imitar os pagamentos de trabalho assalariado. No caso da Escócia, a flexibilidade permitida pelas ‘Escolhas Escocesas’ (*Scottish Choices*) permite que opcionalmente o benefício seja pago quinzenalmente e/ou transferido diretamente ao proprietário⁴¹. A ideia de transferir o valor do aluguel para os beneficiários é incentivar sua responsabilidade financeira e controle de suas finanças, mas muitos não conseguem distribuir os recursos ao longo de um mês ou usam esse dinheiro para outras despesas, deixando assim de efetuar o pagamento do aluguel⁴².

A gestão do benefício é centralizada no Reino Unido, a partir do Departamento de Trabalho e Pensões (Department of Work and Pensions). A política combina

condicionalidades com sanções. As condições para receber o benefício são adaptadas individualmente pelos chamados *workcoaches* (orientadores de trabalho). Estes têm autonomia para estabelecer, por exemplo, quantas horas deverão ser destinadas à procura de trabalho, entrevistas de emprego etc., decidir se os requerentes estão trabalhando horas suficientes ou se cumprem os critérios para receber o UC, podendo impor sanções se condicionalidades não forem cumpridas³⁹. Medidas punitivas podem ser tanto o corte integral quanto parcial do valor do benefício, dependendo do acordo estabelecido. Entre as condições, o comparecimento a reuniões agendadas; a análise da situação pelo *workcoach*; e a fidedignidade de informações, tanto com relação à mudança de circunstâncias quanto no ato da inscrição.

A exigência da participação obrigatória em programas, a maioria direcionada à inserção laboral, pretende obter uma mudança comportamental. Koch e Reeves⁴³ nomeiam essa mudança no eixo da seguridade social de ‘insegurança social sancionada pelo Estado’, por meio de ondas sucessivas de reformas, que, com a implementação do UC, adquiriram contornos cada vez mais punitivistas, fragilizando os grupos populacionais mais vulneráveis pela rigidez das condicionalidades e das penalidades impostas.

Desde 2015, quando o UC foi implementado, aumentou o número de pessoas em situação de rua na Escócia⁴¹. Os grupos vulneráveis foram os mais atingidos pelas sanções, com efeitos graves em sua saúde mental, aumento de suicídios principalmente entre indivíduos desempregados que foram transferidos para o UC⁴⁴, roubos e pequenos crimes por beneficiários jovens, que não conseguem se ajustar às regras do programa⁴².

A restrição do acesso passou a orientar os sistemas de proteção social no Reino Unido. Mesmo com abordagem mais inclusiva, a Escócia, com várias reformas desde a devolução de poderes e o estabelecimento

do Parlamento em 1999, que distinguem seu sistema de políticas sociais e a cultura de proteção social do Reino Unido, não obteve os efeitos positivos previstos, e suas taxas de pobreza seguiram tendências semelhantes às do resto do Reino Unido⁴⁵. O caráter mercantilizado e direcionado ao trabalho do UC mostrou-se ineficaz para a redução da pobreza e da vulnerabilidade, não conseguindo alterar

condições estruturais decorrentes das mudanças no mundo do trabalho.

Análise comparada

O *quadro 1* abaixo sintetiza alguns dados sobre os três programas.

Quadro 1. Principais características dos programas analisados

Dimensão	Brasil – Programa Bolsa Família (PBF)	Argentina – Asignación Universal por Hijo (AUH)	Escócia – Universal Credit (UC)
Contexto Político da implementação	Políticas de combate à pobreza em governo de centro-esquerda com apoio de organismos multilaterais	Políticas de combate à pobreza em governo de centro-esquerda com apoio de organismos multilaterais	Reformas neoliberais após a recessão de 2008, com enfoque na austeridade
Objetivos	Combater a fome e a miséria, interrupção da pobreza intergeracional; promover o acesso a direitos em saúde e educação	Combater a pobreza, interrupção da pobreza intergeracional; promover o acesso a direitos em saúde e educação	Incentivar a responsabilidade financeira e inserção no mercado de trabalho (ativação)
Critério de Elegibilidade	Renda familiar	Renda, vínculo empregatício informal, trabalhadores domésticos, filhos menores de idade	Bens financeiros (dinheiro, poupanças e investimentos)
Público-alvo	Famílias com renda familiar per capita mensal de até R\$ 218,00 (USD \$38,41)	Pais ou responsáveis (com filhos menores ou PCD) desempregados, trabalhadores informais ou do serviço doméstico. Renda mensal menor que \$AR 3.599.466 (USD \$ 36,69)	Pessoas acima de 18 anos aptas ao trabalho, não aposentadas que possuam no máximo £16.000 (USD \$20.798,40) em dinheiro, poupanças e investimentos
Condições para manutenção do benefício	Controle de saúde e educação (pré-natal, vacinação, frequência escolar)	Controle de saúde e educação (pré-natal, vacinação, frequência escolar)	Controle em ações voltadas à capacitação profissional e busca de emprego
Penalidades/sanções	Cancelamento em caso de 5 descumprimentos subsequentes por responsabilidade da família	Pagamento de apenas 80% do benefício até comprovação de cumprimento das condições	Cortes integrais ou parciais do benefício em caso de descumprimento de condicionalidade
População beneficiária	Aproximadamente 55 milhões de famílias titulares, ou 94% da população pobre	Em torno de 2,3 milhões de famílias titulares (2024) ou 10% da população pobre	Por volta de 433 mil domicílios beneficiários em 2024, ou 40% da população pobre
Efeito sobre o combate à pobreza	Positivo	Positivo	Negativo

Fonte: elaboração própria.

Os três países introduziram reformas na proteção social pós-consenso de Washington sob o guarda-chuva da austeridade ao mesmo tempo que a ‘teoria das capacidades’ acendia a luz vermelha sobre o critério da renda monetária como único parâmetro para pensar no desenvolvimento e no combate à pobreza e vulnerabilidade. Na Argentina e no Brasil, com déficits históricos em acesso a direitos sociais e democracia, situações de crise social e econômica agudas e sistemas de proteção social de acesso fragmentado e desigual, a introdução dos PTCR, ainda que não institucionalizados e originários da mesma matriz liberal difundida pelas organizações multilaterais, ao incorporar no combate à pobreza e à vulnerabilidade, além do mercado, o acesso a direitos em saúde e educação por meio das condicionalidades e ações complementares, conseguiu expandir a inclusão social. Estes representam um movimento de enfrentar as desigualdades, ainda que sem mudanças nas condições estruturais que as sustentam.

Por outro lado, as concepções de investimento social e ativação, voltadas para o mercado de trabalho, implicam uma lógica direcionada para mudanças comportamentais dos mais pobres e vulneráveis. A política pública cumpre a função de transformá-los em trabalhadores ativos com a participação obrigatória em ações que os integrem ao mercado de trabalho, sujeitas a sanções promovidas pela burocracia estatal nos casos de não cumprimento. Na Escócia, assim como no resto do Reino Unido, o UC representou uma virada radical dos valores da proteção social, uma retração da assistência social em um momento de crise de emprego e transformação das relações de trabalho. Trata-se de uma ruptura com a concepção tradicional do *Welfare*, de atender às necessidades básicas das pessoas, com um sentido de solidariedade e universalismo de direitos. A focalização, as restrições de acesso e a excessiva regulação adotadas pelo Programa impactam sua própria concepção de investimento social, na medida em que, por um lado, colocam sobre o indivíduo

a responsabilidade sobre seus riscos e, por outro, restringem suas alternativas e acirram sua criminalização. Nesse contexto, a ideia de ‘investimento’ em contexto de ‘restrição’ generalizada não é promissora.

As condicionalidades do UC impactaram negativamente, especialmente as populações vulneráveis. Relatório da ONU apontou diversos problemas com relação não apenas ao desenho, mas também à implementação do programa, cujos pagamentos padecem de atrasos constantes, afora os impactos negativos em minorias étnicas, mulheres, crianças, pessoas com deficiência e famílias de baixa renda⁴⁶.

Se, no caso da Escócia, o UC implicou restrição do acesso aos direitos, nos casos brasileiro e argentino, o PBF e o AUH conseguiram diminuir os piores índices de pobreza de renda e expandir o acesso a direitos em saúde e educação, ainda que os padrões de desigualdades estejam longe de serem alterados sem reformas econômicas mais profundas e melhoria da qualidade dos serviços públicos de saúde e educação.

Considerações finais

A expansão dos PTCR como estratégia de enfrentamento da pobreza a partir dos anos 1990 está associada à profunda crise econômica que se abateu sobre os países capitalistas, pondo fim ao período expansionista vivenciado no pós-Segunda Guerra Mundial. Inovações tecnológicas e mudanças na esfera produtiva em uma economia cada vez mais financeirizada acarretaram aumento do desemprego, agora estritamente estrutural, e precarização das relações de trabalho, o que, aliado às medidas de *retrenchment* que orientaram as reformas dos sistemas de proteção social, contribuíram para aprofundar os níveis de pobreza e desigualdades sociais em escala mundial. A contenção dos resultados deletérios desse processo, sem alterá-lo, recaiu sobre as políticas públicas de proteção social, ainda que com

variações importantes no desenho, princípios normativos e valores que as sustentam.

O Reino Unido desenvolveu seu sistema de proteção associado ao pleno emprego, em que a assistência social tinha papel secundário em relação às políticas de previdência e, principalmente, de saúde. As reformas reverteram essa lógica, introduzindo a perspectiva da racionalidade de gastos, o que, de fato, implicou redução do financiamento público, privatização e restrições de acesso. Nesse contexto, no qual prevalecem novas relações de trabalho, com fragilidade e precariedade do emprego, a assistência social é elevada a novo patamar, mas acompanha a perspectiva liberal de atender aos preceitos da austeridade. Nesse caso, aplicam-se as dimensões de mercantilização, contenção de custos e recalibragem apontadas por Pierson⁴⁷ para caracterizar os processos de austeridade permanente.

No caso do Brasil e da Argentina, a austeridade encontra sistemas mais fragilizados, em especial o do Brasil, que, em verdade, estava em ampliação a partir de 1988. A entrada dos PTCR se dá não tanto como assistentes das políticas de contenção e regulação da força de trabalho, o que seria impossível em contexto de ampla informalidade do trabalho, carência de empregos e alta vulnerabilidade, mas de

esquemas compensatórios que, protagonizados por governos progressistas, alcançam valorizar a inclusão e as concepções mais solidárias e abrangentes.

Esses programas em nada alteram o percurso da austeridade nesses países. Ao contrário, de alguma forma, escondem seus impactos de médio e longo prazos. De todo modo, a alternativa dos PTCR, se muito inovadora para as condições desses países, já demonstra sua caducidade como mecanismo de enfrentamento da pobreza e das vulnerabilidades, haja vista a longevidade e o agravamento das condições estruturais impostas pela austeridade, que atingem o conjunto das políticas sociais de saúde, trabalho, habitação etc., sobre as quais recaem a efetividade do combate às desigualdades.

Colaboradoras

Vaitsman J (0000-0001-8569-853X)*, Cinacchi GB (0000-0002-2171-5772)*, Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)*, Senna MCM (0000-0003-2161-7133)*, Barreto SA (0000-0002-1790-2057) e Simpson MX (0000-0003-0801-8304)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Mahoney J. Comparative-Historical Methodology. *Annu Rev Sociol.* 2004;30:81-101 DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.30.012703.110507>
2. Ribeiro JM, Vaitsman J, Motta JIJ. Sistemas de saúde, mecanismos de governança e porosidade governamental em perspectiva comparada. *Saúde de debate.* 2022;46(esp4):10-25. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E401>
3. Collins T. Health policy analysis: a simple tool for policy makers. *Public Health.* 2005;119(3):192-196. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2004.03.006>
4. Vaitsman J, Ribeiro JM, Lobato LC. Policy Analysis in Brazil: the state of the art. In: Vaitsman J, Ribeiro JM, Lobato LC, organizadores. *Policy Analysis in Brazil.* Bristol: Policy Press; 2013. p. 1-10.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Howlett M, Ramesh M. Studying public policy: Policy cycles and policy subsystems. Toronto: Oxford University Press; 2003.
6. Majone G. Evidence, argument, and persuasion in the policy process. New Haven: Yale University Press; 1989.
7. Fisher F, Forester J, editores. The argumentative turn in policy analysis and planning. Durham; London: Duke University Press; 1993.
8. Geva-May I, Pal LA. Good fences make good neighbours: policy evaluation and policy analysis – exploring the differences. *Evaluation*. 1999;5(3):259-77. DOI: <https://doi.org/10.1177/13563899922208986>
9. Kingdon JW. Agendas, Alternatives and Public Policies, Boston, MA: Longman; 2013.
10. Filgueiras CAC, Souki LG. Individualização da incerteza: direito condicionado e ativação da proteção social. *Soc Estado*. 2017;32(1):89-114. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0102-69922017.3201005>
11. Moser C. The Asset Vulnerability Framework: Reassessing Urban Poverty Reduction Strategies. *World Dev*. 1998;26(1):1-19. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0305-750X\(97\)10015-8](https://doi.org/10.1016/S0305-750X(97)10015-8)
12. Busso G. Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para latinoamerica a inícios del siglo XXI. Anais do Seminario Internacional Las Diferentes expresiones de la Vulnerabilidad Social en América Latina y el Caribe; 2001 jun 20-21; Santiago de Chile. Santiago de Chile: Cepal; 2001.
13. The World Bank. World Development Report – Attacking Poverty, Oxford. Oxford: University Pres; 2001.
14. Holzmann R, Jorgensen S. Social risk management: A new conceptual framework for social protection. *Int Tax Public Finan*. 2001;8(4):529-556. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1011247814590>
15. Rowntree BS. Poverty: a study of town life. London: Macmillan; 1901.
16. Deak M. Pandemia, risco e novos grupos vulneráveis. In: Spink PK, Burgos F, Alves MS, organizadores. Vulnerabilidade(s) e ação pública: concepções, casos e desafios. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania; 2022. p. 18-32.
17. Townsend P. From universalism to safety nets: the rise and fall of Keynesian influence on social development. In: Mkandawire T, editor. Social policy in a development context. London: Palgrave Macmillan UK; 2004. p. 37-62.
18. Sen AK. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
19. Hemerijck A. The quiet paradigm revolution of social investment. *Social Politics*. 2015;22(2):242-256. DOI: <https://doi.org/10.1093/sp/jxv009>
20. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Social investment package [Internet]. Dublin: Eurofound; 2012 [acesso em 2025 mar 26]. Disponível em: <https://www.eurofound.europa.eu/en/social-investment-package>
21. Laruffa F. Towards a Post- Neoliberal Social Policy? Social Investment Versus Capability Approach. *Momentum Quarterly*. 2018;7(4):171-187. DOI: <https://doi.org/10.15203/momentumquarterly.vol7.no4.p171-187>
22. Peck J. The rise of the workfare state. *Kurswechsel*. 2003;3:75-87.
23. Hespanha P. Algumas questões de fundo para uma avaliação da nova geração de políticas sociais. Anais do 7º Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública; out 2002; Lisboa. Lisboa: CLAD; 2002.
24. Vandenbroucke F, Hemerijck A, Palier B. The EU Needs a Social Investment. *Pact Opinion Paper*, n. 5. Bruxelas: Observatoire Social Européen; 2011.
25. Presidência da República (BR). Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2004 jan 12 [acesso em 2024 ago

- 2]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm
26. Presidência da República (BR). Lei nº 14.601, de 19 de junho de 2023. Institui o Programa Bolsa Família; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social), a Lei nº 10.820, de 17 de dezembro de 2003, que dispõe sobre a autorização para desconto em folha de pagamento, e a Lei nº 10.779, de 25 de novembro de 2003; e revoga dispositivos das Leis nºs 14.284, de 29 de dezembro de 2021, e 14.342, de 18 de maio de 2022, e a Medida Provisória nº 1.155, de 1º de janeiro de 2023. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2023 jun 20 [acesso em 2024 ago 2]; Seção I:13. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.601-de-19-de-junho-de-2023-48599753>
 27. Silva MOS, Lima VFSA. O Bolsa Família no Brasil: problematizando a transferência de renda condicionada focalizada em famílias pobres no contexto da América Latina. R Pol Públ. 2012;(esp):231-244.
 28. Senna MCM. Ações intersetoriais envolvendo assistência social e saúde: o Programa Bolsa Família em questão. O Social em questão. 2013;17(30):245-272.
 29. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR), Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Instrução Operacional nº 33 SENARC/MDS, de 3 de dezembro de 2009. Divulgação, entre os municípios, dos procedimentos a serem adotados para registro do acompanhamento familiar e solicitação, se necessário, da interrupção temporária dos efeitos do descumprimento de condicionalidades para famílias inseridas em atividades de acompanhamento familiar desenvolvidas no município. Brasília, DF: MDS; 2009.
 30. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (BR). MDS VIS Data: Visualização de Informações Sociais [Internet]. Brasília, DF: MDS; 2025 [atualizado em 2025]; [acesso em 2025 mar 26]. Disponível em: <https://aplicacoes.cidadania.gov.br/vis/data3/data-explorer.php>
 31. Souza PHGF, Osório RG, Paiva LH, et al. Os efeitos do programa Bolsa Família sobre a pobreza e a desigualdade: um balanço dos primeiros quinze anos. Texto para Discussão. Brasília, DF: IPEA; 2019.
 32. Martins NFA, Gomes LAC. Perfil síntese da primeira infância e famílias no Cadastro Único [Internet]. São Paulo: FMCSV; 2024 [acesso em 2024 out 19]. Disponível em: <https://biblioteca.fmcsv.org.br/biblioteca/perfil-sintese-da-primeira-infancia-e-familias-no-cadastro-unico/>
 33. Administración Nacional de la Seguridad Social. Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH): hacia un esquema más inclusivo. [local desconhecido]: ANSES, Dirección General de Planeamiento; Observatorio de la Seguridad Social; 2021. (Serie Estudios de la Seguridad Social).
 34. Díaz Langou G, Dal Masseto Potenza F, Fortezza P. Los principales programas nacionales de protección social. Estudio sobre los efectos de las variables político-institucionales en la gestión. Documento de Trabajo nº 45. Buenos Aires: CIPPEC; 2012.
 35. González-Rozada M. Nowcast de Pobreza [Internet]. Buenos Aires: Universidad Di Tella; 2024 [acesso em 2024 jul 29]. Disponível em: https://www.utdt.edu/ver_contenido.php?id_contenido=22217&id_item_menu=36605
 36. Administración Nacional de la Seguridad Social. Observatorio de la Seguridad Social [Internet]. Boletín Mensual de la Asignación Universal por Hijo. [local desconhecido]: ANSES; 2024 [acesso em 2024 ago 2]. Disponível em: https://www.anses.gob.ar/sites/default/files/2024-09/Boletin%20AUH_Mayo%202024_0.pdf
 37. Poy Piñeiro S, Sánchez ME, Salvia A, et al. Evaluación de impacto de la Asignación Universal por Hijo (AUH) en la infancia a diez años de su implementación: Documento de investigación. Informe Especial. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa, 2021.
 38. United Kingdom. An introduction to Universal Credit [Internet]. [local desconhecido]: Universal Credit;

- 2013 [acesso em 2023 ago 1]. Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/263960/universal-credit-an-introduction.pdf
39. Scottish Government [Internet]. Edinburgh: Scottish Government; 2023. Poverty and Income Inequality in Scotland 2019-22. Scottish Government National Statistics publication. 2023 mar 23 [acesso em 2023 maio 27]. Disponível em: <https://data.gov.scot/poverty/>
 40. Scottish Government, Social Security [Internet]. Edinburgh: Scottish Government; [data desconhecida]. Universal Credit (Scottish choices); [data desconhecida] [acesso em 2025 mar 26]. Disponível em: <https://www.gov.scot/policies/social-security/universal-credit/>
 41. Scottish Government [Internet]. Edinburgh: Scottish Government; 2021. Universal Credit Scottish choices: evaluation; 2021 mar 4 [acesso em 2023 dez 20]. Disponível em <https://www.gov.scot/publications/evaluation-universal-credit-scottish-choices/>
 42. D'Este R, Harvey A. Universal Credit and Crime. Discussion Paper Series. IZA DP No. 13484. Bonn: IZA DP; 2020.
 43. Koch I, Reeves A. From social security to state-sanctioned insecurity: How welfare reform mimics the commodification of labour through greater state intervention. *Economy and Society*. 2021;50(3):448-70. DOI: <https://doi.org/10.1080/03085147.2020.1844936>
 44. Wickham S, Bentley L, Rose T, et al. Effects on mental health of a UK welfare reform, Universal Credit: a longitudinal controlled study. *Lancet Public Health*. 2020;5(3):157-64. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30026-8](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30026-8)
 45. Sinclair S. Challenges to the strategic state: Welfare reform lessons from a devolved polity. *J Soc Policy*. 2024;53(3):811-28. DOI: <https://doi.org/10.1017/S004727942200068X>
 46. United Nations. Visit to the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland: Report of the Special Rapporteur on extreme poverty and human rights. New York: United Nations; 2019.
 47. Pierson P. Coping with permanent austerity. In: Pierson P, editor. *The New Politics of the Welfare State*. New York: Oxford University Press; 2001. p. 410-456.

Recebido em 13/11/2024

Aprovado em 06/04/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: CNPq, projeto 'Pobreza e políticas de assistência social no Brasil, Argentina e Escócia: um estudo comparado'

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Resiliência coletiva: um olhar sobre o trabalho na Atenção Primária à Saúde

Collective resilience: A glance over the work on Primary Health Care

Raquel de Castro Alves Nepomuceno¹, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto², Kelen Gomes Ribeiro³, Luiz Odorico Monteiro de Andrade²

DOI: 10.1590/2358-289820251459699P

RESUMO A Atenção Primária à Saúde (APS) foi considerada importante pilar frente à pandemia da covid-19, que trouxe uma série de fatores estressantes e traumáticos, requerendo ajustes no cotidiano. O conhecimento do território, o acesso, o vínculo entre usuário e equipe, a integralidade da assistência, o monitoramento das famílias vulneráveis e o acompanhamento dos casos constituíram estratégias fundamentais. Coube também abordar problemas oriundos do isolamento social prolongado e da precarização da vida social e econômica, como transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agudização ou desenvolvimento de agravos crônicos, cujas consequências são de difícil previsão e exigem cuidados integrados longitudinais. A situação de precariedade social e econômica em que se encontra parte da população, fundada em dois traumas sociais – a colonização e a escravidão –, que produziram desenvolvimento marcado pela extrema desigualdade na distribuição de renda e no usufruto de direitos sociais, foram agudizadas na pandemia, ampliando os desafios no cuidado em saúde. Diante das potencialidades e fragilidades das vivências após a covid-19, faz-se necessário aprofundar os conhecimentos sobre resiliência coletiva. Este ensaio teórico discute referências bibliográficas e oferece análise crítica do conceito, destacando a importância deste na contemporaneidade, e aplicando-o ao contexto da APS do Brasil.

PALAVRAS-CHAVE Resiliência coletiva. Marcas de resiliência. Territórios existenciais. Coletivo.

ABSTRACT *Primary Health Care (PHC) was considered to be an important pillar to face the COVID-19 pandemic, which carried a series of stressful and traumatic factors that required adjustments to daily life. Being aware of the territory, of the access, of the bond linking the user to the team, of the assistance integrality, besides the follow-up of vulnerable families and cases became fundamental strategies. It was also required to stand up for problems resulting from the long-lasting social isolation and the precarious conditions of both social and economic lives, such as mental derangements, domestic violence, alcohol addiction and the sharpening or development of permanent conditions, with consequences that are hard to predict, and that require integral and longitudinal attention. The precarious social and economic conditions that affected part of the population, grounded on two social traumas – colonization and slavery –, which led to an extremely unequal development concerning income distribution and the fruition of social rights, became even sharper during the pandemic, widening challenges concerning the health care. The potentialities and fragilities of life experiences following the COVID-19 makes it urgent to deepen what is known about collective resilience. This theoretic study discusses bibliographic references and offers a critical analysis of the concept, stressing its importance nowadays, besides applying it to Brazilian PHC context.*

KEYWORDS *Collective resilience. Marks of resilience. Existential territories. Collective.*

¹Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF) – Fortaleza (CE), Brasil. nepomuceno.raquel@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Eusébio (CE), Brasil.

³Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.



Introdução

A pandemia da covid-19 trouxe uma série de fatores estressantes e traumáticos que exigiram ajustes na vida cotidiana¹⁻³. A Atenção Primária à Saúde (APS) destacou-se como um pilar fundamental para enfrentar essa emergência, uma vez que estudos indicam que aproximadamente 80% dos casos da doença foram leves, e grande parte dos casos moderados buscaram a rede básica de saúde como primeiro acesso na busca de cuidados⁴⁻⁷.

O conhecimento do território, o acesso, o vínculo entre os usuários e a equipe de saúde, a integralidade da assistência, o monitoramento de famílias em situação de vulnerabilidade e o acompanhamento de casos suspeitos e leves foram estratégias importantes não apenas para conter a pandemia, mas também para evitar que a situação das pessoas com covid-19 se agravasse^{7,8}. À APS coube também abordar problemas oriundos do isolamento social prolongado e da precarização da vida social e econômica, como transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agudização ou desenvolvimento de agravos crônicos, cujas consequências foram imprevisíveis e exigiram cuidados integrados longitudinais⁸.

A situação de precariedade social e econômica em que se encontrava parte da população fez parte dos reflexos atuais (étnicos, sociais e econômicos) da história do país, fundada em dois grandes traumas sociais – a colonização e a escravidão –, que produziram desenvolvimento marcado pela extrema desigualdade na distribuição de renda e no usufruto de direitos sociais^{9,10}, e que foram agudizadas no curso da pandemia, ampliando os desafios no cuidado em saúde à população¹¹⁻¹⁴.

Diante das potencialidades e fragilidades das vivências reais do Brasil, principalmente após a pandemia da covid-19, faz-se necessário aprofundar os conhecimentos sobre o conceito de resiliência, como tentativa de colaborar para o enfrentamento das adversidades e dos traumas cotidianos presenciados no contexto da APS. Entende-se resiliência como processo

transubjetivo que se organiza como uma das possíveis respostas ao trauma, mas com a peculiaridade de trazer a possibilidade de retomada de algum tipo de desenvolvimento e de construção de territórios existenciais^{9,15}.

Este estudo é um ensaio teórico produzido por pesquisadoras e trabalhadoras da APS, que se dedicaram à leitura de produções teóricas e resultados de pesquisas publicadas por outros autores sobre o conceito de resiliência. A partir de reflexão crítica, apresenta-se o resultado da compreensão sobre o conceito que evoluiu para resiliência coletiva, que tem horizontes conceituais entrelaçados com os filósofos Jeans Deleuze e Gilles Guattari. Propõe-se, então, intensificar o movimento questionador para repensar e reconstruir a ótica do conceito de resiliência.

O corpo do ensaio está estruturado em cinco seções. A primeira seção apresenta estudos sobre a origem da resiliência e suas definições, e convida a trazer a complexidade do conceito para a discussão; nas três seções seguintes, abordam-se os conceitos que delinearam o caminho para a compreensão da resiliência coletiva: marcas de resiliência, territórios existenciais e o coletivo. Por último, expõe-se a reflexão sobre a aplicação do conceito de resiliência coletiva na APS.

Além da superação: a complexidade da resiliência

A etimologia da palavra resiliência remonta ao latim, especificamente ao termo *resilio*, *resilire*. *Resilio*, conforme dois dicionários de latim-português, parece derivar de *re* (um prefixo que denota retrocesso) e *salio* (que significa saltar ou pular), implicando a ideia de um salto para trás, ou seja, um retorno por meio do ato de saltar. No léxico da língua inglesa, o termo apresenta duas interpretações: a primeira diz respeito à capacidade de um indivíduo de retornar rapidamente a um estado normal de saúde ou bem-estar após enfrentar enfermidades ou adversidades; a

segunda definição refere-se à habilidade de uma substância restabelecer sua forma original quando a pressão é removida: flexibilidade¹⁶.

O conceito de resiliência tem suas raízes na Física, onde se refere especificamente à capacidade de um objeto ou material retornar à sua forma original após ser submetido a uma força externa. Com o tempo, essa noção foi adotada como metáfora em outras ciências. Primeiramente, a Psicologia¹⁷⁻¹⁹ e a Ecologia²⁰ passaram a utilizá-la para descrever processos de recuperação após traumas que afetam tanto indivíduos quanto ecossistemas. Posteriormente, o termo encontrou seu lugar nas Ciências Sociais, especialmente por meio da Geografia Humana e da Economia, que analisaram a recuperação de comunidades e setores econômicos após desastres ambientais, como terremotos, poluição nas águas e períodos de seca ou enchente. Esses estudos foram refinando o entendimento do conceito de resiliência, ressaltando a importância dos contextos institucionais, da reflexividade e das ações coletivas nos fenômenos que envolvem a resiliência²¹⁻²³.

Ao contrário das fórmulas matemáticas que definem resiliência na Física, a definição na Psicologia é menos clara e precisa, devido à complexidade e à multiplicidade de fatores e variáveis envolvidos na análise dos fenômenos humanos. Traçando um paralelo entre a relação tensão/pressão e deformação não-permanente, corresponderia à relação situação de risco/estresse/experiências adversas em indivíduos, com finais de adaptação e ajustamento. No entanto, essa comparação apresenta desafios, uma vez que ainda há dificuldades em definir o que é risco e o que é adversidade, bem como adaptação e ajustamento¹⁶⁻²⁴.

No campo das Ciências Sociais, o conceito de resiliência é apresentado de diversas maneiras. Destaca-se a ideia de que a resiliência é a capacidade de ressurgir diante das adversidades, adaptando-se, recuperando-se e alcançando uma vida significativa e produtiva. Outra interpretação aborda a resiliência como a habilidade de enfrentar de maneira eficaz

circunstâncias e eventos de vida severamente estressantes e acumulativos²⁵.

O conceito de resiliência pode ser compreendido dentro de uma perspectiva ecológica que abrange o indivíduo, a família, a sociedade e a comunidade²⁶. Essa visão destaca que esse conceito envolve um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que favorecem o desenvolvimento de uma vida saudável, mesmo em contextos adversos²⁷. Esse constructo caracteriza-se como um processo interativo entre a pessoa e o meio, que se estabelece como resultado de variações individuais em resposta ao risco²⁶. Os mesmos fatores causadores de estresse podem ser experienciados de formas diferentes por pessoas diferentes. Assim, conceitua-se resiliência como a possibilidade de superação, o que não expressa eliminação do problema, mas sua ressignificação²⁷.

A introdução de diversos estudos sobre resiliência levanta questões relacionadas às habilidades individuais, ilustradas com pequenas histórias de pessoas com trajetórias semelhantes, dentre as quais algumas conseguem superar os momentos de crise e outras, não. Nesse contexto, a perspectiva individual busca compreender resiliência a partir de características pessoais, como sexo, temperamento e genética, embora, em dados momentos, certos autores acentuem o aspecto relevante da interação de bases constitucionais e ambientais da questão da resiliência²⁸.

Alguns autores sugerem que os estudos sobre resiliência podem ser categorizados em três correntes: a norte-americana ou anglo-saxônica, a europeia e a latino-americana^{29,30}. A corrente norte-americana tende a ser mais pragmática e centrada no indivíduo, avaliando a resiliência por meio de dados observáveis e quantificáveis. Assim sendo, a resiliência é vista como resultado da interação do indivíduo com o ambiente em que se encontra. Por outro lado, a perspectiva europeia adota uma abordagem ética e relativista, comumente influenciada por teorias psicanalíticas³⁰. Já a corrente latino-americana faz uma abordagem mais comunitária, enfocando o social como

uma resposta às dificuldades do sujeito diante das adversidades³¹ – perspectiva particularmente relevante para o contexto brasileiro, marcado por profundas vulnerabilidades sociais e econômicas.

Foram identificados três discursos sobre a questão da resiliência. O primeiro modelo centra-se no indivíduo, fundamentando-se em pesquisas científicas de caráter quantitativo. O segundo baseia-se na análise de processos e percepções, utilizando uma abordagem qualitativa que explora experiências de vida dentro de uma perspectiva sistêmica, ecológica e de desenvolvimento. Por fim, o terceiro modelo, denominado discurso crítico, estabelece um movimento questionador que visa repensar e reconstruir a compreensão do conceito de resiliência¹⁶.

Defende-se, portanto, a importância de um discurso crítico para aprofundar a compreensão e a aplicação do conceito de resiliência em contextos complexos e dinâmicos, como o brasileiro. O discurso crítico desafia a ir além das abordagens tradicionais, que frequentemente focam no indivíduo ou em processos isolados, e convida a uma reflexão mais holística e inclusiva sobre a resiliência.

Esse movimento reflexivo requer uma atenção cuidadosa à história e ao contexto cultural, a desafios sociais e econômicos complexos, e à inclusão de narrativas marginalizadas nos estudos convencionais de resiliência – especialmente relevante em uma sociedade tão diversa como a brasileira, na qual diferentes grupos enfrentam desafios únicos e desenvolvem diversas formas de construir sua resiliência. Além disso, lança força para repensar políticas e práticas de intervenção que, frequentemente, se baseiam em modelos centrados no indivíduo. Essa abordagem permite a criação de estratégias mais integradas e eficazes, que levam em conta as realidades locais e as dinâmicas comunitárias, o que se mostra de extrema importância para lidar com a complexidade das adversidades modernas. A pandemia de covid-19 expôs e ampliou vulnerabilidades existentes, evidenciando que as

adversidades são multifacetadas. Ao desafiar os fundamentos do conceito de resiliência, a crítica contribui para o desenvolvimento de respostas mais abrangentes e adaptativas às crises contemporâneas.

Tem-se ainda o entendimento de resiliência como ato heroico, quando se aplica o conceito em estudo sobre a pobreza. Esta visão muda a ênfase daquilo que a noção de resiliência descreve. Em vez de recuperação após um choque, a resiliência passa a ser um termo aplicado às situações em que indivíduos ou grupos conseguem progredir na adversidade, ou revertendo crises em oportunidades – versões que colocam problemas potenciais do ponto de vista sociológico, porque nunca se percebe se está recorrendo sobre um atributo ou o resultado de uma prática³².

É importante reconhecer que sempre existe algum tipo de adaptação à adversidade – afinal, ninguém é completamente derrotado pelas adversidades. De certa forma, todos os seres humanos vivos demonstram resiliência. No entanto, essa perspectiva muitas vezes ignora o papel fundamental das instituições e das estruturas sociais nas experiências individuais. A visão heroica da resiliência ressoa fortemente do ponto de vista ideológico, alinhando-se a uma agenda neoliberal que busca o fortalecimento individual em detrimento do apoio estatal³².

Ademais, há o conceito de resiliência atrelado às condições encontradas por sujeitos ou povos na retomada de algum processo de desenvolvimento, após ou em meio a situações, experiências ou ambientes traumáticos, avançando na direção de compreender, a partir de uma concepção ecológica, os ingredientes psicológicos, sociológicos, políticos e existenciais envolvidos nesse processo complexo³³. O mecanismo de favorecimento a uma atitude resiliente deveria, então, ser dirigido ao estabelecimento de recursos de acolhimento produzidos pelo ambiente – isto é, de negociação com as forças produzidas pela adversidade, como revolta, isolamento, resignação subserviente, vergonha, ódio e medo – para

a saída da imobilidade provocada pela dor e pela desesperança, e consequente retorno a um estado de potência, vitalidade e atividade^{15,33}.

Em suma, os estudos sobre a resiliência têm interesse pelas histórias de pessoas ou comunidades que encontram uma linha de fuga para o destino fatal do insucesso previsto por uma cultura, um código genético ou uma verdade científica. A ideia não é produzir sujeitos resilientes, possuidores de identidade de resiliência, e sim, marcas, traços, fagulhas de resiliência, matrizes das quais se poderia multiplicar a potência de agir e, às vezes, de produzir alegria, adaptação ativa, encontro. A partir de então, pode-se visualizar o fenômeno da resiliência como processo (e não como característica do indivíduo), e deslocar a noção de fatores de risco para a noção de uma situação – portanto, mutável de pessoa para pessoa e em momentos diferentes da vida. Assim sendo, os trabalhos deixam de incidir na quantificação do êxito do processo de resiliência, ampliando o campo de pesquisa sobre as condições que participam da construção de contextos de risco, assim como das estratégias e intervenções mais ativadoras de contextos de proteção³³⁽⁵⁹⁾.

Considerando esse posicionamento, propõe-se incorporar à discussão o aspecto complexidade, convidando a buscar o conforto na empregabilidade e a renunciar a uma compreensão convencional das possibilidades de reparação, reconstrução e reinvenção de destinos³³. Sugere-se, então, outra definição para resiliência: um processo transubjetivo que se organiza como uma das possíveis respostas ao trauma, com a peculiaridade de trazer a possibilidade de retomada a algum tipo de desenvolvimento e à construção de territórios existenciais, nos quais se podem potencializar marcas de resiliência^{9,15}.

Coadunam-se expansões conceituais que abordam compreensões da resiliência, de forma a incluir dimensões sociais, culturais e históricas, criando base mais robusta e equitativa para apoiar indivíduos e comunidades em jornadas de superação e de crescimento

diante das adversidades, especialmente como partes dos processos de vida.

Marcas de resiliência e as jornadas para as transformações subjetivas

Alguns atores relacionam o processo de resiliência à aquisição de recursos internos que se desenvolvem desde os primeiros anos de vida: os encontros, as oportunidades de apoio e a ressignificação da experiência traumática. Além disso, a presença de uma rede de apoio social, a busca por um sentido para a vida, a construção do amor próprio e do senso de humor também são elementos cruciais nesse processo³⁴.

Há também a possibilidade de descobrir maneiras de expressar a intensidade emocional causada por experiências traumáticas ou adversidades. É fundamental explorar outras formas de enfrentar o sofrimento profundo que pode ser aprendido através das vivências de outras pessoas, revelando capacidades próprias que antes eram desconhecidas. Cada encontro – seja por meio da arte, da cultura ou das interações humanas – pode criar espaços potenciais, onde se abrem possibilidades de compartilhar emoções e, assim, promover a reparação de marcas traumáticas³⁵.

Nesse sentido, o mecanismo necessário para escapar ao trauma consiste na reconquista da possibilidade de deixar marcas, pois o que pode antagonizar com as forças traumáticas são novas marcações que produzem espaço para vitalidade³³. Prefere-se o conceito de marcas de resiliência, que são forjadas nas circunstâncias geradas por encontros que têm o potencial de desencadear períodos sensíveis a experiências de reparação e a uma tensão que desafia a defesa repetitiva induzida pelo trauma. Assim, mais do que uma mera alteração nas condições de vida ou a superação de uma situação específica, aborda-se aqui uma mudança na subjetividade, uma transformação subjetiva³⁶.

A subjetividade funciona como um laboratório vivo, onde novos universos emergem enquanto outros se desfazem. Muitas são as políticas de subjetivação e os modos de relação com a alteridade do mundo, que implicam combinatórias variadas e variáveis de dois modos de apreensão do mundo como matéria, como desenho de uma forma ou de um campo de forças – os quais, por sua vez, dependem da ativação de diferentes potências da subjetividade³⁷.

No âmbito da subjetividade, estabelece-se uma crise que pressiona e causa desconforto. Para responder a essa pressão, a vida é mobilizada no ser humano como potência de resistência e de criação, ou seja, o desconforto impulsiona a criação de uma nova configuração existencial – uma reconfiguração de si, do mundo e das relações entre ambos, forçando igualmente a lutar pela incorporação de novos contornos, a lutar para trazê-lo à existência³⁷.

Enfrentar um tecido social traumático exige não a superação de uma situação específica, mas sim um agenciamento coletivo de transformação subjetiva, um dispositivo de construção de novas posições diante do mundo. É preferível o conceito de marcas de resiliência, produzidas no coletivo, em encontros capazes de produzir períodos sensíveis a experiências de reconfiguração subjetiva, e de produzir uma tensão que enfrenta em direção contrária à defesa repetitiva provocada pelo trauma. Mais do que uma mudança nas condições de vida, ou superação de uma situação, refere-se a uma transformação subjetiva¹⁰.

O trabalho cotidiano de cada um de nós envolve a execução das costuras e dos alinhavos necessários à construção de um sentimento de continuidade para essa vivência processual da subjetividade e dos processos de mudanças. Aliada à acelerada dinâmica de desterritorialização e reterritorialização, bem como do encurtamento do tempo para viver os ritmos afetivos, a experiência da ruptura, leva a expor os indivíduos a microtraumas cotidianos, exigindo novas respostas³⁸.

Territórios existenciais e as múltiplas possibilidades

Por si só, o território não é um conceito fixo: adquire significado a partir do uso e do contexto em que é pensado, sempre em interação com aqueles que dele se servem³⁷. Constitui-se a partir das relações que mantém com as pessoas que o utilizam, criando uma conexão inseparável entre ambos. Assim sendo, relaciona-se com a realidade da vida em comunidade e materializa-se por meio das diversas interações que ocorrem dentro dele, sejam elas sociais, de vizinhança, solidariedade ou poder³⁹.

O território abrange a interseção entre natureza e sociedade, e engloba dimensões como economia, política e cultura. Manifesta-se por meio de ideias e realidades materiais, identidades e representações, além de envolver questões de apropriação, dominação e controle. Esse conceito também reflete descontinuidades, conexões e redes, bem como relações de poder que podem ser tanto de domínio quanto de subordinação. Inclui ainda aspectos de degradação e proteção ambiental, terra, formas espaciais e a complexidade das interações sociais⁴⁰.

O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente acolhido. Nesse sentido, o território é sinônimo de apropriação, e de uma subjetividade que se volta para si mesma. Configura-se como um conjunto de representações que, de maneira prática, influencia uma variedade de comportamentos e investimentos ao longo do tempo, nos âmbitos sociais, culturais, estéticos e cognitivos⁴¹.

O território pode se desterritorializar, isto é, abrir-se, engajar-se em linhas de fuga até sair do curso e se destruir. A espécie humana está mergulhada em um imenso movimento de desterritorialização, no sentido de que os territórios 'originais' se desfazem ininterruptamente com a divisão

social do trabalho [...] A reterritorialização consistirá em uma tentativa de recomposição de um território engajado em um processo desterritorializante⁴¹⁽³²³⁾.

No contexto atual dos modos de produção da subjetividade, a criação de territórios existenciais com autonomia, mesmo que provisórios, podem oferecer a força necessária para resistir à cristalização de territórios de assujeitamento^{10,33}, e permitir a construção de novos significados. Funcionam como refúgios temporários, proporcionando a oportunidade de desenvolver novas subjetividades e explorar formas inéditas de viver e se relacionar^{42,43}.

Essa construção de territórios existenciais pode ser observada em várias práticas e vários movimentos contemporâneos. Por exemplo, comunidades alternativas, movimentos de ocupação urbana e iniciativas de autogestão representam tentativas de criar espaços de autonomia, em que as pessoas podem exercer maior controle sobre suas vidas e resistir às pressões externas. Embora muitas vezes sejam temporários e frágeis, esses espaços são fundamentais para a construção de subjetividades mais resilientes e empoderadas⁴².

Dimensão coletiva e a emergência de novos saberes e poderes

Ademais, é preciso compreender o conceito de coletivo, uma vez que é inegável a existência e o funcionamento de um plano coletivo de co-engendramento de seres. Esse plano coletivo e relacional é responsável pela geração de modos de vida, criações, subjetividades⁴⁴.

Esse encontro criativo e singular significa agenciamento coletivo de enunciação, produto e produtor da condição humana. Agenciar é posicionar-se na interseção de dois mundos em convergência. Lidar com alguém – por exemplo, um animal, uma coisa, uma máquina – não implica substituir, imitar ou

identificar-se com o outro. Trata-se de criar algo que não pertence nem a você nem a ele, mas emerge entre os dois, neste espaço-tempo comum, impessoal e partilhável que todo agenciamento coletivo revela⁴⁵.

Esse plano coletivo e relacional também se configura como um espaço de produção de subjetividades. Aqui, subjetividade não se restringe a ser sinônimo de indivíduo, sujeito ou pessoa – inclui, sistemas pré-individuais, como os perceptivos e sensíveis, e ainda sistemas extra-pessoais ou sociais, como os maquínicos, econômicos, tecnológicos, ecológicos. Assim, os processos de subjetivação são sempre coletivos, na medida em que agenciam estratos heterogêneos do ser⁴⁶.

Mesmo a invenção técnica mais simples surge de uma rede que envolve, pelo menos, o ser humano e a matéria. Nessa perspectiva, o enfoque da invenção desloca-se do inventor para o próprio processo de criação. A questão passa a residir na rede em si, nas relações que se estabelecem, e não em um ou mais elementos isoladamente⁴⁷.

Os processos de subjetivação nada têm a ver com a vida privada. Pelo contrário, referem-se à maneira pela qual indivíduos ou comunidades se afirmam como sujeitos, à margem dos saberes constituídos e dos poderes estabelecidos, que passam a dar lugar a novos saberes e novos poderes⁴⁸. O coletivo deve ser compreendido como uma multiplicidade que transcende o indivíduo, conectando-se com o social, e que, ao mesmo tempo, remete a intensidades pré-verbais, originando-se de uma lógica dos afetos mais do que de uma lógica de conjuntos bem circunscritos⁴⁹.

Assim, a construção de territórios existenciais com autonomia assume uma importância coletiva fundamental. Não se trata apenas de espaços individuais de resistências, mas de processos coletivos que permitem a emergência de novos saberes e poderes. Esses territórios coletivos, fundamentados na lógica dos afetos e na multiplicidade, são essenciais para fortalecer a capacidade das comunidades de se constituírem como sujeitos ativos e de

resistirem às forças de assujeitamento. Ao fomentar a reterritorialização coletiva, promove-se a criação de espaços, em que a solidariedade e a coesão social podem florescer, enfrentando, de maneira mais eficaz, as adversidades e os microtraumas do cotidiano^{42,43,50,51}.

Desafios e a força da resiliência coletiva na APS

No Brasil, são muitos os desafios para a APS, entre eles a desigualdade social, a baixa resolutividade, a insuficiente cobertura e o subfinanciamento crônico da saúde^{46,47}. Além de afirmar sua importância para o Sistema Único de Saúde (SUS), a pandemia trouxe um alerta: para garantir a universalidade e a integralidade do cuidado⁴⁷, a APS deve ser fortalecida e deve encontrar meios para superar tais desafios. Para fazer frente a eles, principalmente, após a covid-19, propõe-se trazer um novo conceito para a compreensão do processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); para a resiliência coletiva, como tentativa de colaborar para o enfrentamento às adversidades; e para os traumas cotidianos presenciados no contexto da APS.

A resiliência coletiva pode ser ferramenta eficaz para enfrentar a desigualdade social no território brasileiro, pois enfatiza a importância das redes de apoio comunitário e a solidariedade entre os membros da comunidade^{43,51}. No setor saúde, mais especificamente na APS, ao trabalhar em conjunto com as comunidades, os ACS podem identificar vulnerabilidades específicas e contribuir para mobilizar recursos locais, visando a promoção da equidade no acesso à saúde^{52,53}. A partir disso, a construção de redes de apoio e a implementação de estratégias comunitárias podem ajudar a mitigar os efeitos das desigualdades^{51,54}, aprofundados no contexto da pandemia da covid-19, e promover a saúde de maneira mais equitativa^{52,54}.

Sendo integrados às comunidades, os ACS possuem profundo conhecimento das dinâmicas locais e das necessidades específicas

da população. Essa proximidade permite identificação precisa das vulnerabilidades e potencialidades existentes^{52,53}. A mobilização de recursos locais, que pode incluir parcerias com organizações não governamentais, grupos comunitários, e até mesmo com setores privados, permite resposta mais rápida e adaptada às necessidades de saúde da população. Esse processo de mobilização não somente fortalece a rede de suporte comunitária, como também empodera os membros da comunidade, de modo a fomentar sensação de controle sobre a própria saúde^{42,43,50,54}.

Ao promover redes de apoio e solidariedade, a resiliência coletiva facilita a implementação de estratégias que visam equidade no acesso à saúde^{43,51,54}. Essas estratégias podem incluir campanhas de conscientização sobre direitos de saúde, programas de educação em saúde, e criação de serviços de saúde itinerantes que atendam áreas de difícil acesso. A equidade no acesso à saúde é essencial para garantir que todos os membros da comunidade, independentemente de condição socioeconômica, tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade; programas de promoção de saúde que englobam atividades físicas, alimentação saudável e prevenção de doenças podem ser mais eficazes quando apoiados por uma rede comunitária sólida, que incentiva a participação e o engajamento de todos os membros da comunidade^{43,55}.

No conjunto de desafios enfrentados pela APS, enfatizam-se a baixa resolutividade^{56,57} e o potencial do conceito de resiliência coletiva para trazer luzes à perspectiva de melhorias, ao incentivar a colaboração e o compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais de saúde e a comunidade⁴². A integração de saberes e práticas locais pode intensificar a capacidade de resolução de problemas de saúde, adaptando as intervenções às necessidades específicas da comunidade^{51,54}. Além disso, ao fortalecer as relações entre os ACS e os membros da comunidade, é possível desenvolver soluções mais eficazes e sustentáveis para os problemas de saúde locais⁵². Iniciativas

como a criação de grupos de apoio psicológico, a organização de campanhas de vacinação em massa, e a distribuição de alimentos e medicamentos podem ser coordenadas de forma mais eficiente por meio de redes comunitárias robustas⁵⁸.

Outro desafio significativo para a APS é o subfinanciamento crônico da saúde pública no Brasil^{56,57}. A resiliência coletiva pode oferecer alternativas inovadoras para superar as limitações financeiras, como a otimização de recursos existentes e o desenvolvimento de parcerias com organizações locais e internacionais⁵⁹. A promoção de iniciativas comunitárias de saúde, baseadas na solidariedade e no apoio mútuo, pode somar aos esforços do sistema de saúde, de modo a aliviar a pressão sobre os recursos públicos e colaborar com a continuidade dos cuidados^{42,43,50,60}.

A resiliência coletiva permite utilização mais eficaz dos recursos disponíveis, o que inclui a redistribuição inteligente dos insumos de saúde, a capacitação contínua dos profissionais da APS, e a maximização do uso das infraestruturas locais. Essa abordagem integrada não somente otimiza o uso dos recursos, como também fortalece a presença e a influência das unidades de saúde dentro da comunidade, incentivando, por exemplo, a formação de parcerias^{42,43,60}. Pode também focar na promoção de práticas preventivas que reduzam a necessidade de intervenções em saúde mais onerosas no futuro⁶⁰. Programas de vacinação, campanhas de conscientização sobre higiene e nutrição, e atividades físicas regulares podem prevenir o surgimento de doenças e condições crônicas, reduzindo a carga sobre o sistema de saúde^{61,62}.

Além disso, a resiliência coletiva valoriza a participação ativa da comunidade na tomada de decisões relacionadas à saúde. Fóruns comunitários, conselhos de saúde e outras formas de governança participativa podem garantir que as necessidades e prioridades da comunidade sejam escutadas e atendidas. Esse engajamento eleva a transparência e a responsabilização, além de gerar inovação e

implementação de soluções locais mais eficazes. Quando a comunidade se sente parte integrante do sistema de saúde, há maior probabilidade de que as iniciativas de saúde sejam sustentáveis e adaptadas às realidades locais^{43,50}.

A participação social e popular, assim como o controle social, são elementos fundamentais do SUS, conforme estabelecido pela Lei nº 8.142/90. Esses princípios são essenciais para a democracia e para o desenvolvimento de uma administração mais íntegra, alinhada aos interesses coletivos e, por esse motivo, devem ser constantemente promovidos. Quando fortalecida, a resiliência coletiva estimula a mobilização das instâncias de participação, funcionando como uma estratégia eficaz de luta e resistência diante das lacunas do Estado na garantia do direito à saúde^{63,64}.

Assim sendo, a resiliência coletiva pode ser vista como abordagem vital para enfrentar os desafios financeiros e operacionais da APS no Brasil. Com o desenvolvimento de parcerias estratégicas, a promoção de iniciativas comunitárias de saúde, foco na prevenção e no fortalecimento da participação comunitária, é possível um sistema de saúde mais resiliente e adaptável^{42,43,50,51}.

Mulheres e homens que trabalham como agentes comunitários de saúde desempenham papel crucial nesse processo, atuando como catalisadores de mudanças positivas e defensores da saúde comunitária, contribuindo significativamente para a construção de uma APS mais potente^{42,50,53}. Essa potência faz-se ainda mais necessária na contemporaneidade, uma vez que a pandemia da covid-19 expôs e intensificou os traumas e as adversidades enfrentados pelas comunidades^{52,56,57}. A implementação do conceito de resiliência coletiva pode contribuir para o fortalecimento da APS, de modo a promover cuidado mais integrado e centrado na comunidade^{42,50,51,59}.

Por intermédio da participação ativa da comunidade no processo de cuidado, é possível desenvolver um sistema de saúde mais responsivo e adaptado às necessidades locais^{42,43}.

Ao fomentar a coesão social e o engajamento comunitário, a resiliência coletiva pode ser peça-chave para a construção de um sistema de saúde mais robusto e resiliente, que contribui, inclusive, para o empoderamento da comunidade, fundamental para sustentabilidade das iniciativas de saúde, pois incentiva a continuidade das ações de promoção de saúde, mesmo após a resolução de crises imediatas^{42,52}.

Considerações finais

A partir desse entendimento de resiliência coletiva, que renuncia a uma compreensão convencional, surge um novo conceito para compreender e colaborar com o processo de trabalho na APS, bem como elemento central para alimentar a participação social no SUS. A definição como processo transobjetivo, que se organiza como uma das possíveis respostas ao trauma, mas com a peculiaridade de trazer a possibilidade de retomada a algum tipo de desenvolvimento e à construção de territórios existenciais, nos quais se podem potencializar marcas de resiliência, onde a colaboração contribui para verificar as políticas do cotidiano que permitem construir o espaço de retomada do investimento na vida, em reação amparada pela reinvenção dessa experiência, que pode contar com a plasticidade de mecanismos de relação e vinculação.

A construção teórica sobre este conceito será aplicada à pesquisa-ação participante, que se insere no campo da Saúde Coletiva, especificamente no núcleo de conhecimento

das Ciências Sociais e Humanas, e terá como objetivo analisar a configuração de resiliência coletiva no contexto do processo de trabalho dos homens e das mulheres que atuam no município de Fortaleza no Ceará como ACS, atores importantes na Estratégia Saúde da Família, por possuir como atributos do trabalho a competência cultural, a orientação comunitária e a construção de vínculos, relacionando-se cotidianamente com as famílias do território adscrito.

Este estudo esboça dispositivos capazes de multiplicar os olhares sobre a saúde. Com abordagem colaborativa e inclusiva, esta pesquisa ampliará a compreensão teórica da resiliência coletiva e contribuirá para a prática da saúde coletiva, de maneira inovadora e transformadora. Assim sendo, há otimismo quanto ao fato de os *insights* gerados proporcionarem novas perspectivas e estratégias eficazes para enfrentar os desafios da APS, de modo a promover saúde mais equitativa e sustentável para as comunidades envolvidas.

Colaboradores

Nepomuceno RCA (0000-0003-3121-8814)* contribuiu para concepção, delineamento, coleta, análise, interpretação dos dados e redação do texto. Barreto ICHA (0000-0001-8447-3654)*, Ribeiro KG (0000-0003-0870-1971)* e Andrade LOM (0000-0002-3335-0619)* contribuíram igualmente para análise, interpretação e redação da versão a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Sritharan J, Sritharan A. Emerging mental health issues from the novel coronavirus (COVID-19) pandemic. *J Health Med Sci*. 2020;3(2):157-62. DOI: <https://doi.org/10.31014/aior.1994.03.02.109>
2. Joly CA, Queiroz HL. Pandemia, biodiversidade, mudanças globais e bem-estar humano. *Est Av*. 2020;34(100):67-82. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.34100.006>
3. Prates I, Barbosa RJ. The impact of COVID-19 in Brazil: labour market and social protection responses. *Indian J Labour Econ*. 2020;63(supl1):1-5. DOI: <https://doi.org/10.1007/s41027-020-00252-3>
4. Nogueira ML. O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política [tese na Internet]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2017 [acesso em 2022 mar 10]. 544 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/64297>
5. Dunlop C, Howe A, Li D, et al. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open*. 2020;4(1):1-3 DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>
6. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. O Agente Comunitário de Saúde: trabalhador imprescindível na abordagem unitária e vigilância em saúde para o enfrentamento à Covid-19 [Internet]. 2020 [acesso em 2022 mar 20]. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/07/13/o-agente-comunitario-de-saude-trabalhador-imprescindivelna-abordagem-comunitaria-e-vigilancia-em-saude-para-o-enfrentamento-a-covid-19/>
7. Giovanella L, Martufi V, Ruiz DC, et al. A contribuição da Atenção à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde debate*. 2021;45(130):748-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113014>
8. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(2):e2020166. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>
9. Cabral SS. Marcas de resiliência ou sobre como tirar leite de pedra. In: Cabral SS. *Resiliência: como tirar leite de pedra*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2015. p. 320.
10. Cabral S, Passos E. Resiliência Comunitária: a música como dispositivo de produção de novos territórios existenciais. In: Rauter A, Santos ARC, organizadoras. *Transdisciplinaridade e políticas de subjetivação: corpo, território periféricos e contracolônialidade*. Niterói: Eduff; 2023. p. 135-61.
11. Brant LCC, Nascimento BR, Teixeira RA, et al. Excess of cardiovascular deaths during the COVID-19 pandemic in Brazilian capital cities. *Heart*. 2020;106(24):1898-905. DOI: <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2020-317663>
12. Duarte LS, Shirassu MM, Atobe JH, et al. Continuidade da atenção às doenças crônicas no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19. *Saúde debate*. 2021;45:68-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E205>
13. Jardim BC, Migowski A, Corrêa FM, et al. COVID-19 in Brazil in 2020: impact on deaths from cancer and cardiovascular diseases. *Rev Saude Publica*. 2022;56:22. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004040>
14. Costa MIS, Rosa TEC, Lucena FS, et al. Continuidade do cuidado e ações no território durante a COVID-19 em municípios de São Paulo, Brasil: barreiras e facilitadores. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28:3507-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.06302023>
15. Cyrulnik B, Baron SC. Resiliência: ações pela reinstauração de um futuro. In: Coimbra RM, Morais NA, organizadores. *Resiliência em questão*. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 19-35.

16. Yunes MAM. A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda [tese na Internet]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001 [acesso em 2022 mar 20]. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/16345>
17. Frankl V. Man's search for meaning. New York: Washington Square Press; 1959.
18. Eitinger L. Concentration camp survivors in Norway and Israel. Oslo: Universitetsforlaget; 1964.
19. Werner E. The children of Kauai: A longitudinal study from the prenatal period to the age of ten. Honolulu: University of Hawai'i Press; 1977.
20. Holling CS. Resilience and stability of economic systems. *Ann Rev Ecol Syst.* 1973;4:1-23. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.es.04.110173.000245>
21. Adger WN. Social and ecological resilience: Are they related? *Prog Hum Geog.* 2000;24(3):347-64. DOI: <https://doi.org/10.1191/030913200701540465>
22. Aldrich DP. Building resilience: Social capital in post-disaster recovery. Chicago: The University of Chicago Press; 2012.
23. Wilson GA. Community resilience and environmental transitions. London: Routledge; 2012. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780203144916>
24. Yunes MAM, Szymanski H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: Tavares J, organizador. Resiliência e educação. 2. ed. São Paulo: Cortez; 2001. p. 13-42.
25. Kotliarenko MA, Fontecilla M, Cáceres I. Estado de arte en resiliência [Internet]. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1997 [acesso em 2022 abr 10]. Disponível em: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:146244999>
26. Canelas RS. A resiliência de crianças em situação de risco em programas socioeducativos. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
27. Pesce RP, Assis SG, Santos N, et al. Risco e Proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicol Teoria Pesq.* 2004;20(2):135-43. DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-37722004000200006>
28. Blandtt LS. A resiliência e as desigualdades sociais: metodologias de pesquisa qualitativa na inserção ecológica. São Luís: Jornada Internacional de Políticas Públicas; 2007.
29. Ojeda ENS. Introducción: Resiliencia e subjetividad. In: Melillo A, Ojeda ENS, Rodríguez D, organizadores. Resiliencia y subjetividad: Los ciclos de la vida. Buenos Aires: Paidós; 2004. p. 17-20.
30. Fantova FJM. Resiliência i voluntat de sentit em la promoció de la salut psicosocial em els docents: Capacitat de reconstrucció positiva a partir d'un context inicial d'adversitat [tese na Internet]. Barcelona: Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna; 2008 [acesso em 2022 abr 12]. Disponível em: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:190783319>
31. Brandão JM, Mahfoud M, Gianordoli-Nascimento IF. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia [Internet]*. 2011 [acesso em 2022 abr 12]; 21:263-71. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/23143>
32. Estevão P, Calado A, Capucha L. A construção de uma definição sociológica de resiliência: de uma noção heroica a um conceito crítico [Internet]. Algarve: Atas IX Congresso Portugues de Sociologia. Portugal, território de territórios; 2016 [acesso em 2023 abr 12]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/23143>
33. Baron SC. Cuidar é estar perto: dois dedos de prosa sobre cuidador da primeira infância como agente de marcas de resiliência. In: Barr M, organizador. Cuidadores de primeira infância: por uma formação de qualidade. Brasília, DF: Senado Federal; 2017. p. 50-59.
34. Cyrulnik B, Jorland G. Résilience: connaissances de base. Paris: Odile Jacob; 2012.

35. Baron SC. Cuidar é estar perto: dois dedos de prosa sobre cuidador da primeira infância como agente de marcas de resiliência. In: Barr M, organizador. Cuidadores de primeira infância: por uma formação de qualidade. Brasília, DF: Senado Federal; 2017. p. 50-9.
36. Cabral SS. Marcas de resiliência ou sobre como tirar leite de pedra. In: Cabral SS. Resiliência: como tirar leite de pedra. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2015. p. 320.
37. Ronilk S. Situação #1 COPAN. Folha de São Paulo. São Paulo; 2003 fev 2. (Caderno Mais!).
38. Santos M. Por uma Outra Globalização. Do Pensamento Único à Consciência Universal. Rio de Janeiro: Record; 2000. 88 p.
39. Koga D. Medidas de cidades: entre territórios de vida e territórios vividos [Internet]. São Paulo: Cortez; 2003 [acesso em 2023 abr 20]. Disponível em: https://minerva.ufrj.br/F/?func=direct&doc_number=000602025&local_base=UFR01
40. Saquet MA. Abordagens e concepções de território. São Paulo: Expressão Popular; 2013. 193 p.
41. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. 5. ed. Petrópolis: Vozes; 1999. 324 p.
42. Macerata I, Soares JGN, Ramos JFC. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. Interface (Botucatu). 2014;18(supl1):919-30. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0210>
43. Ecker DDA, Palombini AL. Acompanhamento Terapêutico e Direitos Sociais: Territórios existenciais e sujeito biopsico-político-social. Psicol Clínica. 2021;33(2):357-78. DOI: <https://doi.org/10.33208/PC1980-5438v0033n02A0>
44. Medeiros RHA, Guarnieri LV. O Conceito de Coletivo no Campo da Saúde. Rev Subj. 2022;22(2):e9184. DOI: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v22i2.e9184>
45. Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs- Capitalismo e Esquizofrenia. Rio de Janeiro: 34; 1996. 110 p. v. 3.
46. Guattari F. Caosmose. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992. 212 p.
47. Escóssia LL, Kastrup V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. Psicol Estud. 2005;10(2):295-304. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000200017>
48. Deleuze G. Conversações Tradução de Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Editora 34; 1992. 118 p.
49. Deleuze G. Signos e acontecimentos: entrevista a Raymond Bellour e François Ewald. In: Escobar CH, Deleuze G, Parnet C. Diálogos. São Paulo: Escuta; 1998.
50. Flores M. A identidade cultural do território como base de estratégias de desenvolvimento – uma visão do estado da arte [Internet]. [S. l.]. RIMISP; 2006 [acesso em 2023 abr 10]. Disponível em: https://indicadores.fecam.org.br/uploads/28/arquivos/4069_FLORES_M_Identidade_Territorial_como_Base_as_Estrategias_Desenvolvimento.pdf
51. Juliano MCC, Yunes MAM. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. Ambiente Soc. 2014;17(3):135-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-753X2014000300009>
52. Tavares V [Entrevistadora] Morosini MV [Entrevistada]. “O ACS é fundamental para observar condições de vulnerabilidade e informar aos serviços sobre as necessidades de intervenção”. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio [Internet]. Rio de Janeiro; 2020 mar 18. [acesso em 2024 ago 2]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/o-ac-s-e-fundamental-para-observar-condicoes-de-vulnerabilidade-e-informar-aos>
53. Nepomuceno RCA, Barreto ICHC, Frota AC, et al. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da Teoria Comunidades de Prática. Ciênc saúde coletiva. 2021;26(5):1637-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04162021>
54. Santos, BF, Poliana CM, Maia M. A voz da comunidade no enfrentamento da Covid-19: proposições para redução das iniquidades em saúde. Saú-

- de debate. 2021;45(130):763-77. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113015>
55. Barros FPC, Lopes JS, Mendonça AVM, et al. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. *Saúde debate*. 2016;40(110):264-71. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611020>
 56. Geremia DS. Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. *Physis*. 2020;30(1):e300100. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300100>
 57. Furtado JHL, Queiroz CR, Andres SC, organizadores. Atenção primária à saúde no Brasil: desafios e possibilidades no cenário contemporâneo [Internet]. Campina Grande: Editora Amplla; 2021 [acesso em 2024 ago 2]. Disponível em: <https://ampllaeditora.com.br/books/2021/04/eBook-Atencao-Primaria.pdf>
 58. Faria CCMV, Paiva CHA. O trabalho do agente comunitário de saúde e as diferenças sociais no território. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(supl1):e0025183. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00253>
 59. Ebersohn L. Resiliência coletiva ao desafio global: transformar uma agenda coletiva de bem-estar rumo a uma educação equitativa sustentada. *Práxis Educ*. 2020;15:e2016344. DOI: <https://doi.org/10.5212/PraxEduc.v15.16344.082>
 60. Jatobá A, Carvalho PVR. Resiliência em saúde pública: preceitos, conceitos, desafios e perspectivas. *Saúde debate*. 2023;46(esp8):130-4. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E810>
 61. Loch MR, Dias DF, Castro ASR, et al. Controle remoto ou remoto controle? A economia comportamental e a promoção de comportamentos saudáveis. *Rev Panam Salud Pública*. 2019;43:1-5. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.18>
 62. Mendes EV. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível [Internet]. Brasília, DF: CONASS; 2020 [acesso em 2024 ago 2]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-lado-oculto-de-uma-pandemia-a-terceira-onda-da-covid-19-ou-o-paciente-invisivel/>
 63. 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*, Brasília, DF. 1990 dez 31; Edição 249; Seção 1:25694.
 64. Rolim LB, Cruz RSBL, Sampaio KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde debate*. 2013;37(96):139-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100016>

Recebido em 05/08/2024

Aprovado em 20/01/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ingrid D'avilla Freire Pereira

A análise qualitativa das contribuições recebidas nas consultas públicas da Conitec: reflexões teórico-metodológicas

The qualitative analysis of contributions received in CONITEC's public consultations: Theoretical and methodological reflections

Andrija Oliveira Almeida¹, Clarice Moreira Portugal¹, Adriana Prates Sacramento¹, Andrea Brígida de Souza¹, Melina Sampaio de Ramos Barros¹

DOI: 10.1590/2358-289820251459190P

RESUMO A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) é responsável pela avaliação de medicamentos, produtos e procedimentos para fins de incorporação, ampliação ou exclusão dessas tecnologias no sistema público de saúde do Brasil. A participação da sociedade compõe esse processo de avaliação e ocorre, também, por meio de consultas públicas. O texto apresenta e discute a proposta metodológica construída para analisar qualitativamente as informações relacionadas à experiência e à opinião enviadas pelos participantes dessas consultas. Nesse sentido, o artigo descreve, fundamenta e sintetiza as etapas da metodologia construída, abordando aspectos relacionados à codificação, interpretação e representação dos dados. Além disso, discorre sobre os instrumentos utilizados para viabilizar as análises, a exemplo de *softwares*, bem como sobre contribuições que os aportes da análise qualitativa podem oferecer ao campo da Avaliação de Tecnologias em Saúde, considerando o predomínio dos saberes biomédicos e abordagens quantitativas.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação da tecnologia biomédica. Consulta pública. Participação social. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT *The National Committee for Health Technology Incorporation in the Unified Health System (CONITEC) is responsible for evaluating medicines, products and procedures for the purposes of incorporating, amplifying or excluding these technologies in Brazil's public health system. The participation of society is part of this evaluation process and also occurs through public consultations. This article presents and discusses the methodological proposal constructed to qualitatively analyze the information related to the experience and opinion expressed by participants in these consultations. In this sense, it describes, substantiates and synthesizes the stages of the methodology constructed, as well as it addresses aspects related to data organization, interpretation and representation. Furthermore, it describes the instruments used to enable the analysis, such as a software, as well as the contributions that qualitative analytical approach can bring to the field of Health Technology Assessment, considering the predominance of biomedical knowledge and quantitative approaches.*

KEYWORDS *Technology assessment, biomedical. Public consultation. Social participation. Qualitative research.*

¹Ministério da Saúde (MS)
– Brasília (DF), Brasil.
clariceportugal@gmail.com



Introdução

A participação social em questões públicas no Brasil configura-se como uma conquista social e normativa recente, que foi alçada a princípio norteador da administração pública a partir do marco normativo da Constituição Federal de 1988 e do processo de democratização da sociedade, sendo viabilizada por diferentes mecanismos institucionais¹. Segundo Pires e Vaz², o processo de incorporação desses mecanismos ocorreu gradualmente, concentrando-se, primeiro nas esferas dos governos local e estadual durante a década de 1990, sobretudo com a disseminação dos conselhos gestores de políticas públicas em diferentes áreas, tais como saúde, educação, assistência social, direito da criança e do adolescente, habitação e meio ambiente.

A partir dos anos 2000, houve o crescimento dos canais participativos no nível federal, principalmente em virtude de esforços governamentais sistemáticos de incorporação de formas de interação entre o Estado e a sociedade, bem como de estímulos explícitos à diversificação e variabilidade desses dispositivos, como a implementação de ouvidorias, consultas públicas e audiências públicas no contexto da administração pública federal.

Parte-se da perspectiva das interfaces socioestatais, ou seja, dos espaços políticos de negociação e conflito intencionalmente estabelecidos entre diferentes atores com vistas ao alcance de resultados individuais ou coletivos. Pires e Vaz² argumentam que é importante considerar o fato de a interação entre Estado e sociedade ser permeada por um conjunto diversificado de canais instituídos pelo governo, cuja diferenciação ocorre inclusive em termos de desenho e público-alvo de interesse, tanto com relação à sociedade quanto à própria estrutura da administração pública. Desse modo, segundo os autores, os instrumentos e mecanismos participativos que viabilizam interfaces socioestatais possuem vocações e potenciais variados de interferência na gestão das políticas públicas e, por sua vez,

cumprem objetivos, e papéis diferentes, mas igualmente relevantes:

[...] essa miríade de formatos institucionais carrega em si variações na capacidade de tornar o Estado mais ou menos permeável às demandas e, principalmente, em assumir corresponsabilização no planejamento público, o que quer dizer que, em última instância, podem existir canais com baixo poder decisório, isto é, com baixo poder de *enforcement*, mas com significativo poder informacional, isto é, revestidos de significativo caráter consultivo e vice-versa²⁽¹⁵⁾.

Assim, a diversificação dos mecanismos participativos está articulada à pauta de reivindicações de atores sociais nacionais e internacionais na demanda por transparência e gestão compartilhada na esfera pública, sendo incorporada por diferentes governos ao redor do mundo, em contextos de reformas do Estado e de aperfeiçoamento dos processos democráticos¹.

Em meio à multiplicidade de mecanismos e à variedade de técnicas e ferramentas de participação, a consulta pública é considerada um instrumento polivalente de transparência administrativa. No Brasil, obedece aos princípios normativos da publicidade, motivação e participação na administração pública^{1,3}. No entanto, a despeito da previsão legal no contexto brasileiro, a realização da consulta pública é facultativa e está condicionada ao juízo de conveniência do gestor público, e seus resultados não vinculam obrigatoriamente as decisões administrativas do Estado.

Nesse sentido, a consulta pública está inserida em cenário comunicativo cujas relações entre o Estado e a sociedade devem fundamentar-se em perspectivas de gestão dialógica, nas quais o poder público assume o papel de mediador na abertura de canais de interlocução e participação com diferentes atores e grupos sociais¹. Para os autores, há necessidade de mudança paradigmática no contexto da gestão pública, a fim de superar as limitações

de caráter formalista que afetam a participação dos atores e geram déficit democrático.

No âmbito das políticas públicas de saúde, a tradição participativa e a mobilização social de setores da sociedade civil nos processos de reivindicação pelo direito universal à saúde no Brasil concorreram para a institucionalização de espaços participativos na estrutura do Estado, a exemplo dos conselhos e das conferências de saúde⁴, como as audiências e as consultas públicas nos diferentes níveis de gestão.

Contudo, de modo geral, também são identificados obstáculos referentes à pluralidade de vozes, à transparência, à representação e à representatividade nos espaços institucionais, bem como à democratização de informações e à capacitação dos cidadãos para inserção no processo participativo⁵.

Segundo Souza⁶, além disso, no Brasil, muito embora haja previsão constitucional de diferentes arranjos participativos nos três níveis de governo, houve tentativas de limitar o alcance institucional dos diferentes mecanismos de participação. Desse modo, o autor contrapõe o movimento de expansão da participação social entre 1988 e 2013 ao de retração, ocorrido entre 2014 e 2022.

Nessa esteira, um dos princípios da política pública de saúde no Brasil é a participação social, prevista constitucionalmente e sancionada em normativas específicas. Firmada como direito do cidadão, a participação da sociedade, foi incorporada aos processos de definição, gestão e execução do Sistema Único de Saúde (SUS)⁷. A interação entre sociedade civil e Estado envolve diferentes atores e grupos de interesses por meio de interfaces socioestatais, que promovem a abertura de dispositivos estatais para vocalizar demandas sociais no âmbito da política de saúde.

Nos processos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), no SUS, a consulta pública tem previsão normativa pela Lei nº 12.401/2011⁸, com regulamentação pelo Decreto nº 7.646/2011⁹, recentemente alterado pelo Decreto nº 11.161/2022¹⁰, como etapa do

fluxo de análise de incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), que deve ser realizada após a apreciação inicial da demanda e anteriormente à emissão da recomendação final.

Cabe destacar que, mesmo no período mais recente de retração participativa, foi observada na saúde uma maior permanência institucional em determinados setores¹¹. No caso da ATS, o arcabouço jurídico-administrativo relacionado aos dispositivos participativos foi atualizado, mantendo-se a natureza participativo-deliberativa e consultiva do funcionamento da Comissão, a exemplo da consulta pública, cujo objetivo é ampliar a discussão sobre o assunto e embasar as recomendações dos Comitês, identificando as percepções da sociedade, de maneira a formalizar e legitimar a participação social no processo realizado pela Conitec. Muito embora a consulta pública não implique uma modalidade mais ativa de participação – constituindo-se em uma modalidade intermediária de participação situada entre a comunicação e a participação com poder deliberativo¹² –, ela consiste em um instrumento importante, na medida em que permite acessar as preferências, opiniões, crenças e perspectivas da sociedade e daqueles mais diretamente interessados na tomada de decisão em ATS¹³, de modo a complementar o conjunto de informações sobre evidências clínicas e econômicas e aspectos sociojurídicos e éticos que norteiam as políticas de gestão de tecnologias¹⁴.

Isso porque ela viabiliza o envolvimento das partes interessadas e aumenta o nível de transparência da tomada de decisão sobre assuntos que podem ter impacto significativo na sociedade, ainda que o valor da participação dependa, em alguma medida, de como são conduzidas as consultas e como as respostas são usadas. Há uma percepção comum de que a consulta muitas vezes não é genuína nem influente, sendo usada para apoiar decisões que já foram tomadas e tendo pouco ou nenhum

impacto sobre elas. A consulta pública pode ter uma variedade de funções, incluindo coletar opiniões, buscar informações, identificando consequências não intencionais ou problemas práticos, verificando a relevância e precisão dos documentos preliminares, aumentando a responsabilidade e a transparência das políticas e, potencialmente, as adesões profissional e pública às recomendações finais¹⁵.

No caso específico das consultas públicas da Conitec, é disponibilizado um formulário eletrônico autoaplicável direcionado à participação da sociedade, contendo dois componentes: o técnico-científico, voltado para contribuições sobre evidências clínicas, avaliação econômica, impacto orçamentário e outras considerações técnicas; e o de experiência e opinião, voltado a receber perspectivas e percepções sobre o uso da tecnologia e sua relevância no tratamento da condição de saúde em questão.

Diante do exposto, o objetivo deste artigo é apresentar e discutir a proposta metodológica de análise das informações recebidas por meio das consultas públicas da Conitec, com base em uma discussão sobre os fundamentos da pesquisa qualitativa e sua aplicabilidade ao contexto de tomada de decisão em ATS.

O lugar do qualitativo na Avaliação de Tecnologias em Saúde

A pesquisa qualitativa envolve a coleta, análise e interpretação de dados do mundo social não redutíveis aos processos de quantificação. Assim, a análise qualitativa refere-se ao “universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”¹⁶⁽²¹⁾. Murphy e colaboradores¹⁷ consideram que a análise de dados qualitativos adequadamente conduzida pode fornecer valiosas informações sobre o impacto das tecnologias em saúde.

Nesses termos, segundo os autores, o debate contemporâneo sobre a aplicação de

modelos e práticas de investigação qualitativa no contexto da ATS implica o reconhecimento de distintos aspectos, tais como: a) complementaridade entre abordagens qualitativas e quantitativas; b) especificidades da pesquisa qualitativa, que envolvem uma constante interação entre indução e dedução; c) existência de problemas em ATS para os quais a aplicação de métodos qualitativos é a opção técnica adequada; d) potencialidade empírica do emprego, na ATS, de modelos qualitativos utilizados em outros campos de conhecimento; e) poder da abordagem qualitativa de fornecimento de bases descritivas rigorosas, capazes de subsidiar a atuação de gestores no que se refere a dimensões não apreendidas por outros métodos; f) flexibilidade do desenho qualitativo tanto para a identificação de informações estratégicas em ATS sob diferentes prismas quanto para produção cumulativa de conhecimentos teórico-metodológicos na área¹⁸.

Para Murphy e colaboradores¹⁷, embora não se configurem uma invenção recente e já estejam consolidados nas ciências sociais, os usos e aplicações das abordagens e dos métodos qualitativos na ATS ainda são incipientes e constituem uma novidade. Nesse sentido, os autores argumentam que, não obstante a literatura especializada sobre a aplicação de métodos qualitativos na ATS seja limitada, a ampla produção metodológica sobre as abordagens qualitativas nas ciências sociais e no campo da saúde pode fornecer pistas para as práticas de pesquisa e análise de dados qualitativos na ATS.

De acordo com Sampieri et al.¹⁸, o processo de análise de dados no campo qualitativo não é padrão e está sujeito às especificidades de cada projeto qualitativo, o que exige um esquema e um delineamento analítico próprios. Entretanto, apesar da flexibilidade das propostas analíticas, na concepção dos autores, existem características definidoras da natureza da análise qualitativa que podem subsidiar a elaboração de diretrizes gerais para norteá-las, com destaque para as seguintes:

1. Os dados qualitativos são dados não estruturados cuja estrutura é atribuída pelo(a) pesquisador(a);

2. Os propósitos da análise qualitativa envolvem a estruturação dos dados (organização de unidades, categorias, temas e padrões), a descrição de experiências humanas, a compreensão do contexto ao qual os dados estão articulados, interpretação e avaliação de unidades, categorias, temas e padrões, atribuição de sentidos para os dados no contexto da formulação do problema e estabelecimento de relação entre os resultados da análise com a teoria;

3. A organização e a avaliação dos dados são fundamentais para a interpretação e a articulação com o problema abordado e, por conseguinte, para o alcance dos objetivos do projeto qualitativo;

4. A experiência, as impressões e as percepções dos pesquisadores configuram-se uma fonte de dados somada à análise;

5. A interpretação de dados pode variar, considerando os pontos de vista dos diferentes pesquisadores, embora isso não signifique abandono da sistematicidade;

6. A análise constitui-se em um processo eclético, sistemático, dinâmico e cíclico;

7. A análise qualitativa é contextual e relacional;

8. A análise qualitativa caracteriza-se pela flexibilidade e adaptabilidade, sendo moldada pelos próprios dados;

9. Os dados são analisados individual e contextualmente;

10. Os dados são organizados em um sistema de categorias;

11. Os resultados da análise consistem em sínteses (descrições, expressões, temas, padrões ou regularidades, hipóteses, teorias).

Nessa mesma chave de leitura, há convergência entre os argumentos de Sampieri et al.¹⁸ e Creswell¹⁹ acerca da não linearidade do desenvolvimento da análise de dados qualitativos. Na perspectiva dos autores, em um projeto qualitativo, os processos de coleta de dados, a análise de dados e a comunicação de resultados (redação de relatórios) estão interrelacionados. No que diz respeito ao desenvolvimento da análise de dados, a análise qualitativa ocorre em círculos analíticos nos quais estão imbricados diferentes procedimentos não sequenciais – e, por vezes, simultâneos – envolvidos nas tarefas analíticas, quais sejam: manejo ou manuseio de dados, leituras e apontamentos, descrição, classificação e interpretação de dados, representação e visualização de dados^{18,19}.

Nessa perspectiva, o aperfeiçoamento e a diversificação da abordagem metodológica utilizada na análise de contribuições de experiência e opinião em consultas públicas, no contexto da ATS no SUS, com a inclusão de aportes e ferramentas de análise qualitativa, podem lançar luz tanto sobre os processos de ATS quanto sobre as características da interação entre Estado e sociedade.

Desse modo, os aportes analíticos qualitativos aplicados às contribuições de experiência e opinião podem colaborar para o mapeamento dos argumentos e sentidos mobilizados por diferentes atores com relação ao processo saúde-doença, aos dispositivos de cuidado em saúde e às experiências com o uso de tecnologias em saúde. Além disso, vêm concorrer para a descrição do conteúdo da deliberação pública relativa à recomendação inicial da Conitec sobre a tecnologia objeto da consulta, dar visibilidade aos modos de funcionamento, níveis de assimetria e inclusividade dos cidadãos no mecanismo de consulta pública¹, e, com isso, informar distintas dimensões dos processos decisórios em ATS.

Análise qualitativa de contribuições de experiência e opinião no contexto das consultas públicas da Conitec: considerações teórico-práticas

À luz do diálogo entre o processo geral de análise de dados qualitativos e a necessidade de elaboração de uma proposta metodológica de análise qualitativa aplicável às contribuições de experiência e opinião coletadas no contexto de consultas públicas no âmbito da Conitec, construiu-se um desenho metodológico com o estabelecimento de um esquema de tarefas analíticas básicas para o tratamento, com auxílio do NVivo®, de dados não estruturados (textuais e escritos) concernentes a experiências e opiniões de diversos atores sobre tecnologias em saúde em avaliação no SUS. Para tanto, foram considerados alguns aspectos, tais como contexto da coleta de informações, características do instrumento, tipo e forma de dado coletado, entre outros.

A proposta metodológica aqui descrita está alinhada a esse debate mais amplo do campo e foi desenvolvida, em linhas gerais, com base na codificação e na categorização, considerando o fato de se constituírem formas de analisar que podem ser aplicadas a todos os tipos de dados e não se concentram em um método específico de coleta²⁰.

Com base em Gibbs²⁰, a escolha das abordagens analíticas de codificação e categorização como norteadoras da proposta metodológica justifica-se pelas seguintes razões:

1. Podem ser aplicadas a um conjunto diversificado de materiais e permitem o desenvolvimento de categorias para codificá-los a partir deles mesmos. No caso específico das consultas da Conitec, o material empírico a ser analisado são as contribuições coletadas on-line por meio do formulário

de experiência ou opinião, disponibilizado no sítio eletrônico da Conitec.

2. Permitem o planejamento de comparações em três diferentes níveis: i) dentro de uma categoria (aspectos presentes em diferentes contribuições de experiência e opinião que podem ser relevantes para uma categoria; ii) dentro de um caso (comparação da opinião do participante sobre diferentes temas, mapeamento da coerência e das contradições da contribuição de experiência e opinião em diversas categorias); e iii) entre casos (comparação entre diferenças e semelhanças contidas nas respostas de participantes dos diferentes segmentos).

3. Possibilitam, por meio da comparação, estabelecer relações entre o caso individual (no projeto em tela, a contribuição de experiência e opinião) e formulações mais ou menos generalizadas (o conjunto de contribuições de experiência e opinião) elaboradas a partir da análise de dados.

4. Enfocam o conteúdo ou estruturas formais.

5. Podem ser combinadas com análises quantitativas de dados padronizados, como os que estão presentes no formulário de experiência e opinião utilizado nas consultas públicas no âmbito da Conitec.

Complementarmente, considerando que a especificidade da análise qualitativa exige gerenciamento eficiente e sistemático de uma gama complexa e diversificada de textos, códigos, categorias, memorandos, entre outros, prevê-se a utilização de um Software de Análise de Dados Qualitativos (SADQ), mais especificamente, o NVivo®, para estruturar e administrar a análise qualitativa de contribuições de experiência e opinião recebidas nas consultas públicas da Conitec.

O uso de programas na análise qualitativa de dados possibilita a manutenção de registros,

buscas e análises, bem como facilita a gestão da codificação e o acesso a textos combinados com ferramentas sofisticadas de busca, e auxilia no exame de características e relações entre os textos, tornando o processo analítico mais transparente e confiável²¹.

A partir da década de 1980, o processo de análise qualitativa vem sendo impactado pelo desenvolvimento de SADQs e pela emergência de tecnologias digitais. Gibbs²⁰ destaca que o gerenciamento complexo, eficiente, coerente e sistemático de um volume considerável de dados é um pré-requisito da análise de dados qualitativos. Nesse sentido, o uso de SADQs tem se constituído uma potente ferramenta de organização de dados, administração de codificação, busca e acesso a informações, sistematização e visualização de dados. No entanto, os SADQs “não substituem, de maneira alguma, a análise criativa e profunda do pesquisador”¹⁸⁽⁴⁷⁶⁾.

Atualmente, existe um amplo conjunto de programas que servem como auxiliares e facilitadores da análise qualitativa, de modo que “mais de 20 diferentes pacotes de *softwares* estão disponíveis podendo auxiliar pesquisadores qualitativos em seus trabalhos com dados textuais”²¹⁽³⁹⁴⁾.

De modo geral, há muitas semelhanças entre as finalidades, as funcionalidades e o próprio funcionamento dos diferentes SADQs. A grande maioria possui ferramentas de recuperação e edição de textos, de contagem de linhas ou de unidades de conteúdo, além de possibilitar a incorporação dos mais diversificados tipos de materiais à análise. Ademais, praticamente todos os *softwares* qualitativos servem a todas as fases da análise: codificação, interpretação de dados, descoberta de padrões, criação de teoria e elaboração de hipóteses²¹.

A literatura especializada aponta que a disseminação do uso dos SADQs como auxiliares no desenvolvimento de projetos qualitativos em diferentes contextos tem suscitado debates sobre potenciais vantagens e limites metodológicos. Nesse sentido, com relação às potencialidades, Kelle²¹ aponta a mecanização de

tarefas relacionadas à organização de dados (tais como localização e cópia de segmentos de textos), à incrementação da sistematicidade, da transparência e do rigor dos procedimentos por meio da documentação do processo de trabalho, bem como à ampliação da reflexividade e do engajamento crítico e analítico do pesquisador.

De outro lado, sobre limites, desvantagens e riscos potenciais do emprego de SADQs na análise qualitativa, entre outros aspectos, aponta-se para o distanciamento dos pesquisadores com relação aos dados, a ênfase nas abordagens e atividades de codificação em detrimento de outras técnicas, o que reduz o repertório de aplicação de estratégias metodológicas ao campo da análise qualitativa^{20,21}.

Em linhas gerais, muito embora haja limitações relacionadas à utilização dos SADQs como auxiliares da análise qualitativa, o balanço é considerado muito positivo para o campo teórico-metodológico da pesquisa qualitativa e, mais amplamente, para área da pesquisa social. Nessa perspectiva, entre outros, são apontados avanços significativos na produção e disseminação de conhecimento metodológico em pesquisa qualitativa, sobretudo concernentes à potencialização dos mecanismos de reflexividade e de vigilância epistemológica durante as etapas de organização, tratamento e análise de dados qualitativos.

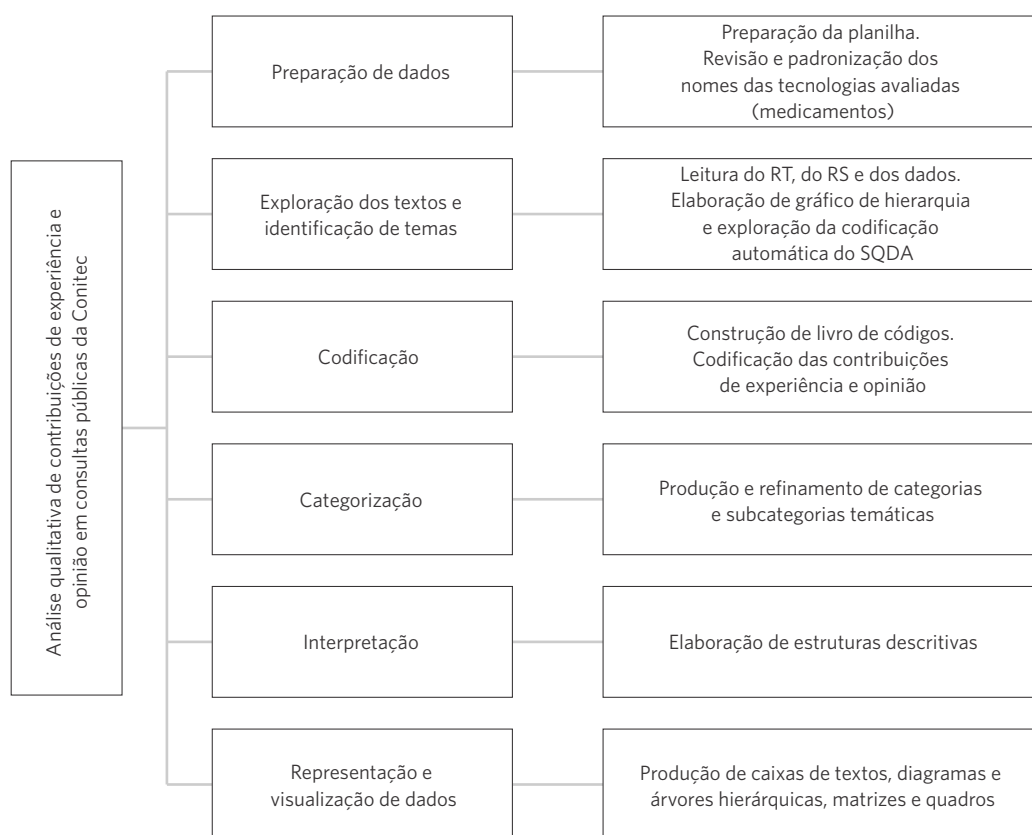
No contexto da análise qualitativa de contribuições de experiência e opinião recebidas nas consultas públicas promovidas pela Conitec, considerando-se critérios, tais como usabilidade, tipos de dados processados, possibilidades de codificação, capacidade de organização, análise e avaliação de dados, vínculos com outros projetos e interfaces com outros projetos²¹, optou-se pelo uso do NVivo®. No que diz respeito à operacionalização metodológica da análise qualitativa de contribuições de experiência e opinião recebidas nas consultas públicas, propõem-se seis etapas: 1) preparação dos dados; 2) exploração dos textos e identificação de temas; 3) codificação; 4) categorização; 5) interpretação; 6)

representação e visualização dos dados. Cabe destacar que, considerando a perspectiva da espiral de análise de dados²², essas etapas e procedimentos estão inter-relacionados.

A preparação dos dados inclui alguns procedimentos, quais sejam: a leitura dos respectivos Relatório Técnico (RT) – onde consta a avaliação do dossiê enviado pelo demandante em termos de eficácia/efetividade da tecnologia, avaliação econômica e impacto orçamentário – e sua versão em linguagem acessível

voltada para o público em geral (Relatório para a Sociedade – RS); a aproximação inicial do material empírico (contribuições de experiência e opinião); assim como a revisão e a padronização dos nomes das tecnologias citadas nas contribuições, sobretudo no caso de medicamentos, a fim de substituir o nome comercial pelo princípio ativo para inserção da planilha de dados em Excel® no NVivo® (figura 1).

Figura 1. Proposta metodológica para a análise das contribuições de experiência e opinião recebidas nas consultas públicas da Conitec



Fonte: elaboração própria.

Quanto ao uso do SADQ NVivo® nesta proposta, são mobilizados recursos que permeiam o processo de análise, principalmente

a partir da etapa de exploração dos textos e de identificação inicial dos temas, tais como: a codificação automática e elaboração de gráfico

de hierarquia e de matriz de codificação com base nela, o que permite identificar unidades temáticas que podem ser mais bem trabalhadas nas próximas fases da análise; a elaboração e o refinamento do livro de códigos, além da consulta a gráficos, matrizes e representações de frequência.

Vincula-se a isso o desenvolvimento de possíveis conexões e interpretações, que resultarão em estruturas descritivas²³ a serem apresentadas ao leitor tanto em texto escrito quanto por meio de outras ferramentas de representação, como nuvens de palavras e mapas temáticos.

Com relação aos modos de interpretação de dados qualitativos, Yin²³ destaca a descrição, a descrição orientada à ação e a explicação. Na visão do autor, a elaboração descritiva, embora aparente ser uma atividade simples e trivial da prática da investigação qualitativa, potencialmente, constitui-se uma armadilha para a análise, sobretudo, quando as descrições não são orientadas por objetivos bem definidos, de tal modo que a estrutura descritiva geral não reflete os sentidos e/ou a interpretação dos achados.

Desse modo, segundo Yin²³, ao lançar mão da descrição como recurso interpretativo, o propósito central do analista deve ser desenvolver uma estrutura descritiva. Essas estruturas descritivas podem assumir variadas formas de organização e níveis de detalhes, tendo em vista os propósitos do estudo qualitativo. Considerando as especificidades e a natureza do processo analítico de contribuições de experiência e opinião recebidas no contexto de consultas públicas da Conitec, propõe-se uma abordagem interpretativa segundo a qual os dados qualitativos não são autoevidentes, mas transformados e retransformados pelo pesquisador por meio do ato formal de interpretação.

Diante disso, um modo de interpretação aplicável ao processo analítico de contribuições de experiência e opinião às consultas públicas no contexto da Conitec é a descrição nos termos elaborados por Yin²³. Desse modo, o propósito é fornecer pistas para o

desenvolvimento de formas descritivas como modo de interpretação de contribuições de experiência e opinião no contexto das consultas públicas propostas pela Conitec, lançando mão de estratégias sistemáticas de transformação e atribuição de sentidos aos dados.

Ou seja, do ponto de vista operacional, a proposta é elaborar sistematicamente estruturas descritivas que focalizem os seguintes aspectos das contribuições de experiência e opinião e suas interfaces: 1) descrição sociodemográfica dos grupos de participantes; 2) características das opiniões sobre a incorporação da tecnologia avaliada; 3) descrição da experiência com a tecnologia avaliada, contemplando efeitos positivos e facilidades e efeitos negativos e dificuldades; 4) descrição da experiência com outras tecnologias para a condição de saúde, contemplando efeitos positivos e facilidades e efeitos negativos e dificuldades.

Nesta proposta analítica, as estruturas descritivas e seus conteúdos subjacentes são representados de diferentes formas. Segundo Creswell²⁴, a representação de dados qualitativos pode ser feita de forma textual, tabular ou por meio de figuras. O autor salienta que o uso da representação textual prevalece em estudos de cunho narrativo, fenomenológico; no entanto, o uso de imagens também pode ser bastante frutífero, principalmente em estudos orientados pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), etnografias e estudos de caso, nos quais a apresentação de modelos e processos de forma esquemática pode não apenas sumarizar os achados, mas apresentá-los de forma articulada, oferecendo ao leitor a possibilidade de melhor compreender a lógica intrínseca da criação de interpretação ou teoria²⁴.

Para além de sua função estética, representações gráficas fornecem potencialmente uma maneira flexível de compartilhar informações, ver padrões e misturar narrativa, descrição e explicação^{25,26}. Constituem-se, assim, como uma forma de exposição da informação que contribui para a comunicação de experiências, mas, também, para o desenvolvimento de uma

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

compreensão aprofundada e aberta a *insights*. Ademais, o uso de representações gráficas para abordar dados qualitativos concorre para o aumento da transparência empírica e analítica, na medida em que elas proporcionam novos meios de compartilhar os dados com os pares, leitores e com o público em geral²⁷.
Considerando a estrutura de dados e o processo de análise qualitativa de contribuições

de experiência e opinião em consultas públicas da Conitec, as ferramentas de representação e visualização de dados que têm potencial de uso no modelo de análise são as caixas de texto, as matrizes ou tabelas de comparação, os diagramas ou árvores hierárquicas, as nuvens de palavras e as taxonomias (*quadro 1*).

Quadro 1. Descrição de dispositivos de representação e visualização de dados qualitativos e sua aplicabilidade na proposta metodológica de análise qualitativa de contribuições de experiência e opinião em consultas públicas da Conitec

Ferramentas de representação e visualização de dados qualitativos	Aplicabilidade na análise de contribuições de experiência e opinião
Caixa de texto	Na análise qualitativa de contribuições de experiência e opinião de consultas públicas, as caixas de textos podem ser utilizadas para dispor trechos representativos de opiniões e ilustrar categorias temáticas referentes a argumentos sobre a recomendação preliminar da Conitec, experiência com a tecnologia avaliada (efeitos positivos e facilidades e efeitos negativos e dificuldades), experiência com outras tecnologias para a condição de saúde (efeitos positivos e facilidades e efeitos negativos e dificuldades).
Diagrama ou árvore hierárquica	Na análise qualitativa de contribuições de experiência e opinião de consultas públicas, os diagramas ou árvores hierárquicas podem ser mobilizados para sintetizar os resultados da análise segundo eixos temáticos, dispondo temas, categorias e subcategorias de forma hierárquica. Os quadros representam categorias e subcategorias, temas gerais e temas específicos oriundos dos dados empíricos.
Nuvem de palavra	Na análise qualitativa de contribuições de experiência e opinião de consultas públicas, a nuvem de palavras pode ser utilizada na análise e na representação dos dados para identificar e apresentar frequência de uso de outras tecnologias para a condição de saúde mencionada pelos participantes, por exemplo.
Matriz, quadro ou tabela qualitativa	Na análise qualitativa de contribuições de experiência e opinião de consultas públicas, as matrizes ou tabelas qualitativas podem ser utilizadas para apresentar conteúdos referentes a citações curtas e diretas combinadas com categorias e/ou subcategorias, bem como para representar comparações entre códigos, casos e atributos. Assim, as linhas e colunas podem ser preenchidas com códigos, categorias, tipologias e atributos dos casos (características como gênero, raça, segmento de participante, por exemplo).
Taxonomia	Na análise qualitativa de contribuições de experiência e opinião de consultas públicas, a taxonomia pode ser mobilizada tanto na etapa da codificação para refinamento do processo de análise quanto na fase de representação dos dados, ou seja, na apresentação dos resultados.

Fonte: elaboração própria.

Considerando que, na consulta pública, são obtidas principalmente informações textuais, na medida em que as contribuições são enviadas por meio eletrônico em um formulário autoaplicável composto de questões abertas e

fechadas, as ferramentas de representação de dados citadas agregam e interrelacionam categorias, subcategorias e excertos. Além disso, podem ser mobilizadas em diferentes etapas do processo analítico, contribuindo, ainda,

para a garantia de transparência da análise e de evidência da inclusividade – ambos aspectos cruciais para o processo deliberativo em ATS²⁸.

Conclusões

Em sintonia com as transformações ocorridas no campo da investigação qualitativa e com a tendência internacional sobre os usos e aplicações dos métodos qualitativos na ATS, foi implementada a proposta de aperfeiçoamento e de diversificação da abordagem metodológica utilizada na análise de contribuições de experiência e opinião em consultas públicas desenvolvidas pela Conitec, com a inclusão de aportes qualitativos. O desenho metodológico para análise qualitativa de contribuições de experiência e opinião recebidas nas consultas públicas propostas pela Conitec no contexto da ATS, no SUS, está baseado em estratégias de codificação e de categorização, organizado em seis etapas articuladas a um rol de procedimentos metodológicos elaborados para atender às especificidades do projeto qualitativo em foco, desenvolvido e gerenciado com auxílio do SADQ NVivo®.

Entre as limitações da proposta, destacam-se a dificuldade de conciliar os prazos administrativos para apreciação da demanda, o tempo disponível para a análise e a quantidade de contribuições de experiência e opinião recebidas na consulta pública. Por outro lado, não obstante as limitações referentes à integração entre dados clínicos e econômicos das tecnologias e dados qualitativos na ATS – desafios epistemológicos e metodológicos

inerentes ao próprio campo da pesquisa em saúde –, cabe salientar a potencialidade do esforço institucional no sentido de legitimar o uso de diferentes fontes de informação no processo de ATS no SUS.

Diante do exposto, considera-se que o aperfeiçoamento e a diversificação da abordagem metodológica utilizada na análise de contribuições de experiência e opinião em consultas públicas no contexto da ATS no SUS, com a inclusão de ferramentas de análise qualitativa, podem oferecer aportes para o mapeamento de sentidos e percepções sobre tecnologias de saúde. Afora isso, também podem fornecer subsídios sobre as características do funcionamento dos instrumentos de participação, do engajamento de público e dos níveis de inclusividade dos cidadãos no mecanismo de consulta pública.

Colaboradoras

Almeida AO (0000-0003-2130-724X)* contribuiu para concepção teórico-metodológica, desenho e elaboração do texto, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Portugal CM (0000-0003-0373-4141)* contribuiu para concepção, redação e revisão crítica, e aprovação da versão final do manuscrito. Sacramento AP (0000-0002-6567-8520)* e Souza AB (0000-0003-1057-7930)* contribuíram para redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Barros MSR (0000-0002-8160-2067)* contribuiu para revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

- Barbosa H, Hayashi MCPI, Rigolin CCD. Comunicação, tecnologia e interatividade: as consultas públicas no Programa de Governo Eletrônico Brasileiro. *Em Quest.* 2011;17(1):143-160.
- Pires R, Vaz A. Participação social como método de governo? Um mapeamento das “interfaces socioestatísticas” nos programas federais, Texto para Discussão, nº 1707. Rio de Janeiro: IPEA; 2012.
- Di Pietro MSZ. Direito administrativo. Rio de Janeiro: Forense; 2021.
- Esperidião MA. Controle social do SUS: Conselhos e conferências de saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 245-259.
- Gomes JFF, Orfão NH. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. *Saúde debate.* 2021;45(131):1199-1213. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113118>
- Souza CHL. Possibilidades e limites das assessorias de participação social e diversidade no desenho da arquitetura institucional do governo federal. In: Encontro Anual da ANPOCS; 2023 out 18-27; Campinas. São Paulo: ANPOCS; 2023. p. 1-19.
- 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] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF. 1990 dez 31; Edição 249; Seção I:25694-25695.
- 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*, Brasília, DF. 2011 abr 29; Seção I:1.
- Presidência da República (BR). Decreto nº 7.646 de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2011 dez 22; Seção I:3.
- Presidência da República (BR). Decreto nº 11.161 de 4 de agosto de 2022. Altera o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e o Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, para dispor sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2022 ago 5; Seção I:6.
- Romão WM, Salles SM. Capacidades estatais para o aprofundamento da democracia: estudo sobre participação popular, política urbana e de saúde no Brasil. In: Encontro Anual da ANPOCS; 2023 out 18-27; Campinas. São Paulo: ANPOCS; 2023. p. 1-18.
- Mitton C, Smith N, Peacock S, et al. Public participation in health care priority setting: a scoping review. *Health policy.* 2009;91(3):219-228. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.01.005>
- Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Manual de Procesos Participativos. Bogotá: IETS; 2014.
- Lisbôa R, Caetano R. Avaliação de Tecnologias em Saúde na saúde suplementar brasileira: revisão de escopo e análise documental. *Saúde debate.* 2020;44(127):1255-1276. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012723>
- Campbell B, Tabiri-Essuman J, Gallo H, et al. Public consultation changes guidance on the use of health-care interventions. An observational study. *Health Expect.* 2017;20(2):361-368. DOI: <https://doi.org/10.1111/hex.12476>

16. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 9-29.
17. Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D, et al. Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technol Assess.* 1998;2(16):iii-ix.
18. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MB. Metodologia da pesquisa. 5. ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
19. Creswell JW. Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens. 3. ed. Porto Alegre: Penso; 2014.
20. Gibbs G. Análise de dados qualitativos. Porto Alegre: Artmed; 2009.
21. Kelle U. Análise com auxílio de computador: codificação e indexação. In: Bauer MW, Gaskel G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 393-415.
22. Teixeira AN, Santos JVT, Pimenta MM, et al. Grupos focais e análise qualitativa em equipe com o uso do NVivo: aplicações a partir de uma pesquisa com mulheres policiais. In: Robertt P, Rech CM, Lisdero P, et al. Metodologia em Ciências Sociais hoje. v. 2. Jundiaí: Paco Editorial; 2016. p. 1-147.
23. Yin RK. Qualitative Research from Start to Finish. 2. ed. New York: Guilford Publications; 2015.
24. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches. 4. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2014.
25. Healy K, Moody J. Data visualization in Sociology. *Annu Rev Sociol.* 2014;40:105-128. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145551>
26. Abramson CM, Dohan D. Beyond text: using arrays to represent and analyze ethnographic data. *Sociol Methodol.* 2015;45(1):272-319. DOI: <https://doi.org/10.1177/0081175015578740>
27. Henderson S, Segal EH. Visualizing qualitative data in evaluation research. In: Azzam T, Evergreen S. Data visualization, part 1. *New Directions for Evaluation.* 2013;139:53-71.
28. Oortwijn W, Husereau D, Abelson J, et al. Designing and Implementing Deliberative Processes for Health Technology Assessment: A Good Practices Report of a Joint HTAi/ISPOR Task Force. *Int J Technol Assess Health Care.* 2022;25(6):869-886. DOI: <https://doi.org/10.1017/s0266462322000198>

Recebido em 21/12/2023

Aprovado em 27/09/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ana Maria Costa

A medicalização do sofrimento e o sobrediagnóstico da depressão

The medicalization of suffering and the overdiagnosis of depression

Aline Degrave¹, Paulo Roberto Fagundes da Silva²

DOI: 10.1590/2358-289820251459667P

RESUMO O uso de manuais diagnósticos e o esforço estatístico para a catalogação de transtornos mentais têm sido tema de reflexão para gerações de profissionais e pesquisadores. Embora haja um esforço para universalizar e transculturalizar categorias psicodiagnósticas, também há necessidade de abandonar um modelo exclusivamente biológico, dando espaço para uma compreensão cultural das manifestações do sofrimento psíquico. A depressão vem sendo tratada como uma epidemia por variados atores internacionais da saúde, levando a um aumento exponencial de prescrições farmacológicas e a custos significativos para os sistemas de saúde. Contrariando esse alerta, um conjunto teórico substancial sugere uma tendência global de medicalização do sofrimento humano na experiência da depressão, resultando em um sobrediagnóstico do quadro que traz consequências adversas para os usuários dos serviços de saúde. A partir de uma preocupação ética, metodológica e científica para promover uma ciência crítica e uma boa prática clínica, este ensaio busca discutir os fatores que concorrem na configuração do processo de medicalização da depressão, como o indivíduo diagnosticado pode ser descentralizado de sua experiência e como os processos de formulação de diagnóstico e intervenção clínica são influenciados por fatores teóricos, econômicos, sociais, políticos e circunstanciais, levando a uma individualização de problemas sociais e contextuais.

PALAVRAS-CHAVE Depressão. Sobrediagnóstico. Sobretratamento. Medicalização. Sofrimento.

ABSTRACT *The use of diagnostic manuals and the statistical effort to catalog mental illnesses and disorders have been the subject of reflection for various health and social science researchers. Although there is an effort to universalize and transculturalise psychodiagnostic categories, there is also a need to abandon an exclusively biological model, giving way to a cultural understanding of the manifestations of psychological suffering. Depression has been treated as an epidemic by a variety of international health actors, leading to an exponential increase in pharmacological prescriptions and significant costs for health systems. Contrary to this warning, a substantial body of theory suggests a global trend towards the medicalization of human suffering in the experience of depression, resulting in overdiagnosis of the condition that has adverse consequences for users of health services. Based on an ethical, methodological, and scientific concern to promote critical science and good clinical practice, this essay seeks to discuss the factors that contribute to shaping the process of medicalizing depression, how the diagnosed individual can be decentralized from their experience, and how the processes of formulating a diagnosis and clinical intervention are influenced by theoretical, economic, social, political and circumstantial factors, leading to individualization of social and contextual problems.*

KEYWORDS *Depression. Overdiagnosis. Overtreatment. Medicalization. Suffering.*

¹ Université Paris Cité, Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé mentale, Société (CERMES3) – Paris, França. aline.degrave@etu.u-paris.fr

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



Introdução

Dos elementos da experiência humana que as ciências humanas e sociais buscam compreender e explicar, o sofrimento – seja ele físico, social, emocional ou existencial – aparece em destaque como algo que permeia a existência. A medicina ocidental, estabelecida como categoria profissional para aliviar o sofrimento, agiu tradicionalmente a partir da distinção entre o corpo e a ‘alma’ ou os ‘ânimos’, tornando possível o cuidado físico sem perturbar o domínio religioso. A separação dicotômica do que é físico e mental na prática médica persiste em considerar sensações, emoções e subjetividade como algo que, quando não pode ser encontrado no corpo, não é relevante para o campo da saúde¹.

A distinção entre dor e sofrimento é um poderoso avanço teórico adquirido que permitiu a compreensão do sofrer como algo que abrange diferentes campos da experiência de um fenômeno, não somente uma resposta nervosa a um estímulo físico². As dimensões social e existencial do sofrimento contribuem para a compreensão da importância de localizar o sujeito historicamente³ e da percepção acerca de elementos de mal-estar, infelicidade, desordem e injustiça como elementos condicionados à cultura, sociabilização, representação e simbolização da condição de existência⁴. A busca do homem pelo domínio da natureza é retratada na idealização de um estado pleno de bem-estar, felicidade e saúde, em que seria possível controlar e aperfeiçoar aspectos da existência e excluir os componentes do sofrimento da vida⁵, configurando novas categorias para o sofrimento psíquico que surpassam a antiga ‘dor moral’ e meramente somática, constituindo novas formas de sofrer na sociedade moderna e tecnológica⁶. No campo da psiquiatria, a iniciativa de abranger as novas formas de sofrer contemporâneas se refletiu no aumento das classes e categorias diagnósticas, em uma tentativa de rastrear o mal-estar na subjetividade, apagando condições próprias ao ser humano, como a tristeza, em uma aspiração

à universalidade de processos diagnósticos e de tratamentos⁷.

Um campo simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático, a saúde representa grande interesse também ao discurso comum, central ao imaginário social. Canguilhem⁸ procura formular em sua obra sua concepção dos conceitos de patologia e normalidade, bem como descrever a experiência do sujeito identificado como doente em sua própria terapêutica. Ele conclui que aquilo que é considerado normal é uma extensão ou exibição da norma, e que a utilização de estatísticas como referência para a formulação dos critérios de atribuição de saúde e doença tende a desconsiderar a individualidade do paciente:

Se é verdade que o corpo humano é, em certo sentido, produto da atividade social, não é absurdo supor que [...] na espécie humana, a frequência estatística não traduz apenas uma normatividade vital, mas também uma normatividade social. Um traço humano não seria normal por ser frequente; mas seria frequente por ser normal⁸⁽⁵¹⁾.

A elaboração de manuais diagnósticos nacionais e internacionais e o esforço estatístico para a catalogação de doenças e transtornos mentais, a exemplo do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), criado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), ou da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), vêm sendo tema de reflexão para diferentes atores do campo da saúde e das ciências sociais. Munindo-se da suposta neutralidade objetiva ao padronizar as categorias e nomenclaturas e reunir dados estatísticos da saúde mental da população global, os manuais se tornam cada vez mais extensos, abraçando, a cada edição, novas categorias patológicas do comportamento. Para as equipes de editoração, torna-se relevante declarar suas produções como ateóricas, neutras e alinhadas à medicina

baseada em evidências em meio às polêmicas e aos debates teóricos que surgem a cada nova publicação. Hoje, a produção desses manuais é questionada quanto ao caráter biologicista e reducionista de seu conteúdo, afastando-se da individualidade dos sujeitos aos quais devem ser aplicados⁹.

Os sistemas classificatórios atuais, orientados pela psiquiatria biomédica, tentam embasar as teorias acerca dos transtornos mentais pesquisando sua etiologia em alterações de base orgânica, mas ainda sem conseguir confirmar substratos anatomopatológicos ou genéticos específicos como causa etiológica para cada transtorno. Assim, os sistemas classificatórios se mantêm majoritariamente fundamentados nos comportamentos observáveis dos pacientes que servem como critérios operacionais para o diagnóstico em categorias estanques, sendo deixados de lado os fenômenos como são vividos pelas pessoas¹⁰.

Onde há um esforço para a universalização e transculturalidade de categorias psicodiagnósticas, também há o apelo ao abandono do modelo exclusivamente biológico para dar espaço à elaboração cultural sobre as expressões do sofrimento psíquico¹¹. Kleinman¹² utiliza a expressão sofrimento social para designar os efeitos que as forças sociais podem infligir na experiência vital, considerando que o sofrimento humano é essencialmente uma experiência social, simultaneamente individual e coletiva. Nessa perspectiva, a dor e a angústia não são apenas condições médicas ou psicológicas, mas experiências profundamente sociais, refletindo desigualdades estruturais e culturais¹².

Entretanto, a neurociência e as perspectivas comportamentais ainda recebem muito investimento no campo biomédico em uma busca por marcadores biológicos neuronais e genéticos que justifiquem os sintomas e os quadros psiquiátricos. A depressão é exemplo essencial da importância de cautela para com essas iniciativas, que acarretam um aumento exponencial da abordagem farmacológica de tratamento e em custos econômicos significativos para os

sistemas de saúde. Caracterizando a depressão como um distúrbio de humor e considerando-a como um dos maiores fardos atuais à saúde global a afetar o funcionamento psicossocial e a qualidade de vida daqueles que acomete¹³, a OMS aponta a depressão como um transtorno mental de alta prevalência que afeta mais de 264 milhões de pessoas no mundo, sendo a principal causa de incapacidade e contribuindo de forma significativa para a carga global de doenças, em casos graves, podendo levar ao suicídio¹⁴.

Na contramão do alerta promovido pela OMS, existe uma produção teórico-científica significativa que aponta para uma tendência inversa: que existe uma propensão global estabelecida de medicalização do sofrimento humano a partir da experiência compreendida como depressão, caracterizando uma situação de sobrediagnóstico que acarreta consequências adversas aos usuários de serviços de saúde. Duas hipóteses são levantadas pelos autores Wakefield e Demazeux¹⁵ para explicar o caráter epidêmico que a depressão alcança: a) há um real aumento da depressão em incidência global devido a mudanças de comportamento e fatores ambientais; ou b) os dados relativos ao aumento da depressão são, até certo ponto, artificiais, por causa da falta de delineamento claro entre o quadro de depressão e formas de sofrimento. Comumente associada a estados de tristeza, luto, desânimo e desesperança, a depressão vem se tornando o diagnóstico psiquiátrico mais utilizado por médicos quando confrontados com experiências de sofrimento. A expansão do diagnóstico acaba por tornar tênue a tradicional demarcação entre a condição de infelicidade ou tristeza normal e a condição patológica que recebe a formulação diagnóstica de depressão e que leva à medicalização de emoções da vida cotidiana¹⁶.

Autor de referência na matéria, Conrad define o fenômeno da medicalização como “o processo em que problemas não-médicos são definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças e transtornos”¹⁷⁽¹⁸⁾. O autor considera que,

entre os motores da medicalização, estão a ciência, a medicina, o comércio, a biotecnologia e a cultura, hoje sendo principalmente regulados não por representantes da medicina, mas por interesses comerciais e mercadológicos da indústria e da iniciativa farmacêutica. Segundo Conrad¹⁷, a medicalização, enquanto problema muito discutido através de um olhar crítico às transformações sociais promovidas pela expansão da jurisdição médica, debruça-se mais sobre a viabilidade de designações medicalizantes sobre um fenômeno do que propriamente à validade do diagnóstico em si.

Promovida a partir da definição de um problema como médico, do uso de termos e intervenções médicas e da adoção de uma estrutura também pertencente ao campo médico ao redor de um fenômeno, a medicalização cria um processo que concerne o tratamento de uma entidade como objeto da medicina. Assim, o termo medicalização é utilizado considerando a transformação de questões cotidianas em patologias, redesenhando os limites sobre o que é considerado socialmente aceitável ou saudável e tendendo a direcionar a fonte do problema a fatores individuais, promovendo intervenções individualizantes ao invés de soluções coletivas ou sociais. A medicalização é bidirecional, podendo ocorrer um processo de desmedicalização quando uma questão deixa de ser definida em termos médicos – e, assim, os tratamentos médicos se tornam inapropriados, como foram os casos considerados clássicos da masturbação e da homossexualidade¹⁷.

Zorzanelli e colaboradores¹⁸ ponderam que o conceito de medicalização deve ser pensado em seus diferentes graus, sempre variáveis em função de cada caso específico e dos contextos sociais presentes, resultando que alguns comportamentos possam ser mais afeitos à medicalização do que outros. Entre os fatores que podem influenciar o processo, encontram-se o maior ou menor apoio da profissão médica, a disponibilidade de intervenções e tratamentos, a ação da indústria farmacêutica, a existência de movimentos associativos de usuários e a influência da mídia e da política¹⁸.

O presente ensaio busca discutir, em formato de uma reflexão teórico-crítica e a partir da literatura científica que ampara a visão crítica sobre a questão, os vetores que concorrem na configuração do processo de medicalização da depressão, sobre como o sujeito diagnosticado pode vir a ser descentralizado de sua experiência e de que forma os processos de formulação de diagnóstico e intervenção clínica sofrem influência de atores teóricos, econômicos, sociais, políticos e circunstanciais.

Apontar limitações das iniciativas aplicadas nos processos de diagnóstico e tratamento da depressão a partir da literatura científica não representa uma negação de tratamentos medicamentosos, dos avanços da medicina ou mesmo da experiência de sofrimento atrelada ao fenômeno nomeado depressão. Discutir a hegemonia do modelo biomédico e os interesses políticos e econômicos daqueles que a promovem difere de uma postura anticiência ou negacionista. Trata-se de uma preocupação ética e metodológica que se utiliza também da linguagem científica para a sua formulação em defesa de uma ciência crítica e de uma boa prática clínica, centrada na experiência existencial do indivíduo.

O sobrediagnóstico da depressão

Por meio do surgimento de tensões no campo da saúde mental quanto à relevância de aspectos socioculturais para a compreensão da experiência subjetiva e de seu sofrimento decorrente, articulou-se a concepção de psiquiatria do cotidiano. Considerando-se que a depressão como fenômeno sujeito à ótica psiquiátrica pode acarretar a busca por tratamento medicamentoso e intervenções médicas em que outros agentes sociais, econômicos, políticos e culturais estão em ação, o sobretratamento torna-se, então, um conceito relevante ao debate acerca de iniciativas adequadas para a compreensão da

depressão¹⁹. Como principais dificuldades no campo do diagnóstico da depressão e seu tratamento, citam-se: 1) a amplitude e a variação com que é utilizado o diagnóstico para diferentes condições; 2) a incerteza quanto ao funcionamento de antidepressivos e a assimetria entre os diferentes medicamentos existentes no mercado; 3) a indeterminação metodológica da medicina personalizada para a compreensão de episódios depressivos em suas particularidades; 4) a falta de evidências e a indefinição quanto à etiologia e aos marcadores genéticos da depressão; 5) o aspecto crônico da depressão resistente a tratamentos²⁰.

O processo de atribuição médica de um diagnóstico consiste em um passo que tradicionalmente inicia e auxilia o tratamento. Seu uso, quando aplicado a condições não maléficas ao indivíduo – tendendo a supervalorizar a presença de sintomas leves comumente associados a alguma categoria diagnóstica –, é conhecido como sobrediagnóstico (*overdiagnosis*), submetendo o paciente a iniciativas como exames invasivos e o uso de fármacos²¹. No campo da saúde mental, o sobrediagnóstico aparece em quadros nos quais se identifica um mal-estar que pode ser proveniente de experiências de vida que não precisariam de intervenção médica ou medicamentosa. Quando essas sensações aparecem em função de eventos da vivência humana e são transformadas em doença e medicalizadas, identifica-se um processo de sobrediagnóstico²². Este, portanto, pode ser definido como o diagnóstico de uma condição que, quando não reconhecida, não produziria sintomas ou dano ao paciente durante sua vida, tido como um fenômeno consequente do método aplicado ao processo de triagem e rastreio²³. Ele é causado por dois principais fenômenos, a sobredetecção – caracterizada pela identificação de anormalidades que não causarão danos futuros ou que se resolvem sozinhas – e a sobredefinição – definida pelo rebaixamento de limiares para fatores de risco ou

pela expansão de definições diagnósticas, incluindo pacientes com sintomas leves ou ambíguos. O sobrediagnóstico se diferencia de resultados falso-positivos (resultados positivos que após verificação se demonstram errôneos), de fenômenos transversais, como o sobretratamento e o sobreteste, e do erro diagnóstico, em que é atribuído um diagnóstico a uma condição a partir de sintomas que pertencem a outro quadro²⁴.

Vilhelmsson²⁵ comenta que consultas médicas têm por prática fazer uso de manuais diagnósticos e testes rápidos, usados como uma forma rápida de julgar o estado de saúde de uma pessoa, em um sistema de saúde que permite e encoraja médicos a escolher um diagnóstico sem uma investigação aprofundada de toda a situação que rodeia o indivíduo. Nesse mesmo contexto, médicos são mais propensos a recomendar terapia medicamentosa, mesmo quando não há evidência científica de que o uso de fármacos seria um tratamento superior a outras alternativas. O autor diz que a atuação preventivista da medicina enfoca exclusivamente a saúde do indivíduo, removendo-o de uma compreensão contextual de forma a individualizar crises sociais²⁵. Em momentos em que um diagnóstico permite ao sujeito validar a sua percepção de seus sintomas, dá-se nome à sua vivência e, ao mesmo tempo, cria-se a patologização de uma experiência por vezes cotidiana.

Vilhelmsson²⁵⁽²⁾ considera que um poderoso estímulo à formulação diagnóstica ampliada e ao sobretratamento da depressão provém do fenômeno conhecido como *disease mongering*, o processo no qual “uma condição de saúde é promovida como um grande problema da saúde pública para que se crie um mercado de tratamento, geralmente sem o conhecimento do público”, demonstrando a existência de parcerias financeiras entre a indústria farmacêutica e os médicos responsáveis por formular os direcionamentos clínicos para outras condições médicas.

Nogueira²⁶ evidencia a influência da percepção histórica das doenças como o oposto à saúde – como estados de enfermidade, desordem e transtorno –, herança da teoria médica das funções corporais sobre as práticas de cuidado atuais. A psiquiatria passa a se interessar mais por manuais diagnósticos como ferramentas de identificar, diagnosticar e tratar, e menos em seu uso como mediadores da compreensão da experiência do paciente de sua própria condição. A depressão, por sua vez, deixa de ser percebida como condição existencial que compromete a qualidade de vida, como uma forma de expressar conflitos internos da experiência humana da vida, e passa a ser identificada como uma lista de fatores relacionados com a condição de produtividade e interação do sujeito com a sociedade, sendo feita uma avaliação a partir de critérios cognitivos predefinidos pelos órgãos de saúde pública²⁶.

O campo da nosologia é o responsável pela ancoragem de categorias diagnósticas em dados científicos, avaliando sua validade de construto. A maioria dos dados atualmente é coletada por questionários de autorrelato, necessitando de validação externa por sofrer grande influência de viés subjetivo. Essa abstração interpretativa envolvida na avaliação dos dados é guiada pelo conceito de normalidade, uma abstração que concebe um estado possível no qual não há patologia presente, ou seja, um estado de pleno bem-estar: por exemplo, o caráter inalcançável desse estado permite o diagnóstico de condições subclínicas à depressão em situações de grande tristeza²⁷. A estatística epidemiológica tem sua importância enquanto suporte aos argumentos de defesa diante dos formuladores de políticas públicas, dos financiadores de pesquisa, das empresas farmacêuticas e das campanhas visando ao público geral. A partir do momento em que os dados são, de fato, representativos da informação coletada, a opção de como apresentá-los, como medi-los e como analisá-los é tão importante quanto os dados em si, tanto para a politização de um tema

como para a sua despolitização e afastamento do contexto social²⁸.

Entre as ferramentas de facilitação do sobrediagnóstico, podem considerar-se os desenvolvimentos tecnológicos de diagnóstico por imagem ou biomarcadores, assim como a mudança dos limiares para diagnóstico e tratamento de condições, permitindo a medicalização de mais pessoas. Há uma relação complexa entre o sobrediagnóstico e o sobretratamento, em que um geralmente leva ao outro: para a elaboração de um plano de cuidado, deveriam considerar-se riscos e prognóstico individuais, cálculos de benefício e dano, além de valores e preferências pessoais como inerentes ao processo de tomada de decisão. Para evitá-los, algumas medidas podem ser tomadas preventivamente, como a melhor estratificação de pessoas de acordo com a gravidade do sofrimento experienciado; a compreensão de que o estado patológico é tido em escala contínua, e não meramente uma dicotomia entre ausência ou presença de diagnóstico; um diagnóstico formulado em espectro para a melhor avaliação de riscos e benefícios para cada caso; e a composição de painéis de formulação de manuais e diretrizes livres de conflitos de interesses²⁹.

Estudos apontam que o uso de escalas psicométricas para a avaliação de sintomas de depressão tem gerado diagnóstico e tratamento em casos de sofrimentos que seriam transitórios e autolimitados, não necessitando de qualquer intervenção³⁰. Essas escalas estruturadas servem para corroborar ou não os critérios de diagnóstico para depressão expressos pelos manuais diagnósticos. Dessa forma, o diagnóstico de cada paciente passa a consistir em um *checklist*. Como ressalta Nogueira²⁶, o objetivo do médico psiquiatra torna-se não mais a entender o que se passa com a pessoa em atendimento, mas a chegar em um pronto diagnóstico. O caráter de *checklist* desse processo remete a um sistema técnico de *inputs* e *outputs*, que eventualmente poderia ser aplicado a si mesmo pelo paciente por meio de um computador²⁶.

Contexto e consequências do sobrediagnóstico da depressão

Continua existindo substancial discrepância na comunidade científica acerca de fatores genéticos e ambientais envolvidos na etiologia da depressão. O tratamento adequado também continua em discussão, à luz dos aspectos biomédicos e farmacológicos que envolvem seu tratamento, sua prescrição e seus efeitos colaterais²⁰. Apesar do diagnóstico continuar em crescimento exponencial de casos, a OMS pontua a contínua existência de uma lacuna mundial no tratamento da depressão, alegando que uma parcela significativa da população apresenta um quadro de depressão não detectada³¹. Entretanto, teóricos e especialistas vêm colocando em questão a formulação desse diagnóstico, seu espectro de gravidade, a multifatorialidade de suas causas e as melhores iniciativas de tratamento disponíveis. Tais considerações apontam que sentimentos do cotidiano como tristeza, desânimo e desesperança podem representar uma reação a estressores específicos, sem ser adequado o seu rótulo como doenças. A psicopatologização desses fenômenos rotineiros gera um aumento de demanda aos sistemas de saúde e a consequente medicalização de problemas sociais, deixando de lado os aspectos psicossociais que estão na sua gênese³².

A revolução tecnológica trouxe ao campo da saúde mental o interesse na busca por explicações genéticas, e posteriormente neurocientíficas: a hipótese inicial advinda das pesquisas produziu a ideia de uma identidade genética que determinasse o indivíduo, compondo uma crença que reduzia explicações causais à carga genética individual e promovendo o essencialismo genético por meio de suas práticas e técnicas. A “cerebralização do sofrimento psicológico”, como nomeiam os autores Vidal e Ortega¹¹⁽¹⁸²⁾, localiza o sofrimento psicológico como essencialmente cerebral a partir de uma hierarquização epistemológica: as técnicas de

neuroimagem, por exemplo, quando adaptadas ao cuidado em saúde mental, podem ser identificadas como estratégias de reducionismo de uma análise clínica quando não acompanhadas de uma avaliação global do indivíduo. Tem-se que essa iniciativa explicativa promove o apelo à responsabilidade individual e sua composição orgânica em quadros de sofrimento que, de outra forma, poderiam ser concebidos como sofrimentos existenciais. Tais concepções podem ter consequências tanto sociais, na geração de estereótipos, estigmas e exclusão grupal, como científicas, por intermédio da ênfase exclusiva em iniciativas de busca por marcadores bioquímicos. Promovida por essa lógica, a hipótese do desequilíbrio químico é a mais conhecida entre as justificativas neurobiológicas modernas para a explicação da depressão, tornando-a passível de ser tratada por intervenção medicamentosa para promover o seu reequilíbrio¹¹.

Apesar da grande complexidade cerebral em suas estruturas neurais e sinápticas, a hipótese do desequilíbrio químico propõe uma justificativa simples ao fenômeno denominado depressão quando afirma que neurônios serotoninérgicos estariam liberando pouca serotonina na fenda sináptica, deixando-a em subatividade. O advento do Prozac®, antidepressivo composto por fluoxetina que apresentava menos efeitos colaterais que os demais disponíveis no mercado, tornou-se um fenômeno revolucionário entre as drogas psiquiátricas das décadas de 1980 e 1990, permitindo a normalização do uso de medicamentos em busca de soluções às questões do cotidiano emocional, além do aumento de casos de autodiagnóstico pela população, que solicitava a medicação a seus clínicos em busca do controle de suas emoções e da melhoria de sua produtividade³³. Extensivamente utilizada atualmente, essa teoria tem tido grande influência ao longo de décadas, tanto na formulação de diretrizes para o tratamento da depressão como no imaginário popular, que hoje associa grandemente a depressão a uma disfunção cerebral.

Entretanto, até o momento, não há evidência científica robusta acumulada que dê suporte a essa tese, em que a maioria dos estudos não encontra correlatos entre a baixa de serotonina ou qualquer outra base bioquímica ou presença de biomarcadores para o fenômeno da depressão³⁴. Dessa forma, uma vez que os antidepressivos não agem sobre o desequilíbrio de serotonina para o tratamento da depressão – posto que o desequilíbrio não se dá –, o efeito deles também se torna indeterminado. Mesmo em casos de melhora do quadro clínico de pacientes que fizeram uso de medicação antidepressiva, não se pode dizer de que forma seus componentes estão em atuação e o que proporcionou a modificação do estado emocional, não podendo, portanto, ser compreendida como uma solução direta a esse sofrimento específico.

Segundo Frances³⁵, participante do processo de elaboração de manuais diagnósticos, uma das causas responsáveis pela explosão diagnóstica da depressão é a expansão constante das fronteiras da psiquiatria, que vem incorporando muitos diagnósticos que não passam de variantes do comportamento dito normal. A partir daí, as empresas farmacêuticas desenvolvem campanhas que promovem a cura dos problemas da população por meio do consumo de pílulas³⁶. Whitaker³³ reflete sobre o momento atual de expansão drástica das categorias psicopatológicas e da prescrição de psicofármacos de forma indiscriminada como uma epidemia de diagnósticos e drogas psiquiátricas. Apesar de sinais de dependência química, alteração do funcionamento de neurotransmissores e perda gradual de eficácia em pacientes que fazem uso de antidepressivos, eles são comumente receitados com progressivo aumento de doses³³.

No caso dos antidepressivos, a decisão de prescrição envolve três questões centrais: a própria eficácia do uso de antidepressivos para o tratamento, o risco de seus efeitos colaterais e a gravidade da síndrome de abstinência por ocasião da descontinuação. No

que tange à sua eficácia, o benefício da medicação antidepressiva, quando comparado com os placebos, parece aumentar de acordo com a severidade dos sintomas apresentados, e pode ser mínimo ou inexistente em pacientes com sintomas leves e moderados, o que provoca profundas implicações na seleção de pacientes que venham a receber as prescrições³⁷.

Durante o uso continuado de antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina, os efeitos colaterais mais problemáticos parecem ser gastrointestinais, aumento de peso, distúrbios do sono e disfunções sexuais, sendo que estas últimas podem persistir mesmo após a suspensão do uso³⁸. Por ocasião da descontinuação, pode ocorrer uma síndrome de abstinência composta de manifestações físicas e psicológicas, como fadiga, insônia, ansiedade, agitação, distúrbios visuais, entre outras. A síndrome tipicamente ocorre dentro de poucos dias após a descontinuidade do uso, podendo durar algumas semanas, mas é possível também apresentar variações como um início mais tardio ou uma persistência mais longa³⁹.

Sobre a mesma matéria, Davies e Read⁴⁰ desenvolveram uma revisão sistemática de literatura para avaliar a incidência, severidade e duração das reações de retirada de antidepressivos. Os resultados apontaram que mais da metade (56%) das pessoas que tentaram suspender os antidepressivos experienciaram efeitos colaterais, sendo que 46% os qualificaram como severos. Não é incomum que os efeitos da retirada persistam por semanas ou meses. Segundo os autores, diretrizes clínicas existentes subestimam a severidade e a duração dos sintomas de retirada de antidepressivos, com significativas implicações clínicas⁴⁰.

Considera-se que um dos fatores que podem estar induzindo ao aumento do diagnóstico da depressão e o consequente sobretratamento seria a grande demanda de usuários recebidos pela Atenção Primária à Saúde (APS)⁴¹. Matta

e colaboradores⁴² pontuam que o contexto do cuidado na APS pode favorecer, de forma indesejada, o processo de medicalização da vida, cabendo aos atores envolvidos a reavaliação permanentemente da natureza do que se demanda e do que se oferece. Justamente por ser a esfera de contato e interface mais extensa entre populações com serviços de saúde, a APS oferece oportunidades tanto de prover uma barreira contra a medicalização excessiva quanto de ser ela mesma a porta de acesso à medicalização em larga escala⁴².

Mark Fisher⁴³, filósofo e professor inglês, ressalta a importância de ser politizada a crescente incidência de sofrimento psíquico categorizado em termos de transtornos mentais nas sociedades contemporâneas. Ao invés de individualizar-se a responsabilidade ao cuidado de si em situações de adversidade, é essencial que se questione como se tornou aceitável uma quantidade tão grande de pessoas experienciando sofrimento grave na sociedade e qual é o papel inerentemente disfuncional dos sistemas socioeconômicos existentes⁴³. Colocadas em suspensão as dúvidas quanto à acurácia diagnóstica e a eficácia farmacológica, parece insuficiente limitar à adição do contexto meramente como um fator de risco ou proteção para uma compreensão mais abrangente da influência social, econômica e política no aumento de diagnósticos de depressão. Existem visões mais e menos contundentes ante os modelos ditos neoliberais e o capitalismo, algumas acusando-os de promover solidão, pobreza, privação e miséria, e outras que buscam fatores ou agravantes a esse modelo que podem produzir sofrimento²⁸.

No contexto vigente, as políticas públicas esparsamente fazem frente ao sofrimento decorrente de questões da esfera da saúde mental e suas multicausalidades. É fundamental a intensificação de ações intersetoriais para o desenvolvimento de iniciativas que, para além do setor saúde, mitiguem as desigualdades estruturais na sociedade e implementem pautas de proteção específicas para grupos em situação de vulnerabilidade social.

Conclusões

Na proposta de cuidado oferecida pelo campo da saúde, a disputa entre modelos universalistas e individualistas parte de valores que, por um lado, defendem a possibilidade de universalização de conceitos e fenômenos, considerando que a humanidade compartilha elementos fundamentais para a compreensão da vivência individual; e, por outro, que aquilo que acontece no âmbito individual é gerido por aspectos da constituição pessoal, como o funcionamento orgânico ou genético do indivíduo e características inerentes. Ambas as visões falham em valorizar a percepção de um indivíduo situado em um contexto cultural, político, econômico e social, e a influência exercida sobre a sua vivência e a forma como o sujeito lida com o seu cotidiano.

Uma experiência de sofrimento não pode ser reduzida a uma explicação neuroquímica cerebral e trazer consigo uma exposição completa e compreensível da situação vivencial individual. O alívio ao sofrimento mental tem um grande componente existencial e contextual, atrelado a componentes da compreensão biopsicossocial da vivência humana em sociedade. Ignorar o fator psicossocial em detrimento do fator biológico ou vice-versa é cair em uma perspectiva dualista que distancia a compreensão de aspectos ditos 'físicos' dos 'mentais'. No cuidado, a localização histórica é essencial para se compreender como o sintoma ou o adoecimento se deram, que elementos de sua cultura, sociabilidade e simbolização afetam o seu relacionar com esse sofrimento. A partir da identificação do sobrediagnóstico da depressão, alguns aspectos se solidificam para a compreensão global desse fenômeno em gradativo reconhecimento e da lógica emergente de crítica à medicalização do sofrimento existencial.

Segundo a literatura científica disponível, entre os fatores que facilitam o sobrediagnóstico da depressão, encontram-se a sobrecarga dos serviços de APS e as fronteiras limítrofes cada vez mais expandidas do

quadro formulado pelos manuais diagnósticos. O corolário dessa situação é o crescimento exponencial em prescrições de medicação antidepressiva. Cabe à OMS ponderar sobre a possibilidade alternativa de que o aumento de prevalência detectado seja em alguma medida artificial e propor um modelo de cuidado que abranja distintas expressões de sofrimento existencial e que não se baseie no consumo de medicação como principal solução.

Outro ponto-chave à compreensão contextual do sobrediagnóstico está na discordância da comunidade científica quanto à origem causal da depressão e à possibilidade de explicação neurofisiológica que a acompanha. Fatores genéticos e funcionamentos neurológicos ainda são pesquisados para quadros psiquiátricos ao mesmo tempo que o tratamento principal, no caso da depressão, é inteiramente baseado em uma hipótese exclusivamente fisiológica de desequilíbrio químico cerebral que não acumula evidências significativas apesar de décadas de pesquisa. A cerebralização do sofrimento localiza o mal-estar enquanto fundamentalmente biológico, justificando a medicalização das questões do cotidiano emocional e contextual em suas mais variadas populações e culturas globais. A depressão foi popularizada mundialmente pela medicina ocidental como uma expressão de tristeza, cansaço e desânimo, e a cultura de produtividade e trabalho exaustivo provoca mais estresse a populações já sobrecarregadas emocionalmente e vulnerabilizadas economicamente. Aumentam os casos de autodiagnóstico de

depressão, e pacientes chegam aos serviços de saúde requisitando antidepressivos antes mesmo da avaliação por um profissional da saúde.

Em meio à tensão entre o modelo neuroquímico e o modelo contextual, principalmente à luz de publicações que enfatizam a necessidade de descarte da hipótese do desequilíbrio químico diante da sua falta de evidências científicas, novas diretrizes científicas devem problematizar o uso extensivo e crescente de psicofármacos para o tratamento da depressão nos sistemas de saúde. A medicalização do sofrimento existencial, no caso específico da depressão, representa um entrave aos avanços da compreensão do mal-estar contemporâneo, simplificando a concepção do indivíduo mediante uma explicação biológica reducionista. Nesse sentido, devem sempre ser enfatizados os fatores contextuais dos sistemas econômicos, políticos, sociais e culturais, de sociedades de culturas tão plurais, marcadas por processos tecnológicos e por problemas sociais complexos.

Colaboradores

Degrave A (0000-0001-5941-3836)* contribuiu para concepção, coleta, análise e interpretação de dados, redação e aprovação da versão final do manuscrito. Silva PRF (0000-0003-0811-4080)* contribuiu para concepção do trabalho, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Cassell EJ. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *N Engl J Med*. 1982;306(11):639-645. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejm198203183061104>
2. Duffee C. An intellectual history of suffering in the Encyclopedia of Bioethics, 1978–2014. *Med Humanit*. 2020;0:1-9. DOI: <https://doi.org/10.1136/me-dhum-2019-011800>
3. Victora C. Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da Antropologia. *R Eletr de Com Inf Inov Saúde*. 2011;5(4):3-13. DOI: <https://doi.org/10.3395/reciis.v5i4.764>
4. Barus-Michel J, Camps C. Sofrimento e perda de sentido: considerações psicossociais e clínicas. *Psic Rev Vetor Ed*. 2003;4(1):54-71.
5. Furtado MA. O lugar do sofrimento na cultura contemporânea: patologização do mal-estar e medicalização da vida [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2014.
6. Perrusi A. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos. *Tempo Soc Rev Sociol USP*. 2015;27(1):139-159. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-20702015017>
7. Ribeiro AS, Gonçalves GA, Teodoro EF, et al. Psicopatologia na contemporaneidade: análise comparativa entre o DSM-IV e o DSM-V. *Fractal Rev Psicol*. 2020;32(1):46-56. DOI: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5674>
8. Canguilhem G. O Normal e o Patológico. 6. ed. 2. reimpr. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.
9. Martinhago F, Caponi S. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. *Physis*. 2019;29(2):e290213. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290213>
10. Rigolon OS, Serpa Junior OD. Nosografia dos Transtornos Afetivos: um recorte histórico de Kraepelin ao DSM-5. *Rev Latinoam Psicopa-tol Fundam*. 2022;25(1):205-225. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n1p205.11>
11. Vidal F, Ortega F. Depressão. In: Somos nosso cérebro? Neurociências, subjetividade, cultura. São Paulo: Editora n-1; 2019.
12. Kleinman A, Das V, Lock M, editores. Social Suffering. Introduction. Berkeley: University of California Press, 1997.
13. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018;392(10161):2299-2312. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)
14. Vos T, Abajobir AA, Abate KH. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390:1211-59. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32154-2)
15. Wakefield JC, Demazeux S. Introduction: Depression, One and Many. In: Wakefield JC, Demazeux S, editores. Sadness or Depression? International Perspectives on the Depression Epidemic and Its Meaning. New York: Springer; 2015.
16. Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. New York: Oxford University Press; 2007.
17. Conrad P. The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
18. Zorzanelli RT, Ortega F, Bezerra Junior B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(6):1859-1868. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>

19. Mojtabai R. Clinician-identified depression in community settings: concordance with structured-interview diagnoses. *Psychother Psychosom.* 2013;82(3):161-169. DOI: <https://doi.org/10.1159/000345968>
20. Nemeroff CB. The state of our understanding of the pathophysiology and optimal treatment of depression: Glass half full or half empty? *Am J Psychiatry.* 2020;177(8):671-685. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060845>
21. Rogers WA, Mintzker Y. Getting clearer on overdiagnosis. *J Eval Clin Pract.* 2016;22(4):580-587. DOI: <https://doi.org/10.1111/jep.12556>
22. Thombs BD, Turner KA, Shrier I. Defining and evaluating overdiagnosis in Mental Health: A meta-research review. *Psychother Psychosom.* 2019;88(4):193-202. DOI: <https://doi.org/10.1159/000501647>
23. Sale MK, Korenstein D. Overdiagnosis in primary care: framing the problem and finding solutions. *BMJ.* 2018;362:k2820. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.k2820>
24. Brodersen J, Schwartz LM, Heneghan C, et al. Overdiagnosis: what it is and what it isn't. *BMJ Evid Based Med.* 2018;23(1):1-3. DOI: <https://doi.org/10.1136/ebmed-2017-110886>
25. Vilhelmsson A. The devil in the details: public health and depression. *Front Public Health.* 2014;2:192. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00192>
26. Nogueira RP. A depressão como o mal do século XXI: Origens da noção de mal e sua atualidade nas políticas globais de saúde e de regulação de medicamentos. In: Magalhães LCG, Pinheiro MMS, editores. *Instituições e desenvolvimento no Brasil: diagnósticos e uma agenda de pesquisas para as políticas públicas.* Rio de Janeiro: Ipea; 2020. p. 221-234.
27. Paris J. *Overdiagnosis in psychiatry: how modern psychiatry lost its way while creating a diagnosis for almost all of life's misfortunes.* New York: Oxford University Press; 2015.
28. Rose NS. *Our psychiatric future: the politics of mental health.* Medford: Polity; 2018.
29. Moynihan R, Henry D, Moons KG. Using evidence to combat overdiagnosis and overtreatment: evaluating treatments, tests, and disease definitions in the time of too much. *PLoS Med.* 2014;11(7):e1001655. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001655>
30. Jerant A, Kravitz LR, Garcia EF, et al. Potential Antidepressant Overtreatment Associated with Office Use of Brief Depression Symptom Measures. *J Am Board Fam Med.* 2014;27(5):611-620. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2014.05.140038>
31. Kohn R, Saxena S, Levav I, et al. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2004;82(11):858-866.
32. López-Rodrigues JA. Overdiagnosis in health sciences: A scope review for Mental Health conditions. *Aten Primaria.* 2018;50(supl2):65-69. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.001>
33. Whitaker R. *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento do assombro da doença mental.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
34. Moncrieff J, Cooper RE, Stockmann T, et al. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Mol Psychiatry.* 2023;28(8):3243-3256. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>
35. Frances A. The new crisis of confidence in psychiatric diagnosis. *Ann Intern Med.* 2013;159(10):720. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-159-10-201311190-00021>
36. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry.* 2013;12(2):111-112. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20027>
37. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: A pa-

- tient-level meta-analysis. *JAMA*. 2010;303(1):47-53. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1943>
38. Jakobsen JC, Gluud C, Kirsch I. Should antidepressants be used for major depressive disorder? *BMJ Evid Based Med*. 2020;25:130-136. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2019-111238>
 39. Fava GA, Gatti A, Belaise C, et al. Withdrawal symptoms after selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: A systematic review. *Psychother Psychosom*. 2015;84(2):72-81. DOI: <https://doi.org/10.1159/000370338>
 40. Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addict Behav*. 2019;97:111-121. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.027>
 41. Frances A, Raven M. Two views on the new DSM-5: The need for caution in diagnosing and treating mental disorders. *Am Fam Physician*. 2013;88(8).
 42. Matta GC, Camargo Jr KR, Rabello ET. Gestão e Práticas de Cuidado na APS e Medicalização. In: Sá MC, Tavares MFL, De Seta MH, editores. *Organização do cuidado e práticas em saúde: abordagens, pesquisas e experiências de ensino*. Rio de Janeiro: Editora Fio-cruz; 2018. p. 159-183.
 43. Fisher M. Realismo capitalista: é mais fácil imaginar o fim do mundo de que o fim do capitalismo? Tradução: Gonsalves R, Adeodato J, Silveira M. São Paulo: Autônoma Literária; 2020. 218 p.

Recebido em 23/07/2024

Aprovado em 19/02/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: o presente artigo é em parte derivado da dissertação de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz de Aline Degraive, sob orientação de Paulo Roberto Fagundes da Silva, com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001 por meio do Programa de Excelência Acadêmica (Proex)

Editora responsável: Gicelle Galvan Machineski

Perspectivas filosóficas e sociológicas sobre o conceito de cuidado e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Philosophical and sociological perspectives on the concept of care and the Integrative and Complementary Practices in Health

Maria Eduarda Guerra da Silva Cabral¹, Adriana Falangola Benjamin Bezerra², Maria Beatriz Lisboa Guimarães², Islândia Maria Carvalho de Sousa¹

DOI: 10.1590/2358-289820251459680P

RESUMO O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta desafios para fornecer um cuidado integral à saúde. O presente ensaio aborda a necessidade de uma visão ampliada do cuidado em saúde, indo além do modelo biomédico tradicional e da atenção à saúde no SUS. O objetivo do trabalho foi demonstrar as afinidades que existem entre as perspectivas sociológicas e filosóficas do cuidado e o cuidado na perspectiva das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics), segundo sua ótica vitalista. Neste sentido, a proposta do texto consiste em incorporar perspectivas filosóficas e sociológicas ao debate sobre o conceito de cuidado, destacando as Pics que promovem a autonomia e valorizam a integralidade do ser humano. Essas práticas incluem métodos de saúde, tradicionais ou não, que complementam a biomedicina e se alinham com o paradigma vitalista, com foco no equilíbrio entre corpo, espírito e ambiente.

PALAVRAS-CHAVE Padrão de cuidado. Terapias complementares. Sociologia médica. Filosofia médica.

ABSTRACT *The Unified Health System (SUS) faces challenges in providing comprehensive health care. This essay addresses the need for a broader view of health care, going beyond the traditional biomedical model and health care in the SUS. The aim of this work was to demonstrate the affinities that exist between the sociological and philosophical perspectives of care and care from the perspective of Integrative and Complementary Practices in Health (ICPH), according to its vitalist perspective. In this sense, the proposal of the text consists of incorporating philosophical and sociological perspectives to the debate on the concept of care, highlighting the ICPH that promote autonomy and value the integrality of the human being. These practices include health methods, traditional or not, which complement biomedicine and align with the vitalist paradigm, focusing on the balance between body, spirit, and environment.*

KEYWORDS *Standard of care. Complementary therapies. Sociology, medical. Philosophy, medical.*

¹Fundação Oswaldo Cruz em Pernambuco (Fiocruz Pernambuco), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil.
mariaeduardaguerra@gmail.com

²Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Centro de Ciências Médicas (CCM) – Recife (PE), Brasil.



Introdução

Um conceito é um constructo teórico ou ato mental¹ que está relacionado a um arranjo social, de modo que o conceito de um objeto se conecta com a sua prática, refletindo e sendo reflexo do contexto no qual o objeto está inserido. A partir desse argumento, percebe-se que, apesar de o conceito de cuidado ser amplo, seu sentido, muitas vezes, é utilizado de forma reduzida, assemelhando-se ao conceito de assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), o que pode reforçar a ideia de uma prática de cuidado reducionista e fragmentada.

A predominância de um modelo biomédico² no SUS, focado em diagnose, tratamento e cura de doenças de maneira isolada, negligencia aspectos cruciais como a prevenção, promoção da saúde e integralidade do cuidado, perpetuando uma visão limitada do processo de adoecimento e, conseqüentemente, de cuidado. Assim, é necessário repensar o conceito de cuidado, incorporando perspectivas filosóficas e sociológicas que ampliem a compreensão e a prática em saúde.

O objetivo do presente trabalho é demonstrar as afinidades que existem entre as perspectivas sociológicas e filosóficas do cuidado e o cuidado na perspectiva das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics), segundo sua ótica vitalista. A contribuição deste ensaio teórico é trazer ao leitor a discussão sobre a importância de inserir e debater essas perspectivas e identificá-las em um dos modos de cuidado ofertados no SUS. Ao inserir aspectos filosóficos e sociológicos ao debate sobre o cuidado em saúde, reforça-se o conceito de cuidado em sua perspectiva ampliada e complexa, assim como reitera-se a necessidade de fortalecimento de uma prática de saúde igualmente integrativa.

Será abordado neste ensaio o conceito de cuidado, sobretudo o cuidado em saúde, por meio de suas perspectivas filosóficas e sociológicas, dando ênfase à produção científica de autores com representatividade no campo da saúde coletiva. Para a discussão do ponto

de vista filosófico e conceitual, apresentar-se-á a compreensão de cuidado de Ayres⁶ e suas três categorias: ontológica, genealógica e crítica. Para o debate sociológico sobre o cuidar, destaca-se o trabalho dos autores Barros, Contatore e Malfitano^{7,8} sobre suas abordagens emancipatória, política e cultural do cuidado. Por fim, traz-se a ótica do cuidado integral e vitalista das Pics^{9,10} e suas afinidades com tais perspectivas filosóficas e sociológicas.

Perspectivas filosóficas e sociológicas sobre o conceito de cuidado

O cuidado transcende a perspectiva biomédica, o enfoque assistencial e os limites institucionais da saúde, integrando dimensões sociais, emocionais e contextuais que ampliam sua compreensão e aplicabilidade. Ele é multidimensional e desempenha um papel central na construção e na compreensão da experiência humana em diferentes contextos. O cuidado envolve a atenção às necessidades do outro, considerando a singularidade de cada indivíduo e as dinâmicas das redes sociais em que ele está inserido. Nesse sentido, o cuidado pode ser compreendido como a prática de construir laços, oferecer apoio, acolher e promover espaços de diálogo e empatia. É também por meio dessas conexões que as pessoas constroem suas identidades, suas memórias e experiências, contribuindo para a qualidade de vida e o bem-estar coletivo^{11,12}.

No campo da saúde, o conceito de cuidado pode tanto influenciar quanto ser influenciado pelos arranjos sociais, uma vez que suas práticas atuam como elementos de um processo dinâmico de construção e reconstrução do saber e do agir^{13,14}. Na tentativa de melhor compreender esse movimento, a noção de cuidado tem sido explorada sob diversas óticas. Entretanto, na saúde, os estudos sobre o tema apresentam um enfoque limitado e fundamentado essencialmente no conhecimento e

nas ações fisiológicas e biológicas, em que o cuidado é confundido ou usado como sinônimo de assistência ou atenção em saúde, concentrando-se, predominantemente, em aspectos como prevenção, diagnóstico e tratamento^{2,3,6}.

Nesse sentido, em decorrência de uma ideia reduzida sobre o conceito de cuidado, o cuidado em saúde, por vezes, é expresso por uma identidade tecnicista, fragmentada, colonizada e mercantilista, reforçando uma práxis igualmente limitada. Por conseguinte, vem a ser importante explorar um debate teórico sobre o cuidado em sua pluralidade, entendendo a atuação dos conceitos como componente central do movimento de compreender para agir e agir a partir do compreender.

Dos pontos de vista filosófico e conceitual de Ayres⁶, o cuidado pode ser compreendido sob três categorias: ontológica, genealógica e crítica. Na perspectiva ontológica, o cuidado é compreendido como algo essencial à existência humana, um modo de ser no mundo que se manifesta nas relações entre as pessoas. Ele transcende ações técnicas ou instrumentais, configurando-se como uma atitude fundamental de reconhecimento mútuo, acolhimento e empatia. É inspirado por correntes filosóficas como a fenomenologia de Heidegger, que, em sua obra 'Ser e Tempo'¹⁵, traz o cuidado (*Sorge*) como a expressão pura da existência do ser-no-mundo (*Dasein*) e do ser-com (*Mitsein*), que se manifesta ao se aproximar do outro e ao se reconhecer por meio do outro. Essa categoria destaca o cuidado como um vínculo intersubjetivo que dá sentido à experiência humana, promovendo conexões autênticas entre profissionais de saúde e pacientes, considerando estes últimos em sua integralidade e não apenas como portadores de doenças.

A dimensão genealógica do cuidado, por sua vez, evidencia a análise histórica e socio-cultural das práticas de saúde, buscando compreender como estas foram moldadas ao longo do tempo por discursos, estruturas sociais e relações de poder. Inspirada na obra de Michel Foucault¹⁶, essa abordagem examina como modelos hegemônicos, como o biomédico,

impactaram o cuidado, frequentemente reforçando desigualdades e excluindo perspectivas abrangentes. Por meio dessa lente, é possível identificar e questionar as raízes históricas de práticas desumanizantes, propondo novas formas de cuidado que sejam culturalmente sensíveis e inclusivas.

A categoria crítica do cuidado propõe uma postura reflexiva e transformadora com relação às práticas de saúde, com o objetivo de superar injustiças e desigualdades estruturais. Fundamentada em teorias críticas e emancipatórias, essa abordagem questiona modelos e políticas que comprometem a equidade no cuidado, sugerindo alternativas mais justas. Por exemplo, ao analisar a Atenção Primária à Saúde em comunidades periféricas, essa perspectiva destacaria a necessidade de ampliar o acesso a serviços essenciais, como a disponibilização de equipes de saúde da família em locais historicamente negligenciados. Nesse contexto, o cuidado é visto como uma prática política que exige a construção de políticas públicas e intervenções que promovam a equidade e priorizem populações historicamente marginalizadas, construindo um sistema de saúde em um espaço de justiça social.

Há uma defesa de que a exploração dos aspectos filosóficos do cuidado é capaz de impulsionar práticas profundas e contribuir para a evolução das práticas de cuidar em curso. Isso porque a reflexão sobre o cuidado em saúde seria importante para compreender as bases teóricas e epistemológicas de tendências emergentes no campo da saúde pública, tanto global quanto nacional. Entretanto, a implementação de uma abordagem filosófica do cuidado requer mudanças fundamentais na maneira de pensar e praticar a saúde, incluindo suas premissas e fundamentos⁶, tendo em vista que há a necessidade de entender o cuidado como uma base fundamental para as ações sociais, indo além do seu uso técnico no campo da saúde, trazendo luz ao debate sob uma perspectiva sociológica.

Sobre a dimensão sociológica do cuidado, os autores Contatore, Malfitano e Barros⁷ dão

ênfase, indo além da abordagem técnica da área da saúde. Por meio de uma revisão sistemática da literatura, mostraram as disparidades sociais no acesso ao cuidado, a influência dos fatores econômicos na atenção à saúde, a importância do apoio social na área da saúde e a avaliação do conceito de cuidado nos estudos sociológicos. Em suas conclusões, há o destaque para três diferentes abordagens dentro da perspectiva sociológica do cuidado: a abordagem emancipatória, a política e a cultural.

Na abordagem emancipatória do cuidado, sob a perspectiva sociológica, os autores analisam os cuidados e suas implicações sociais em três dimensões. Essa abordagem identifica o cuidado como conhecimento tácito, resultante de um processo de socialização e prática coletiva, que se desenvolve ao longo do tempo. Ao ser associado à clínica biomédica e a um conhecimento técnico, o cuidado pode se tornar reificado, perdendo sua essência humana. A abordagem emancipatória, como o terceiro elemento, busca reconstruir o cuidado, incorporando elementos dos conhecimentos tácitos e técnicos, promovendo atenção, liberdade de escolha e tomada de decisão, com base em regras legítimas resultantes da interação social e legal¹⁶.

De acordo com a revisão de autores feita por Barros¹⁷ em sua obra, a abordagem política do cuidado, conforme Pires¹⁸, integra o cuidado em práticas que promovem a construção de uma cultura de autocuidado. Isso envolve a obtenção e a manutenção da saúde por parte de indivíduos conscientes de suas necessidades, buscando atendê-las tanto individualmente quanto coletivamente. Essa abordagem reforça a importância da politicidade do cuidado, que envolve a gestão da relação entre ajuda e poder, visando à construção da autonomia das pessoas. A autora busca um cuidado que se torne emancipatório, promovendo mudanças nos modelos assistenciais em saúde e na busca de uma cidadania ativa.

Ainda na obra de Barros¹⁷, a abordagem cultural do Cuidado em Saúde, defendida por Prochnow, Leite e Erdmann¹⁹, examina

as maneiras pelas quais as práticas podem ser informadas pela diversidade cultural. Os autores conceituam cultura como um conjunto de significados atribuídos pelo ser humano ao seu mundo, sublinhando a importância dos profissionais da saúde em reconhecerem e valorizarem a diversidade cultural como um recurso valioso na promoção da integridade humana. Prochnow, Leite e Erdmann observam que a compreensão das questões psicossociais subjacentes às relações interpessoais na prática de saúde é crucial, pois essas afetam diretamente a humanização e o cuidado em saúde. Destacam que os obstáculos para a solidariedade e a qualidade do cuidado não se limitam à falta de recursos materiais, tecnológicos ou pessoais, mas também estão relacionados aos padrões de sociabilidade e subjetividade na sociedade contemporânea.

Por meio da aproximação com a perspectiva sociológica do cuidado, nota-se que o cuidar não se limita a ações individuais, mas abrange a dimensão social e de políticas públicas. Isso porque o cuidado inclui relações interpessoais e macrorrelações entre o Estado e a população, contribuindo para uma visão ampla do conceito de cuidado, englobando questões econômicas, sociais e políticas⁸.

A ideia de um conceito ampliado sobre o cuidado se aproxima do proposto por Cruz²⁰, que, por meio de uma revisão bibliográfica, examinou as várias interpretações, significados e usos do cuidado em saúde com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de um arcabouço teórico-conceitual na área da saúde coletiva. Seus achados revelaram a multiplicidade de maneiras pelas quais o termo é empregado e compreendido no contexto das práticas de saúde. Porém, pode ser sintetizada como uma prática que surge a partir das interações entre as pessoas, de acordo com suas demandas, necessidades e recursos disponíveis. E se concretiza por meio de atividades para a saúde de grupos e de indivíduos, sendo atravessada por aspectos subjetivos, técnicos e políticos.

O cuidado na perspectiva das Pícs

O conceito de cuidado na perspectiva das Pícs ainda não é totalmente definido, haja vista que a própria definição do que são as Pícs ainda está em debate. A diversidade de práticas terapêuticas ofertadas nos sistemas de saúde compõe uma miscelânea que as difere entre si com relação à sua práxis, à sua cosmologia, à sua episteme⁴. Por conseguinte, reflete a pluralidade com relação à sua definição de cuidado.

Segundo a Organização Mundial de Saúde²¹, uma definição para essas terapêuticas seria o conjunto de conhecimentos e práticas em saúde, geralmente fundamentado em vivências, teorias e crenças próprias das tradições culturais de cada país ou região. Possui diferenças com a biomedicina por ter como objetivo estimular os mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde, compreendida como um estado de bem-estar integral resultante da interação complexa entre aspectos físicos, mentais, emocionais, sociais e espirituais.

Diversas denominações podem ser utilizadas para referir-se às Pícs, mas emprega-se aqui o termo Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, que é uma etiqueta institucional brasileira criada a partir da promulgação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) no SUS²².

No rol dos cuidados ofertados pelas Pícs, ressalta-se o cuidado na perspectiva do vitalismo^{9,10}. O vitalismo abrange diversas correntes que compartilham a ideia de um princípio vital inseparável do espírito, governando os fenômenos da vida. Esse paradigma está em tensão com a biomedicina, pois envolve fenômenos não observáveis pelos seus métodos técnico-científicos. O vitalismo questiona os postulados biomédicos e seus limites na compreensão do processo saúde-doença-cuidado. A saúde é vista holisticamente como resultado da dinâmica de forças e processos

diversos, variando entre harmonia e equilíbrio entre corpo, espírito e ambiente, sendo a subjetividade humana valorizada. Enquanto a doença, na perspectiva vitalista, resulta de um desequilíbrio de forças naturais e espirituais, rompendo a harmonia com a ordem cósmica. O adoecimento é visto como uma oportunidade para o organismo se reequilibrar, salientando a importância da participação ativa do sujeito e do autoconhecimento^{4,5}.

Convergências entre as Pícs e as perspectivas filosóficas e sociológicas do cuidado

O cuidado ofertado pelas Práticas Integrativas e Complementares, em sua ótica vitalista, converge para a perspectiva filosófica do cuidado, contribuindo para a sua categoria ontológica, genealógica e crítica. O alinhamento das Pícs com a categoria ontológica do cuidado ocorre por meio dos aspectos relacionais valorizados em suas práticas, sobretudo no emprego da afetividade e da amorosidade nesse contexto. O ato de cuidar, como uma manifestação de afeto, amor e zelo, valoriza o acolhimento, a escuta ativa e o respeito pelas escolhas e autonomia dos indivíduos, promovendo uma relação mútua de confiança e colaboração^{23,24}. Paulo Freire²⁵ afirma que amor e diálogo são inseparáveis, e que as relações permeadas pela afetividade, pelo carinho e pela dialogicidade possibilitam práticas de liberdade e de humanização.

Do mesmo modo, a valorização das relações entre quem cuida e quem é cuidado, identificada nas Pícs, reforça a categoria genealógica da perspectiva filosófica do cuidado. Paulo Henrique Martins²⁶, ao examinar a teoria da dádiva como prática e sentimento de um agir amoroso, destaca a centralidade das relações de troca e do vínculo na promoção do cuidado, através do ciclo de dar-receber-retribuir. Em colaboração com Roseni Pinheiro²⁷, Martins argumenta que, no contexto do cuidado, esses

princípios se refletem na reciprocidade e mutualidade, em que a troca de cuidados cria um ciclo benéfico de solidariedade e confiança. As relações de troca, fundamentadas na dádiva, fomentam um ambiente de apoio e compreensão vital para a saúde integral, ao reconhecer e valorizar a interdependência entre as pessoas e a importância do vínculo afetivo na eficácia do cuidado, facilitadas pelas redes sociais.

Por fim, a perspectiva crítica do cuidado exposta por Ayres⁶ é vista na expressão do cuidado com as Pics, em sua perspectiva vitalista, a vermos como objeto de descolonização do ser no campo da saúde²⁸. A aproximação das Pics com as pautas não materialistas e produtivistas e sua crítica ao capital as conectam à dimensão crítica do cuidado presente em sua perspectiva filosófica, que critica seus aspectos políticos, sociais e econômicos. Ao contrário de modelos que focam exclusivamente na eficiência, lucratividade ou autoridade hierárquica, essas abordagens de cuidado rejeitam o consumismo, o produtivismo e o autoritarismo, valorizando a qualidade das interações humanas, o respeito à autonomia e a promoção de relações igualitárias e colaborativas.

Guimarães e colaboradores²⁸ analisam as Pics sob a perspectiva da descolonização do saber, do poder e do ser. Segundo os autores, esses elementos, quando articulados, apoiam o processo de descolonização na saúde, e enfatizam que a saúde pública e coletiva pode ser vista como um espaço que precisa expandir sua concepção de saúde por meio da incorporação de outros saberes e de outras práticas sociais, tais como a arte e a religiosidade/espiritualidade.

As Pics ratificam o cuidado em sua perspectiva sociológica^{7,8} ao reforçar suas abordagens emancipatória, política e cultural.

Na abordagem emancipatória e política do cuidado, as Pics representam o movimento de religação dos saberes ao associar os saberes biomédicos aos tradicionais, incorporando elementos tácitos e técnicos na atenção ao usuário. Esse movimento estimula a autonomia dos sujeitos, sobretudo na horizontalidade das

relações de poder entre usuários e profissionais. Entretanto, dentro do SUS, essa potencialidade das Pics é fragilizada pelas amarras institucionais que delimitam o processo de trabalho da assistência à saúde e pela cultura de assimetria de poder presente na relação entre profissionais e usuários, sobretudo no contexto de troca de saber.

De acordo com Ayres⁶, para que uma ação assistencial se converta efetivamente em cuidado, é fundamental valorizar a dignidade da sabedoria prática. Isso significa que o profissional de saúde deve levar em conta os desejos do paciente quanto ao seu modo de vida, utilizando tanto conhecimentos técnicos quanto saberes populares, convicções pessoais e valores. Reconhecer e valorizar conhecimentos não técnicos é um compromisso desafiador, pois, muitas vezes, pode ser visto como obscurantismo. No entanto, ignorar esses saberes impede a participação ativa do usuário, na medida em que o cuidado envolve encontros intersubjetivos e a aplicação prática da tecnologia, concentrando-se na relação entre finalidades e meios, por meio de um diálogo simétrico entre profissional e paciente.

No texto 'Cuidado emancipador e simetria de poder', Barros²⁹ aborda a relação de poder no cuidado em saúde e propõe um modelo emancipador que busca equilibrar a assimetria entre profissionais (cuidadores) e usuários (receptores). Historicamente, sabe-se que as práticas de cuidado têm gerado assimetrias de poder, em que os profissionais detêm autoridade moral e legal sobre os pacientes, marginalizando seus conhecimentos e experiências. No referido manuscrito, o autor critica o modelo biomédico tradicional por sua abordagem reducionista e autoritária, focada na doença, e que, muitas vezes, ignora as complexidades individuais e sociais das pessoas. Assim, o cuidado emancipador é proposto como um modelo que busca equilibrar o poder entre profissionais de saúde e usuários, promovendo autonomia. Esse modelo valoriza a construção de relações dialogais e interativas, em que o conhecimento e a experiência dos usuários

são respeitados e integrados no processo de cuidado. A obra também destaca a importância de superar a crença cega nas autoridades (sejam elas xamãs, religiosos ou cientistas) e promover a autonomia por meio de práticas pedagógicas no cuidado.

Ainda nesse sentido, as Pics convergem com a perspectiva sociológica do cuidado ao reforçar os seus aspectos culturais, reconhecendo a importância da sociabilidade e da subjetividade das relações interpessoais na prática do cuidado, assim como a influência desses fatores no seu processo de humanização. Há uma relação intrínseca entre as Pics e as estratégias de humanização propostas pela Política de Humanização do SUS (PNPIC)³⁰, sobretudo ao utilizar práticas de cuidado voltadas para a promoção da saúde. Esse alinhamento é reforçado pelo respeito às subjetividades individuais dos sujeitos, sensibilidade cultural e empatia, criando um ambiente de confiança mútua, essencial para uma comunicação aberta entre quem cuida e quem é cuidado²⁵.

Considerações finais

Por meio deste ensaio, buscou-se explorar a complexidade do conceito de cuidado, indo além das perspectivas tradicionais do campo da saúde e incorporando as dimensões filosóficas e sociológicas e sua relação com o cuidado ofertado pelas Pics. Identificou-se que, embora o cuidado em saúde frequentemente seja tecnicista e fragmentado, existe uma riqueza de saberes e práticas que podem estar transformando práxis assistenciais limitadas em promotoras de cuidado.

As Pics, enquanto expressão de cuidado sob a ótica vitalista, representam uma abordagem que une saberes técnicos e populares e promove relações de troca, reciprocidade e confiança. Por exemplo, práticas coletivas – como o tai chi e a biodança – ou individuais – como a fitoterapia – valorizam tanto o conhecimento científico quanto os saberes tradicionais e criam um espaço no

qual os usuários participam ativamente do processo de cuidado. Essas práticas desafiam as dinâmicas tradicionais de poder na assistência à saúde, provocam protagonismo, principalmente quando a fitoterapia conduz os usuários a se responsabilizar pelo cuidado no território. Assim, desafiam as dinâmicas de poder tradicionais ao incentivar a participação ativa dos usuários no seu processo de cuidado. Assim, a implementação de uma abordagem filosófica e sociológica do cuidado, reforçada pelas Pics, é essencial para a construção de um sistema de saúde mais justo, humano e eficiente.

Entretanto, nem todas as Pics necessariamente se alinham a essa perspectiva ampliada do cuidado, considerando suas diferenças cosmológicas, epistemológicas e práticas. Do mesmo modo, o modelo biomédico não pode ser visto como conjunto homogêneo de práticas fragmentadas e reducionistas entre si. Exemplos disso são as iniciativas da promoção da saúde e da Atenção Primária à Saúde, que priorizam uma abordagem de cuidado centrado na pessoa e no seu contexto e que promovem ações ampliadas que enfrentam os determinantes sociais em saúde. Essas práticas mostram que tanto as Pics quanto o modelo biomédico têm potencial para enriquecer o cuidado quando aplicados de forma reflexiva e integrada.

Desse modo, é nodal a necessidade de seguir a investigação e a reflexão sobre as diversas formas de cuidar, compreendendo suas especificidades e suas contribuições para um conceito multifacetado e complexo, que não se limita ao campo da saúde, mas ultrapassa a produção da experiência humana na construção de redes de relacionamentos e encontros que dão forma à vida. Por exemplo, práticas como o acolhimento em grupos de apoio, a atenção dedicada no ambiente familiar ou mesmo ações comunitárias, como hortas coletivas para promover a saúde, demonstram como o cuidado é um conceito multifacetado e profundamente conectado às interações humanas que moldam o nosso cotidiano.

Agradecimentos

Este artigo é um produto da tese de doutorado acadêmico intitulada 'O cuidado na perspectiva das Práticas Integrativas e Complementares no Serviço Integrado de Saúde no Recife/PE', apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, sob orientação da Dra. Islândia Sousa (Fiocruz/PE) e coorientação da Dra. Adriana Falângola (UFPE). Agradecemos o apoio da Fiocruz Pernambuco e do Conselho Nacional de Desenvolvimento

Científico e Tecnológico (CNPq), que possibilitaram a execução desta pesquisa.

Colaboradoras

Cabral MEGS (0000-0001-9129-411X)*, Bezerra AFB (0000-0002-5278-3727)*, Guimarães MBL (0000-0001-8554-600X)* e Sousa IMC (0000-0001-9324-4896)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Souza LR. A composição da linguagem mental na evolução da noção de conceito em Guilherme de Ockham. *Mediaevalia Textos Estud.* 2022;41:281-91. DOI: <https://doi.org/10.21747/21836884/med41a19>
2. Raimundo JS, Silva RB. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico, no contexto da Atenção Primária em Saúde, no Brasil. *Rev Mosaico.* 2020;11(2):109-16. DOI: <https://doi.org/10.21727/rm.v11i2.2184>
3. Camargo Junior KR. A biomedicina. *Physis.* 2005;15(supl):177-201. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000300009>
4. Luz MT. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: Luz MT, Barros NF, organizadores. *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos.* Rio de Janeiro: IMS; Lappis; 2012. p. 15-24.
5. Nascimento MC. Reflexões sobre a acupuntura e suas contribuições na atenção à saúde. In: Luz MT, Barros NF, organizadores. *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos.* Rio de Janeiro: IMS; Lappis; 2012. p. 343-56.
6. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface (Botucatu).* 2004;8(14):73-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>
7. Contatore OA, Malfitano APS, Barros NF. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. *Interface (Botucatu).* 2017;21(21):553-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0616>
8. Contatore OA, Malfitano APS, Barros NF. Por uma sociologia do cuidado: reflexões para além do campo da saúde. *Trab Educ Saúde.* 2019;17(1):e0017507. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00175>
9. Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas no SUS e na atenção primária à saúde: possibilidades estratégicas de expansão.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- J Manag Prim Health Care. 2018;8(2):216-32. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v8i2.528>
10. Abreu IPH. O vitalismo das práticas integrativas e complementares e o conceito de campo da ciência moderna. VITTALLE - Rev Cienc Saude. 2018;30(1):115-29. DOI: <https://doi.org/10.14295/vittalle.v30i1.7843>
11. Hoffmeister A. Saberes populares e cuidado em saúde: um estudo de caso no município de Araricá/RS [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2020.
12. Almeida Filho N. Sobre as Relações entre Complexidade e Transdisciplinaridade em saúde. Rev bras educ med. 1998;22(2-3):22-30. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v22.2-3-003>
13. Carvalho MCVS, Luz MT. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. Interface (Botucatu). 2009;13(29):313-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000200006>
14. Campos GWS. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. Trab educ saúde. 2006;4(1):19-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462006000100003>
15. Heidegger M. Ser e tempo. Tradução Márcia de Sá Cavalcante Schuback. 10. ed. Bragança Paulista: Universitária São Francisco; 2015.
16. Foucault M. O nascimento da Medicina Social. In: Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 2021.
17. Barros N. Cuidado emancipador. Saude Soc. 2021;30(1):e200380. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200380>
18. Pires MRGM. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. Ciênc saúde coletiva. 2005;10(4):1025-1035. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400025>
19. Prochow AG, Leite JL, Erdmann A. Teoria interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado: visualizando a prática social do enfermeiro. Rev Latinoam Enfermagem. 2005;13(4):583-590. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000400018>
20. Cruz MCC. O conceito de cuidado à saúde [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2009.
21. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing 2020-2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [acesso em 2025 jan 27]. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
22. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
23. Muricy AL, Cortes HM, Antonacci MH, et al. Implementação do cuidado em saúde mental com a abordagem das PICS na Atenção Primária. Rev APS. 2022;25(supl1):70-89. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.35392>
24. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Saúde debate. 2018;42(esp1):174-88. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S112>
25. Freire P. Pedagogia do oprimido. 65. ed. São Paulo: Paz & Terra; 2019.
26. Martins PH. O valor do relacional: sobre demandas de dádivas em situações distópicas. Rev Crítica Ciênc Soc. 2023;(130):51-72. DOI: <https://doi.org/10.4000/rccs.14444>
27. Martins PH, Pinheiro R. Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; LAPPIS; 2011.
28. Guimarães MB, Nunes JA, Velloso M, et al. As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. Saude soc. 2020;29(1):e190297. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190297>

29. Barros N. Cuidado Emancipador. *Saude Soc.* 2021;30(1):e200380. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200380>
30. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

Recebido em 29/07/2024

Aprovado em 21/03/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fiocruz Pernambuco e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Editora responsável: Ingrid D'avilla Freire Pereira

O pensamento desenvolvimentista na raiz do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis): uma revisão integrativa

The developmentalist thought at the root of the Economic-Industrial Health Complex (CEIS): An integrative review

Antonio Angelo Menezes Barreto¹, Samara Jamile Mendes², Áquilas Nogueira Mendes^{1,3}

DOI: 10.1590/2358-289820251459855P

RESUMO O estudo examina a adoção do pensamento desenvolvimentista na formulação da categoria do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis) no Brasil, que busca integrar as dimensões sanitária e econômica, articulando saúde e desenvolvimento. A pesquisa realizou uma revisão integrativa da literatura na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Medline/PubMed, selecionando todos os estudos (n =115) vinculados ao tema do ‘Complexo Econômico-Industrial da Saúde’, de forma exploratória. 12 artigos foram incluídos e analisados. Os resultados evidenciam que a literatura revisada enfatiza a inovação, a industrialização e o papel do Estado no desenvolvimento econômico e social, além de reduzir a dependência externa em áreas estratégicas. Embora o Ceis seja apresentado como um modelo para fortalecer a autonomia produtiva nacional e reduzir a dependência externa, sua efetividade como estratégia para garantir soberania tecnológica e fortalecer o SUS tem sido questionada. Diversos estudos indicam que a dependência estrutural do Brasil vai além da tecnologia e do comércio, inserindo-se em uma divisão internacional do trabalho que perpetua a subordinação produtiva do País. Assim, o Ceis, longe de romper com a lógica imperialista, acaba reproduzindo-a, demonstrando as limitações do novo-desenvolvimentismo, que, frequentemente, não consegue superar as influências do neoliberalismo e do mercado global na economia brasileira.

PALAVRAS-CHAVE Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Estruturalismo. Comissão Econômica para América Latina e Caribe. Desenvolvimento industrial. Estado.

ABSTRACT *The study examines the adoption of developmentalist thought in the formulation of the Economic-Industrial Health Complex (CEIS) category in Brazil, which seeks to integrate health and economic dimensions, linking healthcare and development. The research conducted an integrative literature review in the Virtual Health Library (BVS) and MEDLINE/PubMed, selecting all studies (n =115) related to the theme of the ‘Economic-Industrial Health Complex’ in an exploratory manner, with 12 articles included and analyzed. The results show that the reviewed literature emphasizes innovation, industrialization, and the role of the State in economic and social development, as well as in reducing external dependence in strategic areas. Although CEIS is presented as a model to strengthen national productive autonomy and reduce external dependence, its effectiveness as a strategy to ensure technological sovereignty and reinforce the SUS has been questioned. Several studies indicate that Brazil’s structural dependence extends beyond technology and trade, embedding itself in an international division of labor that perpetuates the country’s productive subordination. Thus, rather than breaking away from the imperialist logic, CEIS ultimately reproduces it, highlighting the limitations of neo-developmentalism, which often fails to overcome the influences of neoliberalism and the global market on the Brazilian economy.*

KEYWORDS *Health Economic-Industrial Complex. Structuralism. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Industrial development. State.*

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.
antonio.angelo@usp.br

²Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Ciências Farmacêuticas (FCF) – São Paulo, Brasil.

³Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) – São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

O Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis) é uma categoria teórica desenvolvida no Brasil há mais de duas décadas, no âmbito da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com o objetivo de articular as dimensões sanitária e econômica da saúde. Segundo Gadelha^{1,2}, a saúde, além de direito de cidadania, é um vetor de desenvolvimento e inovação estratégica na sociedade do conhecimento.

A proposta do Ceis visa a reestruturar a base produtiva nacional, reduzir a dependência externa em setores estratégicos, como biotecnologia e equipamentos médicos, e mitigar desigualdades sociais. Seu referencial teórico se fundamenta em abordagens estruturalistas, marxistas e schumpeterianas, que reconhecem o papel central da indústria e da inovação no dinamismo econômico e na posição relativa das economias no sistema global².

Para Gadelha¹, ainda que a saúde esteja situada no campo dos direitos e do bem-estar social, ela se insere na estrutura social e econômica do modo de produção capitalista, sendo parte intrínseca do sistema do capital, reproduzindo as contradições do modelo de desenvolvimento em seu interior.

O Ceis tem sido apresentado como aposta estratégica para o desenvolvimento econômico do Brasil, superação da regressão social e da dependência estrutural³. Em vista disso, o presente estudo se justifica ao contribuir para o debate em torno do Ceis, ao sistematizar o pensamento econômico e social latino-americano adotado por esse conceito, ao tempo que examina criticamente esse pensamento com o aporte da crítica da economia política de Marx.

Desse modo, o presente estudo tem por objetivo analisar a adoção do pensamento desenvolvimentista (nacional-desenvolvimentista e novo-desenvolvimentista) na literatura científica que apresenta o conceito de Ceis.

Material e métodos

Estratégia de pesquisa e base de dados

Este estudo é uma revisão integrativa da literatura, cujo objetivo foi responder à seguinte questão: Como tem sido a adoção do pensamento desenvolvimentista na literatura científica que apresenta o conceito de Ceis? Para isso, foi realizada uma busca sistemática nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da Medline/PubMed, no período de 28 de junho de 2023 a 14 de dezembro de 2023.

A seleção dos descritores foi realizada a partir da plataforma Descritores em Ciências da Saúde – DeCS/MeSH. Os dois polos da pergunta em análise foram: ‘Pensamento Desenvolvimentista’ e ‘Complexo Econômico-Industrial da Saúde’.

Devido à ausência de descritores diretamente vinculados ao ‘Pensamento Desenvolvimentista’, optou-se por uma abordagem exploratória, focando, inicialmente, na busca de artigos vinculados ao tema do ‘Complexo Econômico-Industrial da Saúde’. Por esse motivo, também não foi construída uma estratégia de busca com possíveis combinações. Segundo a definição do DeCS/MeSH, esse descritor refere-se ao:

[...] ramo da economia política que investiga a relação entre o ‘sistema produtivo e de inovação em saúde’ e ‘o sistema de saúde’ mediante uma concepção sistêmica, histórica e estruturalmente hierarquizada⁴.

A busca inicial resultou na identificação de 98 artigos na BVS e 17 artigos no Medline/PubMed, totalizando 115 estudos. Todos os estudos que foram apresentados nas bases de dados foram selecionados para o processo de elegibilidade.

Critérios de inclusão e exclusão

Para garantir a qualidade e a relevância dos estudos analisados, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão: I) estudos que abordam diretamente o conceito de Ceis e sua relação com o pensamento desenvolvimentista; II) artigos publicados em português, inglês ou espanhol, para garantir acessibilidade e compreensão adequadas; III) estudos publicados no período de 2000 a 2023, considerando a evolução do conhecimento sobre o tema; e artigos científicos indexados em bases reconhecidas (BVS e Medline/PubMed).

Critérios de exclusão: I) estudos duplicados nas bases consultadas; II) publicações que não enfatizam o Ceis em associação ao pensamento desenvolvimentista; III) tipos de documentos não considerados (teses, dissertações, capítulos de livros e documentos institucionais); e sobre o Ceis, mas que não utilizam referências ao pensamento econômico e social latino-americano de viés nacional-desenvolvimentista ou novo-desenvolvimentista.

Processo de seleção de estudos e coleta de dados

A triagem dos estudos foi realizada com base nas diretrizes PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), com algumas adaptações referentes a necessidades do tema. Foi conduzida em três etapas:

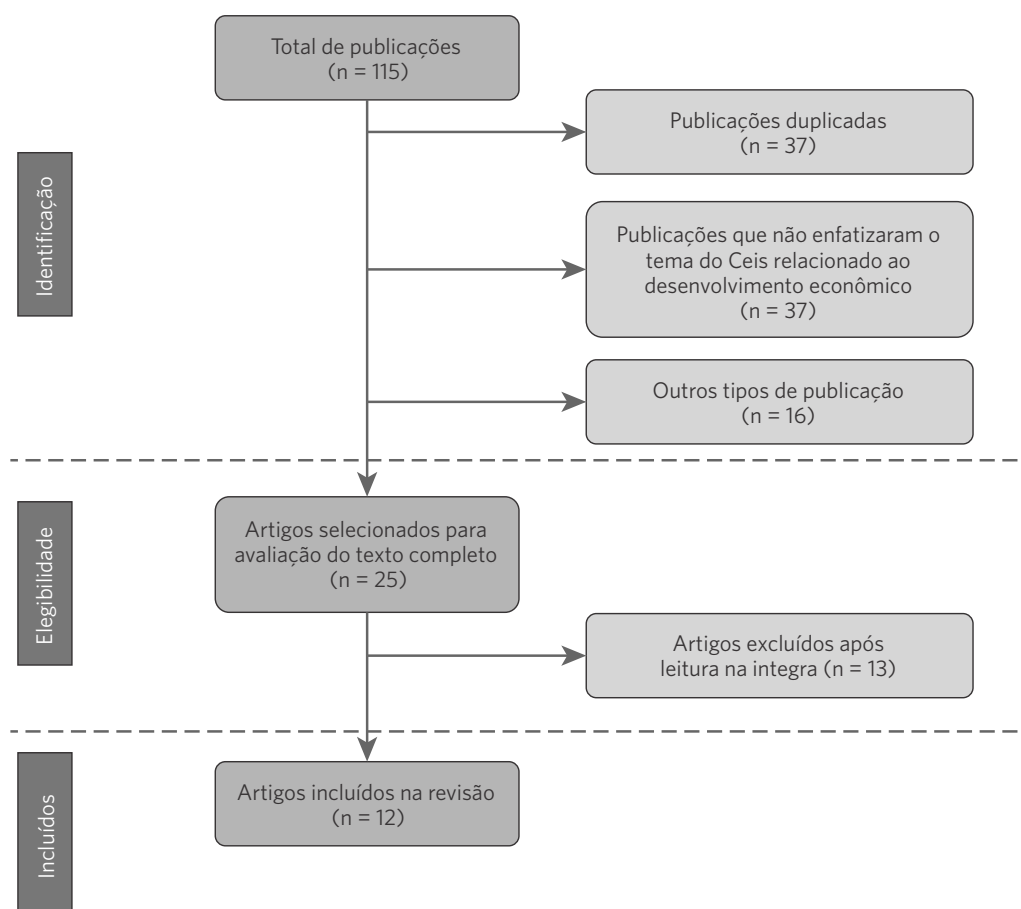
Triagem inicial: todos os títulos e resumos foram revisados por pares, utilizando a plataforma Rayyan para revisão sistemática. Dos 115 estudos identificados, foram removidas as duplicatas ($n = 37$).

Avaliação do tema: após a remoção de duplicatas, 37 artigos foram excluídos por não enfatizarem a relação entre Ceis e pensamento desenvolvimentista.

Critério de tipo de publicação: foram excluídas publicações que não se referiam a artigos científicos, como teses, dissertações, capítulos de livros e documentos institucionais ($n = 16$).

Após essas etapas, 25 artigos foram selecionados para leitura na íntegra. Desses, 13 foram excluídos por não utilizarem referências ao pensamento econômico e social nacional-desenvolvimentista ou novo-desenvolvimentista na formulação do conceito de Ceis. Ao final, 12 artigos foram incluídos nesta revisão integrativa (*figura 1*).

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos incluídos na revisão



Fonte: elaboração própria.

Resultados

Doze artigos foram selecionados para a etapa de leitura completa (artigos incluídos), consoante o *quadro 1*. Os artigos foram publicados entre 2003 e 2023, sendo que o ano de 2018 foi o que apresentou o maior número de publicações (n = 3). As revistas ‘Cadernos de Saúde Pública’, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); e ‘Ciência & Saúde Coletiva’, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), foram as que apresentaram os maiores números de publicações, com 4 artigos cada uma.

Ademais, cabe ressaltar que este estudo não incluiu apenas artigos publicados em revistas do campo da saúde coletiva, mas, também, artigos publicados em revistas do campo da administração pública, a exemplo da ‘Revista de Administração Pública – RAP’, da Fundação Getúlio Vargas, bem como do campo da gerontologia, a exemplo da ‘Revista Kairós-Gerontologia’, ligada ao Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento (Nepe) e ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Quadro 1. Relação dos 12 artigos considerados incluídos para a revisão, segundo autores, ano, título e revista publicada

N	Autores/Ano	Título	Revista
1	Gadelha, 2003 ⁵	O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde	Ciênc. Saúde Colet.
2	Gadelha, 2006 ²	Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial	Rev. Saúde Pública
3	Barbosa e Gadelha, 2012 ⁶	O papel dos hospitais na dinâmica de inovação em saúde	Rev. Saúde Pública
4	Metten et al., 2015 ⁷	A introdução do complexo econômico industrial da saúde na agenda de desenvolvimento: uma análise a partir do modelo de fluxos múltiplos de Kingdon	Rev. Adm. Pública
5	Gadelha e Braga, 2016 ⁸	Saúde e inovação: dinâmica econômica e Estado de Bem-Estar Social no Brasil	Cad. Saúde Pública
6	Gadelha et al., 2018 ⁹	Transformações e assimetrias tecnológicas globais: estratégia de desenvolvimento e desafios estruturais para o Sistema Único de Saúde	Ciênc. Saúde Colet.
7	Gadelha e Temporão, 2018 ¹⁰	Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde	Ciênc. Saúde Colet.
8	Felix, 2018 ¹¹	Economia da Longevidade, Gerontecnologia e o complexo econômico-industrial da saúde no Brasil: uma leitura novo-desenvolvimentista	Rev. Kairós
9	Gadelha et al., 2020 ¹²	Acesso a vacinas no Brasil no contexto da dinâmica global do Complexo Econômico-Industrial da Saúde	Cad. Saúde Pública
10	Gadelha, 2022 ¹³	Complexo Econômico-Industrial da Saúde: a base econômica e material do Sistema Único de Saúde	Cad. Saúde Pública
11	Rodrigues et al., 2022 ¹⁴	Mudanças recentes e continuidade da dependência tecnológica e econômica na indústria farmacêutica no Brasil	Cad. Saúde Pública
12	Gadelha et al., 2023 ¹⁵	O Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) como espaço estratégico para a modernização do SUS e para a geração dos empregos do futuro	Ciênc. Saúde Colet.

Fonte: elaboração própria.

Os estudos passaram por uma etapa de extração com base na questão norteadora, e os dados extraídos são: autor; ano de publicação; e título. A síntese integradora dos estudos foi apresentada na forma categorial-narrativa.

A partir da leitura integral dos artigos, identificaram-se seis categorias de análise dos seus conteúdos, apresentados no *quadro 2* a seguir. São elas: 1) desenvolvimento econômico e política industrial no Brasil; 2) impacto da globalização e reformas do Estado no Ceis; 3) inovação e desenvolvimento no Ceis; 4)

inovação e políticas de saúde no desenvolvimento econômico; 5) impacto das dinâmicas globais sobre políticas nacionais de saúde; e 6) desenvolvimento econômico e saúde coletiva.

Ainda, para uma visualização das principais ideias dos artigos, organizaram-nas em três dimensões de análise, conforme relacionadas no *quadro 2*: 1) o que diz sobre o projeto de desenvolvimento nacional; 2) o que diz sobre o Ceis; 3) adoção do pensamento desenvolvimentista no debate sobre o Ceis.

Quadro 2. Relação dos artigos segundo categorias de análise e dimensões de análise

Autores/ Ano	Título	O que diz sobre o projeto de desenvolvimento nacional	O que diz sobre o Ceis	Adoção do pensamento desenvolvimentista no debate sobre Ceis	Categorias de análise
Gadelha, 2003 ⁵	O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde	Analisa as transformações no setor da saúde no Brasil, enquadrando-as no desenvolvimento nacional. A lógica empresarial capitalista está presente em todos os setores produtivos, o que impulsiona uma mudança para um modelo empresarial na gestão e organização dos serviços de saúde. Isso inclui tanto o setor público quanto o privado, com o Estado desempenhando um papel crucial na regulação e no financiamento. Destaca a importância da inovação e acumulação de capital no setor da saúde, ressaltando as tensões entre os interesses econômicos e as necessidades sociais. Além disso, aponta para a dependência do País com relação às importações de produtos de saúde, decorrente da baixa capacitação local em inovação em saúde.	Aborda a evolução do Ceis no Brasil, destacando a mutação industrial e institucional que afeta a estrutura produtiva, estratégias organizacionais e a atuação estatal. Em contraposição à abordagem neoclássica, que foca na alocação de recursos em equilíbrio estático, propõe-se uma visão dinâmica e heterodoxa, baseada em teorias keynesiana, marxista e schumpeteriana. Essa perspectiva reconhece as limitações da racionalidade econômica e enfatiza inovação, competição e diversidade como motores do desenvolvimento. Defende-se que o mercado de saúde requer intervenção estatal devido a falhas como assimetrias de informação e externalidades, propondo uma ação estatal proativa para moldar instituições e interações, impulsionando o Ceis como agente de desenvolvimento alinhado à política nacional de saúde.	Argumenta que a abordagem neoclássica tradicional não é adequada para compreender e responder aos desafios enfrentados pelo setor saúde no Brasil, especialmente com relação a inovação, acumulação de capital e transformações estruturais. Ao destacar a importância das abordagens de economia política, especialmente as tradições keynesiana e schumpeteriana, o texto propõe uma análise dinâmica que considera as forças endógenas da inovação e a interação entre Estado e mercado como elementos essenciais para promover o desenvolvimento do Ceis. Ele argumenta que o mercado não é apenas um mecanismo alocativo, e, sim, um espaço de luta competitiva que pode gerar desequilíbrios e desigualdades, mas, também, oportunidades de inovação e desenvolvimento.	Impacto da globalização e reformas do Estado no Ceis
Gadelha, 2006 ²	Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial	Trata do projeto de desenvolvimento nacional no Brasil, com foco histórico entre 1930 e 1980, quando políticas desenvolvimentistas e industriais foram implementadas na América Latina, com a indústria vista como central para superar dependência e subdesenvolvimento. Autores como Prebisch, Furtado e Cardoso são citados por criticarem a ideia de que o mercado, por si só, promoveria convergência econômica. A estratégia adotada incluía a industrialização, com o Estado coordenando investimentos, desde indústrias leves até pesadas.	Trata do Ceis como uma construção que busca integrar tanto a dimensão sanitária quanto a econômica, visando à interação entre saúde e desenvolvimento. Destaca-se a necessidade de uma estratégia de desenvolvimento que promova o dinamismo econômico e reduza a dependência em áreas críticas, como a dos equipamentos eletrônicos, da biotecnologia e dos novos materiais. O conceito de Ceis é apresentado como uma abordagem sistêmica, relacionada ao sistema nacional de inovação em saúde, em que a capacidade de inovação do País é crucial.	Adota uma perspectiva desenvolvimentista para analisar o Ceis. Ele discute a importância da intervenção estatal na promoção da industrialização e na geração de inovação como estratégia para superar a dependência econômica e alcançar o desenvolvimento. Além disso, destaca a necessidade de políticas industriais e de inovação para promover o crescimento econômico e a inclusão social, posicionando o Estado como um agente fundamental nesse processo.	Desenvolvimento econômico e política industrial no Brasil e na América Latina

Quadro 2. Relação dos artigos segundo categorias de análise e dimensões de análise

Autores/ Ano	Título	O que diz sobre o projeto de desenvolvimento nacional		Adoção do pensamento desenvolvimentista no debate sobre Ceis	Categorias de análise
		O que diz sobre o projeto de desenvolvimento nacional	O que diz sobre o Ceis		
Gadelha, 2006 ² (cont.)	Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial	Com o surgimento do neo-liberalismo, nas décadas de 1970 e 1980, esse modelo foi criticado. Também aborda a relação entre desenvolvimento e saúde, ressaltando a inovação em saúde como fundamental para o progresso nacional, mas identificando desafios, como a dependência econômica e a necessidade de políticas voltadas à inovação e industrialização no setor. Em síntese, enfatiza-se a relevância de políticas industriais e de inovação para o desenvolvimento, especialmente em setores estratégicos como a saúde.	Ressalta a importância de políticas industriais e de inovação para fortalecer a base produtiva nacional e superar desafios históricos de dependência e desenvolvimento. Os dados apresentados revelam a necessidade de uma análise detalhada do perfil das atividades produtivas no Brasil, especialmente considerando a balança comercial como um indicador-chave para compreender a capacidade e as dependências do País nesse setor.	Portanto, o artigo está alinhado com os princípios do pensamento desenvolvimentista ao propor uma abordagem que enfatiza o papel ativo do Estado na promoção do desenvolvimento industrial e tecnológico no setor saúde.	Desenvolvimento econômico e política industrial no Brasil e na América Latina
Barbosa e Gadelha, 2012 ⁶	O papel dos hospitais na dinâmica de inovação em saúde	Destaca a importância da inovação como uma dimensão crucial para o desenvolvimento das organizações e sociedades na contemporaneidade, especialmente quando se trata da política sanitária. A compreensão dessa dinâmica possibilita abordagens mais amplas e intersetoriais da política de saúde, colocando-a no centro da agenda de desenvolvimento nacional. Ao integrar um enfoque dinâmico da economia na política de saúde, novos modelos de interação entre Estado, políticas públicas e mercado podem ser elaborados, fortalecendo o desenvolvimento do Ceis como um todo. A inovação nos serviços de saúde emerge como um elemento estratégico, destacando-se o protagonismo dos hospitais na geração de inovação e suas relações com outros institutos e universidades. É ressaltada a necessidade de compreender melhor a dinâmica de inovação envolvendo os serviços de saúde, identificando lacunas de conhecimento nessa área e reconhecendo a importância de adensar o conhecimento científico nesse campo de estudo.	Destaca o papel crucial do Ceis como uma importante frente de inovação, ocupando um espaço diferenciado nas políticas públicas devido aos significativos gastos em pesquisa e desenvolvimento (P&D), especialmente na indústria farmacêutica e de equipamentos médicos. Reconhece-se o protagonismo dos produtores de insumos de saúde na geração de inovação, destacando a interação entre indústria, universidades, institutos científicos e Estado. No contexto dos hospitais, é apontado seu protagonismo na geração de inovação em saúde, incluindo inovações organizacionais, de processos e de produtos. Ressalta a importância de compreender a dinâmica de inovação envolvendo os serviços de saúde, especialmente nos hospitais, e propõe modelos analíticos que contemplem diferentes tipos de inovação e a interação entre diversos agentes no processo de inovação. Essas análises visam a aprimorar a compreensão da dinâmica da geração de inovação nos hospitais e subsidiar políticas públicas para o desenvolvimento do setor saúde e do Brasil como um todo.	Adota uma perspectiva desenvolvimentista para debater o Ceis. Ele destaca a importância da inovação e do desenvolvimento tecnológico na área da saúde, argumentando que esses elementos são fundamentais para impulsionar o desenvolvimento econômico e social do País. Além disso, o artigo ressalta a necessidade de uma abordagem mais ampla e intersetorial da política de saúde, colocando-a no centro da agenda de desenvolvimento. Isso reflete a ideia central do pensamento desenvolvimentista, que é a busca da superação do subdesenvolvimento por meio da industrialização, do planejamento e do apoio decisivo do Estado.	Inovação e desenvolvimento no Ceis

Quadro 2. Relação dos artigos segundo categorias de análise e dimensões de análise

Autores/ Ano	Título	O que diz sobre o projeto de desenvolvimento nacional	O que diz sobre o Ceis	Adoção do pensamento desenvolvimentista no debate sobre Ceis	Categorias de análise
Metten et al., 2015 ⁷	A introdução do complexo econômico industrial da saúde na agenda de desenvolvimento: uma análise a partir do modelo de fluxos múltiplos de Kingdon	Refere-se ao posicionamento estratégico do Ceis no contexto do desenvolvimento nacional do Brasil, destacando sua inclusão nas prioridades do Plano Brasil Maior como um marco significativo. Essa decisão não representa uma ruptura, mas, sim, uma continuidade do reconhecimento da importância desse complexo, evidenciada em programas desde os anos 2000. Enfatiza a importância de políticas públicas para impulsionar a produção nacional de insumos estratégicos, enfrentar a defasagem industrial e adequar o marco regulatório. Esse movimento também é impulsionado por uma abordagem renovada da saúde, reconhecendo seu papel no desenvolvimento econômico e social, e pela atuação de empreendedores políticos, destacando a integração do Ministério da Saúde nas instâncias deliberativas do Plano Brasil Maior. O contexto macroeconômico favorável e o comprometimento do governo com políticas desenvolvimentistas também influenciaram essa inclusão.	Discute a integração do Ceis como uma das principais metas do Plano Brasil Maior, destacando que essa decisão não representou uma interrupção nas políticas públicas do País, mas, sim, uma ampliação do reconhecimento da relevância estratégica do Ceis para o desenvolvimento econômico e social do Brasil. A fragilidade da base produtiva da saúde, em particular, a dependência dos mercados estrangeiros, levou à incorporação do Ceis na agenda política. Para lidar com esse desafio, foram sugeridas respostas inovadoras, como investimentos em setores-chave da saúde e uma abordagem mais ampla da saúde como impulsionadora do desenvolvimento. Adicionalmente, a participação de empreendedores políticos e as condições políticas favoráveis em nível macro foram cruciais para essa escolha. Contudo, é crucial assegurar que as políticas criadas para o Ceis sejam implementadas e avaliadas de forma efetiva, além de ser necessário incluir a dimensão territorial no planejamento da política industrial de saúde para combater as disparidades regionais.	Adota o pensamento desenvolvimentista no debate sobre o Ceis. Ele reconhece a saúde como um importante indutor de desenvolvimento, seja pelo seu papel na geração de emprego, renda e fonte de progresso técnico para o Brasil. Utiliza-se da teoria econômica desenvolvida por autores da tradição cepalina desenvolvimentista clássica, a exemplo de Celso Furtado; e ao tratar do 'fluxo político', reconhece nos dois primeiros mandatos do presidente Lula e da presidente Dilma Rousseff um comprometimento do governo com a proposta desenvolvimentista.	Inovação e políticas de saúde no desenvolvimento econômico
Gadella e Braga, 2016 ⁸	Saúde e inovação: dinâmica econômica e Estado de Bem-Estar Social no Brasil	Discute os esforços e avanços obtidos a partir da inserção do Ceis na agenda das políticas nacionais, enquanto aposta de construção de um Estado de Bem-Estar no Brasil, destacando a importância da conjugação dos direitos sociais para constituição de uma estrutura produtiva e tecnológica que considere a saúde como estratégia do desenvolvimento nacional. Coloca o sistema produtivo da saúde no papel de gerador de inovações, sistema este que inclui segmentos de alta complexidade e dinamismo, a exemplo da moderna biotecnologia e das ciências da vida, da química avançada, da nanotecnologia, dos novos materiais, da microeletrônica e da tecnologia da informação, todos eles impactando a dinâmica de desenvolvimento nacional. Aborda, ainda, as políticas públicas criadas ao longo dos anos que contribuíram para a retomada de uma política industrial voltada para o desenvolvimento nacional.	Apresenta o Ceis como sendo um sistema interdependente, que abrange uma rede de conhecimentos para onde convergem as indústrias farmacêuticas, de diagnósticos, de equipamentos e materiais direcionadas aos prestadores de serviços de saúde. Informa que o conceito de Ceis foi formulado no início dos anos 2000 e que seus desdobramentos precisavam ser constantemente problematizados e atualizados para o alcance de uma perspectiva transformadora e que integre as dimensões econômicas e sociais da saúde. Destaca que a concepção do Ceis remete à necessidade de uma abordagem sistêmica da saúde, num esforço analítico que inclua a dinâmica interdependente dos subsistemas produtivos, que, apesar de heterogêneos, são organicamente interligados.	Adota o pensamento desenvolvimentista no debate sobre o Ceis. Ele identifica a imprescindibilidade da atuação do Estado na função de indutor e articulador dos diversos interesses que recaem sobre a geração de novas tecnologias, conferindo uma direção para os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) e de um Estado de Bem-Estar Social. Ele argumenta que, para superar a dependência e o padrão tecnológico desagregado (incompatível com os princípios do SUS e com as demandas da população), faz-se necessário o estabelecimento de políticas nacionais e a construção de uma capacidade estratégica do Estado. Utiliza-se do pensamento econômico desenvolvido por teóricos ligados ao enfoque histórico-estruturalista cepalino, a exemplo de Celso Furtado, no debate sobre modernização/marginalização.	Inovação e políticas de saúde no desenvolvimento econômico

Quadro 2. Relação dos artigos segundo categorias de análise e dimensões de análise

Autores/ Ano	Título	O que diz sobre o projeto de desenvolvimento nacional	O que diz sobre o Ceis	Adoção do pensamento desenvolvimentista no debate sobre Ceis	Categorias de análise
Gadella et al., 2018 ⁹	Transformações e assimetrias tecnológicas globais: estratégia de desenvolvimento e desafios estruturais para o Sistema Único de Saúde	Os autores colocam que os países desenvolvidos (ou os que estão em processo de transformação de sua estrutura produtiva, a exemplo da China) apresentam projetos de hegemonia global e visam a reafirmar o seu poder na definição do padrão tecnológico. Logo, para responder a tal realidade, os autores argumentam sobre a necessidade de uma estratégia de desenvolvimento que articule a saúde como direito universal, a reconstrução da base produtiva nacional no âmbito do Ceis e das atividades de ciência, tecnologia e inovação (CTI) em saúde como parte da estratégia de desenvolvimento nacional com foco na saúde, para a superação dos bloqueios advindos da dependência estrutural que restringem a consolidação do SUS.	Os autores colocam que o Ceis adquiriu destaque nos governos Lula e Dilma, especialmente no período de 2003-2014, uma vez que esses governos retomaram ações voltadas à política industrial e de desenvolvimento produtivo. Utiliza-se no artigo o enfoque da Complexidade Econômica para verificar padrões de desigualdade das bases produtivas nacionais, somada a outras abordagens e indicadores para análise de uma geopolítica da tecnologia e da inovação que, segundo os autores, ameaça estruturalmente a soberania para viabilidade dos sistemas universais na periferia. Os autores argumentam que a produção e a inovação no âmbito do Ceis encontram-se em uma espécie de coluna dorsal de alta densidade tecnológica e de conhecimento, que estabelece o potencial de desenvolvimento dos sistemas produtivos nacionais.	Parte do enfoque histórico-estruturalista cepalino, ancorado no pensamento de teóricos dessa tradição, a exemplo do argentino Raúl Prebisch e dos brasileiros Celso Furtado e Ricardo Bielschowsky. Infere sobre um progressivo crescimento das importações do Ceis nas últimas décadas, independentemente da oscilação da taxa de câmbio real, que, segundo os autores, demonstra que déficit não depende apenas dos preços, mas, também, da dependência tecnológica da saúde, de modo que as políticas de acesso universal se encontram limitadas pela disponibilidade de recursos para a importação de produtos, revelando uma 'dependência' e a vulnerabilidade do SUS frente à lógica da concorrência capitalista em saúde e à hegemonia dos países de capitalismo central sobre o padrão tecnológico global.	Impacto da globalização e reformas do Estado no Ceis
Gadella e Temporão, 2018 ¹⁰	Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde	Ao retomar as ideias-força da perspectiva do Ceis, os autores buscam demarcar a visão incorporada nesse paradigma, num esforço decisivo para consolidação do SUS e de um projeto nacional de desenvolvimento baseado na constituição de sistemas universais e em bases produtivas e de inovação fortes, soberanas e socialmente orientadas. Diante disso, ganham destaque duas perspectivas estratégicas para a ação do Estado: (1) a natureza da abordagem Ceis requer um padrão sistêmico de intervenção do Estado; (2) o marco teórico do Ceis destaca, entre todos os instrumentos de indução e de regulação, o uso do poder de compra do Estado como fator estruturante para superar as condições de dependência e de atraso na produção e na inovação em saúde.	Os autores colocam que o conceito do Ceis foi desenvolvido mediante pesquisas realizadas no início dos anos 2000 e apresentou, ao longo tempo, diferentes denominações em função das ênfases buscadas para sua aplicação teórica e política. No artigo, argumenta-se que a concepção do Ceis se vincula às teorias econômicas de matriz keynesiana, ao mesmo tempo que incorpora o processo de transformação de longo prazo e estrutural das bases produtivas econômica e social que marcam as matrizes marxista, schumpeteriana e estruturalista.	Parte do enfoque histórico-estruturalista cepalino, ancorado no pensamento de teóricos dessa tradição, a exemplo do argentino Raúl Prebisch e do brasileiro Celso Furtado. Argumenta-se, no artigo, que as assimetrias de poder, conformadoras do 'sistema centro-periferia', estão assentadas na direção e na difusão do progresso técnico. Com base ainda no pensamento estruturalista, os autores argumentam que a dinâmica da inovação é assimétrica e gera polaridades entre classes sociais, regiões e países, de modo a caracterizar um processo de modernização com marginalização.	Inovação e políticas de saúde no desenvolvimento econômico
Felix, 2018 ¹¹	Economia da Longevidade, Gerontecnologia e o complexo econômico-industrial da saúde no Brasil: uma leitura novo-desenvolvimentista	Estabelece um paralelo entre Ceis e Economia da Longevidade, visando a discutir as possibilidades de efetivação das estratégias industriais no Brasil, bem como vêm fazendo países de capitalismo central. Para isso, o autor acredita que se faz necessário recorrer a uma macroeconomia menos tradicional e mais normativa.	Argumenta que o conceito de Ceis vem sendo elaborado sob uma base teórica desenvolvimentista clássica, pautada, principalmente, no enfoque cepalino.	Utiliza-se do enfoque teórico novo-desenvolvimentista, de inspiração keynesiana e estruturalista, embora com algumas distinções dessas duas correntes. Ele escolhe a abordagem novo-desenvolvimentista, pois acredita que a escola ortodoxa liberal tem se mostrado ineficiente em obter êxito na empreitada de industrialização dos países de renda média, ainda que tenha hegemonizado o pensamento econômico desde os anos 1990 no Brasil.	Desenvolvimento econômico e política industrial no Brasil e na América Latina

Quadro 2. Relação dos artigos segundo categorias de análise e dimensões de análise

Autores/ Ano	Título	O que diz sobre o projeto de desenvolvimento nacional	O que diz sobre o Ceis	Adoção do pensamento desenvolvimentista no debate sobre Ceis	Categorias de análise
Gadelha et al., 2020 ¹²	Acesso a vacinas no Brasil no contexto da dinâmica global do Complexo Econômico-Industrial da Saúde	Ao investigar as principais tendências econômicas, da estrutura de mercado e da produção e inovação de vacinas contra doenças infecciosas, além de observarem os reflexos dessas dinâmicas no acesso à vacinação no Brasil e na sustentabilidade do SUS, os/as autores(as) dimensionam a importância da pesquisa, desenvolvimento e inovação de vacinas para a superação da dependência estrutural, logo, para a consolidação de um projeto de desenvolvimento nacional.	Apresenta o segmento de vacinas como sendo parte integrante do subsistema de base química e biotecnológica do Ceis. Este subsistema está condicionado por aspectos econômicos e segue o padrão competitivo do sistema capitalista, além de estar inserido numa tendência produtiva de elevada complexidade e dinamismo tecnológico, caracterizando-se como um oligopólio diferenciado baseado na ciência, cuja indústria enfrentou um forte processo de concentração nas últimas décadas.	Utiliza-se do enfoque histórico-estruturalista cepalino em conjugação com a moderna teoria da complexidade para analisar os aspectos do déficit da balança comercial brasileira referente ao setor de vacinas. Segundo os/as autores(as) do artigo, esse enfoque preconiza a balança comercial como principal indicador da especialização produtiva e das assimetrias globais entre países, empresas e regiões. Logo, é possível afirmar que o artigo adota o pensamento desenvolvimentista no debate sobre o Ceis.	Impacto das dinâmicas globais sobre Políticas Nacionais de Saúde
Gadelha, 2022 ¹³	Complexo Econômico-Industrial da Saúde: a base econômica e material do Sistema Único de Saúde	Por meio do diálogo entre o campo da economia política e o campo da saúde coletiva, o artigo procurou articular a dimensão social e econômica, a fim de superar a visão da política social como um campo compensatório ou complementar ao desenvolvimento. O autor acredita que a articulação com o campo da economia política permite enxergar a relevância da base econômica e material da saúde, cuja dinâmica reproduz as características do padrão nacional de reprodução. O artigo situa a saúde no campo dos direitos e do bem-estar social, mas inserida na estrutura social e econômica do modo de reprodução capitalista. Desse modo, o autor considera a saúde como sendo parte intrínseca da estrutura capitalista, reproduzindo as contradições do modelo de desenvolvimento em seu interior; assim sendo, ele insere a saúde no âmbito dos padrões nacionais e globais de desenvolvimento.	O Ceis é abordado de modo multidisciplinar, buscando-se integrar as dimensões social, econômica e política, em diálogo com os determinantes sociais da saúde. O artigo reconhece a saúde como parte intrínseca da estrutura econômica, onde a estrutura capitalista desempenha um papel dito relevante. O diálogo constante com a economia política e a saúde coletiva sustenta a estratégia do Ceis, permitindo uma análise aprofundada das conexões entre desenvolvimento econômico e saúde. A aplicação prática dessa abordagem, exemplificada pelo estudo da disponibilidade de vacinas contra covid-19 e pela análise da balança comercial do Ceis, revela as desigualdades estruturais e os desafios enfrentados na garantia do acesso universal à saúde.	Parte do enfoque histórico-estruturalista cepalino, ancorado no pensamento de teóricos dessa tradição, a exemplo do argentino Raúl Prebisch e do brasileiro Celso Furtado. Argumenta-se sobre o surgimento de toda uma literatura que debatia o desenvolvimento na América Latina, cujas referências teórica e política são os trabalhos elaborados no bojo da Cepal.	Desenvolvimento econômico e saúde coletiva

Quadro 2. Relação dos artigos segundo categorias de análise e dimensões de análise

Autores/ Ano	Título	O que diz sobre o projeto de desenvolvimento nacional	O que diz sobre o Ceis	Adoção do pensamento desenvolvimentista no debate sobre Ceis	Categorias de análise
Rodrigues et al., 2022 ¹⁴	Mudanças recentes e continuidade da dependência tecnológica e econômica na indústria farmacêutica no Brasil	Destaca a evolução do projeto de desenvolvimento econômico por meio da indústria farmacêutica brasileira, dando ênfase às políticas governamentais, como o Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica (Profarma) e as Parcerias de Desenvolvimento Produtivo (PDP). Tais políticas impulsionaram o crescimento de empresas nacionais, direcionando, inicialmente, a produção para medicamentos genéricos e medicamentos isentos de prescrição (MIP), e, posteriormente, capacitando-as para fabricar medicamentos biotecnológicos e sintéticos mais complexos. Entretanto, as mudanças políticas que aconteceram a partir de 2016 interromperam parcialmente esses avanços, incluindo a extinção de projetos de PDPs, gerando prejuízo e instabilidade jurídica. O modelo liberal e periférico adotado desde os anos 1990 fortaleceu setores econômicos ligados à produção primária/exportadora em detrimento da indústria farmacêutica. Apesar do apoio do Estado, a dependência externa do setor persiste, evidenciada pelo déficit comercial crescente e pela importação significativa de insumos e medicamentos. Deste modo, as políticas governamentais, embora tenham promovido o crescimento das empresas nacionais, não conseguiram alterar substancialmente a dependência do Brasil com relação aos países de capitalismo central.	O artigo não aborda diretamente o Ceis, mas a evolução da indústria farmacêutica no Brasil com base em quatro componentes: as políticas industriais do Estado; as mudanças na composição financeira e patrimonial das empresas de capital nacional; a evolução da produção; e o comportamento da balança comercial.	O artigo não adota o pensamento desenvolvimentista clássico no debate sobre o Ceis. Pelo contrário, os autores compreendem que a essência neodesenvolvimentista esteve presente quando da retomada de políticas industriais pelo Estado Brasileiro no início do século XXI. As análises realizadas pelos autores levaram em consideração o pensamento teórico proposto por Luiz Filgueiras e Reinaldo Gonçalves a respeito da implantação de um modelo liberal e periférico na economia brasileira a partir dos anos 1990.	Desenvolvimento econômico e política industrial no Brasil e na América Latina
Gadelha et al., 2023 ¹⁵	O Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) como espaço estratégico para a modernização do SUS e para a geração dos empregos do futuro	Discute o descompasso entre a expansão do acesso universal à saúde e a base produtiva e tecnológica, sublinhando uma condição de dependência tecnológica e produtiva que reflete um modelo de desenvolvimento econômico frágil e voltado para a exportação de produtos primários. Destaca, ainda, a necessidade de uma política de desenvolvimento que não apenas enfrente as limitações de uma economia primário-exportadora, mas que também promova um SUS robusto como parte integral do desenvolvimento econômico e social.	O Ceis é descrito como uma resposta à necessidade de integrar saúde e desenvolvimento econômico, numa visão que vai além da separação entre economia e bem-estar. Esse Complexo é fundamentado nas teorias da economia política e abraça uma perspectiva sistêmica que considera a saúde como direito universal, relacionando-o diretamente com o desenvolvimento econômico e a geração de empregos.	Os autores argumentam que o conceito de Ceis se sustenta na teoria marxista, keynesiana, schumpeteriana e estruturalista. Nesta última, destaca-se a influência e o pensamento de Celso Furtado.	Desenvolvimento econômico e saúde coletiva

Fonte: elaboração própria.

Os artigos científicos analisados nesta revisão possibilitaram reconhecer que o conceito de Ceis vem sendo elaborado sobre uma base teórica nacional-desenvolvimentista e novo-desenvolvimentista, a partir da perspectiva da contribuição teórica de Prebisch¹⁶, Furtado¹⁷⁻²², Tavares²³ e Bielschowsky²⁴, Cardoso & Faletto²⁵, Cardoso de Mello²⁶. O pensamento desses autores está relacionado à discussão do processo de industrialização brasileiro, em que o conceito-chave que organiza o relato e lhe concede unidade é o de ‘desenvolvimentismo’²⁷.

Discussão

Observou-se que, entre os artigos incluídos nesta revisão, vários^{2,5,6,8-10} adotam uma perspectiva que destaca a importância do Estado no desenvolvimento econômico e social, refletindo uma característica central do pensamento nacional-desenvolvimentista. Os temas abordados com maior frequência incluem a intervenção estatal nas políticas industriais como resposta aos desafios enfrentados por países dependentes. Esse enfoque ressalta a relevância do Estado no financiamento da acumulação de capital e na coordenação de investimentos – importantes para enfrentar os desafios impostos pela globalização e pelas dinâmicas do mercado internacional –, especialmente em infraestrutura e indústrias de base^{2,5}. Na discussão sobre o Sistema Nacional de Inovação (SNI), é evidenciado o mérito das políticas estatais no suporte e no incentivo à dinâmica de inovação, o que resulta em maior competitividade nacional^{2,5,6}.

O Estado é visto como um indutor e articulador do desenvolvimento tecnológico, direcionando suas ações para alcançar os objetivos de um sistema universal de saúde e de bem-estar. Os estudos analisados^{9,10} destacam a importância do Estado na promoção da autonomia e soberania nacionais, especialmente em contextos de dependência econômica. Os artigos^{2,12,13,15} enfatizam que

políticas industriais e de desenvolvimento são fundamentais para reduzir a vulnerabilidade econômica e sanitária do País. Além disso, o fortalecimento da capacidade produtiva nacional, especialmente em setores estratégicos como a indústria farmacêutica, é considerado vital para garantir a autonomia do País frente às pressões externas.

A industrialização é consistentemente destacada como um meio essencial para a superação dos obstáculos ao desenvolvimento nos países dependentes. Os artigos^{2,6,11,13} sublinham que a industrialização não apenas promove a produção de bens de maior valor agregado e progresso técnico, mas também melhora a inserção internacional dos países dependentes. Entre 1930 e 1980, políticas desenvolvimentistas focadas na industrialização foram adotadas em vários países da América Latina, demonstrando seu papel fundamental na construção de uma base econômica robusta. Mesmo com os desafios contemporâneos, como a dependência tecnológica e econômica, os esforços para reindustrializar e fortalecer setores estratégicos continuam a ser uma prioridade.

Para examinar a adoção do pensamento desenvolvimentista nos artigos analisados, a discussão divide-se em quatro seções. Inicialmente, apresenta-se breve histórico do pensamento econômico brasileiro utilizado a partir da segunda metade do século XX. Na seção seguinte, discorreremos sobre o pensamento econômico desenvolvido por pesquisadores e professores de economia política do Instituto de Economia da Universidade de Campinas (Unicamp), denominados aqui como a ‘Escola de Campinas’. Na terceira seção, expõe-se uma crítica às funções históricas do Estado burguês. Por fim, na quarta seção, apresentamos algumas considerações sobre a decadência ideológica do pensamento desenvolvimentista. Os pressupostos para a análise estão baseados nas interpretações de Ruy Mauro Marini²⁸ e Rodrigo Castelo²⁹⁻³¹ sobre o assunto.

A originalidade do desenvolvimentismo latino-americano: contribuições da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal) para a teoria do desenvolvimento

Bielschowsky²⁷⁽⁵²⁾ define o ‘desenvolvimentismo’ como sendo “o ‘projeto’ de superação do subdesenvolvimento através da industrialização integral, por meio de planejamento e decidido apoio estatal”. Este conceito é essencial para entender o debate econômico no Brasil, em particular, na busca da recuperação dos nexos de formação da História do Pensamento Econômico Brasileiro (HPEB) produzida nas últimas décadas. Malta e colaboradores³²⁽²⁴⁾ argumentam “que o tema do desenvolvimento é o organizador do pensamento e do debate econômico no país”. Prado³³ sugere que o desenvolvimentismo opera em uma lógica circular, alternando-se entre ideologia, programa político e descrição de processos históricos.

Para compreender essa abordagem, é essencial revisitar a formação da HPEB, especialmente a partir da segunda metade do século XX, quando a Cepal estruturou uma visão original sobre a América Latina, refletida no Informe Econômico da América Latina de 1949. Segundo Marini²⁸, a Cepal surgiu como uma agência difusora da teoria do desenvolvimento, respondendo às inquietações das novas nações pós-coloniais sobre as enormes desigualdades nas relações econômicas internacionais.

O pensamento desenvolvido pela Cepal nesse período é considerado inovador tanto por suas propostas quanto pela repercussão que teve nos campos acadêmico e político na América Latina e no Caribe, sendo indispensável para a compreensão da evolução do pensamento latino-americano moderno²⁸. Entre os principais expoentes e formuladores desse pensamento, estavam o argentino Raúl Prebisch, o brasileiro Celso Furtado, o chileno Aníbal Pinto, além do argentino Aldo Ferrer e do mexicano Víctor Urquidí, a maioria deles

tendo uma participação ativa na política de seus países. Marini observa que esses teóricos tinham formação keynesiana e domínio da economia política clássica, embora suas incursões no campo do marxismo costumassem ser desafortunadas²⁸.

O debate sobre o desenvolvimento emergiu em um contexto de pressão dos países capitalistas centrais, que buscavam convencer as nações latino-americanas da viabilidade do progresso dentro da ordem econômica estabelecida. A teoria do desenvolvimento propunha que o progresso econômico resultava da evolução dos setores produtivos – primário, secundário e terciário – em um *continuum*, no qual o subdesenvolvimento era visto como uma etapa anterior ao desenvolvimento econômico integral (situação pré-industrial). Essa perspectiva sustentava que qualquer nação poderia alcançar o progresso mediante as condições necessárias para tal²⁸.

No entanto, a realidade latino-americana desafiava essa visão. O legado da escravidão no Brasil perpetuou desigualdades estruturais, combinando latifúndio monocultor voltado para a exportação e a exploração da força de trabalho escravizada. Esse legado deixou marcas profundas em nossa formação econômico-social, influenciando não apenas o racismo estrutural, mas, também, a perpetuação das desigualdades de classe e raça, além da violência estatal dirigida às camadas mais vulneráveis da sociedade³⁴.

Outro aspecto central da teoria do desenvolvimento é sua ênfase na ideia de que o desenvolvimento econômico está intrinsecamente ligado à modernização das condições econômicas, sociais, institucionais e ideológicas do país. Essa modernização visa, em última análise, a alinhar essas condições aos padrões dos países capitalistas centrais. Embora o processo de modernização possa gerar tensões e crises, ele tende a se manifestar inicialmente por meio de uma dualidade estrutural, na qual um setor moderno se contrapõe ao setor tradicional da sociedade. A questão da modernização e a noção de dualismo estrutural influenciaram

significativamente a produção sociológica e antropológica desse período²⁸.

No plano metodológico, a teoria do desenvolvimento concebe o subdesenvolvimento e o desenvolvimento como partes de uma mesma realidade capitalista, diferenciadas quantitativamente por indicadores como Produto Interno Bruto (PIB), grau de industrialização, renda per capita, índices de alfabetização e escolaridade, taxas de mortalidade, expectativa de vida etc. Assim, a classificação dos países dentro do sistema mundial se baseava em um esquema evolutivo, no qual as economias eram posicionadas conforme seu grau de avanço no caminho do desenvolvimento²⁸.

A teoria do desenvolvimento proposta pela Cepal tem relação direta com o papel, no plano ideológico, dos Estados Unidos na construção do mundo pós-guerra. Naquele período, são criadas comissões econômicas regionais, cujo objetivo passava por estudar os problemas dessas regiões e propor políticas de desenvolvimento. Essas comissões tinham a missão:

de atuarem como agências de elaboração e difusão da teoria do desenvolvimento no contexto da política de domesticação ideológica que os grandes centros contrapuseram às demandas e pressões do que viria a ser chamado de Terceiro Mundo²⁸⁽¹⁰⁶⁾.

Embora a Cepal tenha abraçado a missão que lhe foi atribuída, ela transcendeu o papel de mera difusora da teoria do desenvolvimento, assumindo um papel ativo na criação de uma ideologia própria. A Cepal buscou captar e explicar as especificidades da América Latina, conectando-se à realidade interna da região e expressando as contradições de classe que a caracterizam, incluindo as contradições interburguesas. Em última análise, a Cepal foi instrumentalizada pela burguesia industrial, tanto em razão das lutas sociais e políticas internas quanto dos conflitos no âmbito da economia mundial. Isso levou a Cepal a introduzir mudanças na teoria do desenvolvimento, conforme formulada nos grandes centros, criando

uma contribuição própria e original. Assim, o desenvolvimentismo latino-americano se tornou um produto autêntico e crítico à teoria do desenvolvimento convencional²⁸, principalmente a apresentada por Rostow³⁵.

As bases teóricas da 'Escola de Campinas' e suas cotribuições para o desenvolvimentismo

Os debates político-ideológicos da Revolução Brasileira emergiram no final da década de 1910, com seu primeiro ciclo encerrando-se nos anos 1930. Nesse período, houve intensificação das lutas de classes, evidenciada por eventos como a greve de 1917, o levante anarquista de 1918, o movimento tenentista, a criação do Partido Comunista do Brasil (PCB) e do Bloco Operário-Camponês (BOC), além do início da Era Vargas e do Estado Novo. Esse contexto foi marcado por agitação dos subalternos e indefinições no bloco de poder dominante, associadas à instabilidade econômica da crise capitalista³¹.

Após a Segunda Guerra Mundial, um novo ciclo da Revolução Brasileira ocorreu entre 1950 e 1970, com eventos como o governo Juscelino Kubitschek, a renúncia de Jânio Quadros, o golpe de 1964, a luta armada e o início da redemocratização. Ambos os ciclos foram decorrentes de crises orgânicas do capitalismo, combinando crises econômicas e de hegemonia com tensões internas no bloco dominante e mobilização dos subalternos. Contudo, cada ciclo terminou em golpes das classes dominantes, revertendo o ascenso das massas por meio de movimentos contrarrevolucionários³¹.

Diante da derrota dos defensores da Revolução Brasileira, emergiu um bloco ideológico que estabeleceu as primeiras bases teóricas da Estratégia Democrático-Popular (EDP). Nesse contexto, o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap) e a economia política da 'Escola de Campinas' sistematizaram e difundiram princípios fundamentais da EDP. A hipótese central da seção é que a

maioria dos artigos analisados sobre o conceito de Ceis apresenta influência da economia política da 'Escola de Campinas'. Isso ocorre tanto pela utilização do referencial teórico de decanos dessa escola, como Maria da Conceição Tavares e João Manuel Cardoso de Mello, quanto pela adoção de pressupostos teóricos semelhantes aos dos desenvolvimentistas dessa mesma escola³¹.

A fundação do Cebrap, em 1969, foi um marco para as Ciências Sociais no Brasil. Professores da Universidade de São Paulo (USP), como Fernando Henrique Cardoso (FHC), José Arthur Giannotti e Paul Singer, criaram uma instituição de pesquisa privada fora dos moldes universitários do conhecimento fragmentado em departamentos especializados, promovendo o diálogo interdisciplinar entre economia, política, sociologia e história. Além de refúgio intelectual para os perseguidos políticos, o Cebrap obteve financiamento de múltiplas fontes, incluindo a Fundação Ford, interessada em modernizar as Ciências Sociais e conter o apelo revolucionário e promover perspectivas teóricas alternativas ao marxismo³¹.

A conexão entre o Cebrap e a Escola de Sociologia da USP é evidente na formação intelectual e profissional de muitos de seus integrantes. Florestan Fernandes, embora não tenha participado diretamente do Cebrap, foi uma figura central na formação de seus membros. A Escola de Sociologia da USP, com sua ênfase em estudos teórico-metodológicos das principais correntes do pensamento social e em pesquisas sobre a formação histórico-social do Brasil, forneceu as bases intelectuais que influenciaram profundamente o Cebrap. O marxismo, combinado com outras escolas de teoria sociológica, foi um dos pilares dessa tradição acadêmica³¹.

Uma vez consolidada a equipe que estaria conduzindo o Cebrap, a direção do Centro passou a promover reuniões de debate com pesquisadores(as) de outras instituições. Esses encontros, também conhecidos pelo nome de 'mesão', eram mesas nas quais os debatedores

sentavam-se à volta para ardorosas discussões. Tavares, uma das principais figuras da 'Escola de Campinas', também esteve presente nos seminários do mesão, onde foi alvo das mais diversas críticas³¹.

A ligação entre a 'Escola de Campinas' e o Cebrap tem origem nos anos 1960, quando Cardoso de Mello e Luiz Gonzaga Belluzzo, ambos decanos da escola campineira de economia política, frequentaram o curso de Ciências Sociais na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP, sendo alunos de Fernandes, FHC e Giannotti, ainda que não tenham concluído aquele bacharelado, tendo se formado em direito. A influência desses intelectuais foi decisiva na concepção da 'Escola de Campinas', consolidada com a criação do Departamento de Economia e Planejamento Econômico e Social (Depes) na Unicamp, em 1967. O Depes recebeu apoio da Cepal e do Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (Ilpes), onde FHC esteve exilado e escreveu, junto com Enzo Faletto, o seu influente livro 'Dependência e Desenvolvimento na América Latina'³¹.

O Depes foi criado para analisar o capitalismo latino-americano e propor reformas centradas no Estado, visando a construir um país com soberania nacional, democracia e justiça social. Para construir sua base teórica, Cardoso de Mello, Belluzzo, Wilson Cano e seus colegas combinaram influências de John Maynard Keynes, Michael Kalecki, Karl Marx, Joseph Schumpeter e o pensamento da Cepal. Nesse ecletismo, a Teoria Marxista da Dependência (TMD) foi deliberadamente excluída; em vez disso, elementos da vertente fundada por FHC e Faletto foram incorporados ao debate sobre a dependência³¹.

De acordo com Castelo, as críticas da 'Escola de Campinas' não eram ingênuas ou despropositadas. O grupo defendia um reformismo desenvolvimentista para mitigar os efeitos da dependência, criticados pela economia política de Campinas. No plano teórico, abandonava-se a perspectiva marxiana da exploração em detrimento de uma teoria da valorização do

capital, e a teoria marxista do Estado e da revolução para abraçar a crença em mudanças graduais dentro da ordem capitalista dependente, visando a um capitalismo autônomo e um desenvolvimento com justiça social³¹.

A 'Escola de Campinas' buscava estabelecer barreiras humanistas contra o capitalismo periférico, apostando em um Estado racional que promovesse desenvolvimento econômico com soberania nacional e justiça social. O combate prioritário seria contra as desigualdades sociais e o autoritarismo presentes em nossa sociedade. Com a democratização do País, o objetivo final era a implementação de um Estado de bem-estar social, semelhante ao modelo europeu. Dessa forma, as particularidades históricas do subdesenvolvimento latino-americano e suas formas de produção de riqueza eram deixadas de lado, em favor de um projeto político estatista com um viés eurocêntrico. Nesse projeto, as estruturas produtivas não seriam alvo de mudanças radicais, e a etapa final das transformações sociais seria a criação de um *Welfare State*³¹.

Nos anos 1970, a 'Escola de Campinas' e o Cebap convergiram em um processo revisionista da Cepal. O fracasso da industrialização como meio de romper com a dependência e o subdesenvolvimento, as vitórias da Revolução Cubana contra as agressões imperialistas, a implantação de ditaduras empresarial-militares em diversos países da América Latina, a crise do capitalismo no centro imperialista e a perda relativa da hegemonia mundial dos Estados Unidos diante das novas potências econômicas (Alemanha e Japão) formaram o contexto histórico para a revisão das teses cepalinas³¹.

As principais obras da 'Escola de Campinas' dos anos 1970 refletiam uma esperança na crescente autonomia do capitalismo brasileiro com relação às restrições externas da dependência. No entanto, isso não significava uma adesão total ao Estado ou ao *status quo*. Em vez de ser uma representação teórica da burguesia industrial latino-americana, suas ideias refletiam um sonho utópico pequeno-burguês, com uma autonomia relativa aos

processos econômicos e políticos das ditaduras latino-americanas, ainda que condicionadas pela visão social burguesa³¹.

A tese de doutorado 'O capitalismo tardio', de Cardoso de Mello, exemplifica essa tendência de revisão ao incorporar e criticar a teoria da dependência de FHC e Faletto. Cardoso de Mello argumenta que um novo padrão de acumulação surgiu no Brasil entre meados dos anos 1950 e início dos 1960, com a industrialização pesada sustentada principalmente pelos investimentos do Estado e de capitais multinacionais, sempre com a presença subordinada do capital nacional³¹.

Mesmo com críticas contundentes ao modelo de desenvolvimento ditatorial, a 'Escola de Campinas' teorizou a autodeterminação das forças produtivas no Brasil. Isso gerou ilusões sobre nossa capacidade de manobra dentro do contexto de dependência e desviou o foco das relações sociais de produção, que eram fundamentadas na superexploração, concentrando-se apenas em suas manifestações mais evidentes³¹.

Para superar os desafios ao desenvolvimento nacional e social no Brasil, os autores da 'Escola de Campinas' defendiam uma política de reformas centrada no Estado, com o objetivo de construir um país marcado pela soberania nacional, democracia e justiça social³¹. Esses princípios se relacionam fortemente com alguns dos artigos revisados, que concordam que a soberania nacional é essencial para a viabilidade e a sustentabilidade dos sistemas universais de saúde. De acordo com esses estudos, a capacidade de um Estado de implementar políticas universais de saúde está diretamente ligada à sua soberania, a qual depende de uma base produtiva e tecnológica robusta. A perda de soberania, em função da dependência tecnológica e econômica de outros países, compromete a implementação de políticas de saúde abrangentes e sustentáveis^{7-10,13,15}.

Outro pressuposto da 'Escola de Campinas' envolve o enfrentamento das desigualdades sociais e do autoritarismo presentes na sociedade brasileira, o que deve ser realizado

pela implementação de um Estado de bem-estar social nos moldes do europeu³¹. Esse princípio também se alinha com os artigos revisados, que argumentam que a construção de um Estado de bem-estar social no Brasil é tanto viável quanto necessária, desde que haja uma integração sólida entre os direitos sociais e a estrutura produtiva e tecnológica, sendo a saúde uma área estratégica para o desenvolvimento nacional. Nesse contexto, a saúde é considerada não apenas um direito social, mas um elemento central na dinâmica produtiva e econômica do País^{5,7-11,13,15}.

Uma análise crítica do novo-desenvolvimentismo

Os resultados desta revisão integrativa confirmam que a maioria dos artigos analisados é tributária do nacional-desenvolvimentismo³⁰, corrente de pensamento formulada na Cepal entre as décadas de 1940 a 1970, que explicava as condições estruturais do subdesenvolvimento da América Latina. Além disso, é possível considerar que os artigos se vinculam à corrente social-desenvolvimentista²⁹, inserida no pensamento novo-desenvolvimentista³⁶.

Castelo aponta que todos os autores e autoras do nacional-desenvolvimentismo compartilham algumas características comuns:

(1) a defesa da autonomia e da soberania nacionais; (2) a industrialização como meio necessário para a superação dos entraves ao desenvolvimento nos países dependentes; (3) o Estado entendido como um agente estratégico promotor de políticas de planejamento e bem-estar social; e, (4) a participação ativa de uma intelligentsia culta e bem formada na gerência de postos-chave do Estado³⁰⁽¹⁷¹⁾.

Até cerca de 1960, o nacional-desenvolvimentismo gozou de grande prestígio intelectual e político na América Latina, sendo considerado o pensamento progressista dominante da época. Essa corrente de pensamento estava alinhada, em grande parte, com os

projetos políticos das burguesias industriais e dos setores populares da região. O modelo de desenvolvimento defendido pelos desenvolvimentistas, focado, principalmente, na industrialização, visava a promover a autonomia nacional e modernizar os setores econômicos e sociais mais desfavorecidos da população³⁰.

Contudo, os resultados esperados não foram plenamente alcançados. A autonomia nacional permaneceu limitada, e a modernização dos setores mais vulneráveis da sociedade não ocorreu como previsto. Nos anos 1980, a hegemonia do nacional-desenvolvimentismo foi substituída pelo neoliberalismo, que impôs a liberalização e desregulamentação dos mercados, a estabilidade dos preços e a privatização dos bens públicos. Esse modelo, porém, mostrou sinais de esgotamento econômico no final dos anos 1990, com a persistência dos desequilíbrios macroeconômicos, a redução dos direitos sociais e o aumento do desemprego estrutural e da pobreza relativa³⁰.

A crise argentina de 2001 exemplificou o fracasso do neoliberalismo. As reações populares não tardaram, e a América do Sul passou a vivenciar um novo contexto histórico, movendo-se na direção oposta ao restante do mundo. Diversos países sul-americanos fizeram uma guinada ao centro-esquerda, removendo antigos dirigentes neoliberais do poder e elegendo novos governantes com amplo apoio popular. Esse momento histórico abriu possibilidades para movimentos políticos e ideológicos que contestavam o neoliberalismo³⁰.

Nesse contexto, surge o novo-desenvolvimentismo no Brasil, impulsionado pela promessa de um governo progressista sob a liderança de Luís Inácio Lula da Silva, que buscava uma estratégia de desenvolvimento alternativa aos modelos vigentes na América do Sul. Seus teóricos se opunham tanto ao 'populismo burocrático', representado por setores arcaicos da esquerda e partidários do socialismo, quanto à ortodoxia convencional, defendida por elites rentistas e adeptos do neoliberalismo³⁰.

Dado esse contexto histórico, é fundamental dizer como os artigos incluídos na revisão desenvolvida se alinham a essas correntes de pensamento, especialmente no ramo da saúde coletiva que estuda o Ceis. Compreender essa vinculação permite avaliar a continuidade ou transformação das ideias desenvolvimentistas e seu impacto nas políticas econômicas e sociais recentes, com destaque para o Ceis. Além disso, essa análise pode revelar como o pensamento desenvolvimentista foi adaptado ou reinterpretado para enfrentar os desafios atuais, oferecendo uma chave de interpretação sobre o pensamento econômico em saúde no Brasil, na contemporaneidade. Investigar essa relação é essencial para identificar os limites da abordagem desenvolvimentista no Ceis.

O novo-desenvolvimentismo propõe um projeto nacional de crescimento econômico, aliado a uma melhoria distributiva, defendendo a intervenção estatal na economia e na questão social, especialmente para reduzir a incerteza inerente às economias capitalistas, especialmente a vulnerabilidade externa das nações subdesenvolvidas. Para enfrentá-la, advoga o controle dos fluxos externos de capital dentro dos limites do Fundo Monetário Internacional (FMI), combinado com políticas econômicas, como a fixação da taxa de câmbio, a redução das taxas de juros, o acúmulo de reservas internacionais, a ampliação do crédito bancário e uma política fiscal expansionista³⁰.

Essa corrente defende um modelo econômico keynesiano-desenvolvimentista, incluindo um sistema avançado de inovação tecnológica, mecanismos endógenos e privados de financiamento do investimento produtivo, e a segurança jurídica dos contratos e da propriedade privada. A intervenção do Estado na economia não é vista como uma intromissão indevida do setor público na iniciativa privada, pois defende-se que, para a construção de uma economia de mercado forte, é necessário um Estado intervencionista e, por isso, considerado forte. Esse Estado forte não se caracteriza pela produção direta de bens e serviços por empresas estatais, mas pela atuação como

instância reguladora das atividades econômicas. O Estado seria, então, um promotor de condições favoráveis para que o capital invista seus recursos financeiros e gere emprego e renda para a população em geral³⁰.

O novo-desenvolvimentismo sustenta que o Estado burguês é um complemento ao mercado e um promotor do bem-estar universal, sendo visto como um ente político-administrativo universal, superior aos interesses específicos das diferentes classes sociais. Dessa maneira, há um retorno explícito ao antigo nacional-desenvolvimentismo, que defendia a conciliação entre capital e trabalho em nome do ‘interesse nacional’, elevando-o a abstrata e voluntariamente acima dos conflitos de classes³⁰.

Essa corrente de pensamento defende que o principal meio para reduzir as desigualdades sociais refere-se às políticas econômicas de orientação keynesiana, como o controle de capital, a expansão do gasto público, o câmbio fixo e a redução das taxas de juros, além da promoção da equidade social, entendida no estilo liberal como igualdade de oportunidades. Para esses teóricos, o crescimento econômico é o principal mecanismo para diminuir as desigualdades sociais³⁰.

A partir da crítica radical de Marx, é possível reconhecer uma dupla natureza do Estado burguês originário. Por um lado, ele possui um caráter progressista, abolindo a servidão feudal e promovendo a liberdade formal dos indivíduos frente ao obscurantismo e à opressão feudal. Por outro lado, ele legitima desigualdades e exploração presentes nas relações sociais capitalistas, podendo ser entendido como o momento político (forma-Estado) da forma social capitalista. As leis burguesas igualam os indivíduos na figura do cidadão, mas mascaram as verdadeiras fontes das desigualdades sociais: expropriações massivas de meios de produção e subsistência, a propriedade privada moderna, a relação de assalariamento e a consequente exploração, alienação e subsunção da força de trabalho³⁰.

No modo de produção capitalista, o Estado tem sua essência definida pela defesa irrestrita

dos direitos naturais dos indivíduos, especialmente o direito à propriedade privada. De forma mais ampla, é importante entender o Estado como forma-Estado, na medida em que o movimento do capital exige um capital que contradiz a sua essência, ou seja, um capital cujo empreendimento não é a obtenção de lucro, mas contribui para ela, tornando-se, assim, um ‘capital negativo’. Em palavras sintéticas, a finalidade do Estado não é o lucro, mas garantir a reprodução do capital³⁷. Assim, desde a sua origem, o Estado complementa o mercado, garantindo pressupostos legais para a acumulação de capital derivada da exploração das classes subalternas³⁰.

Dessa forma, a proposta dos novo-desenvolvimentistas não visa realmente a criar uma complementaridade entre Estado e mercado, pois essa já existe desde a gênese do Estado capitalista. Em vez disso, propõe uma atuação concreta do Estado, visando aos interesses da burguesia industrial dominante no capitalismo dependente brasileiro do século XXI. O Estado nacional, ao favorecer os rentistas que dominam posições-chave na administração estatal (ministérios da Fazenda e do Planejamento, Presidência e diretorias do Banco Central, Secretaria do Tesouro Nacional etc.), extrai uma parcela significativa da renda nacional e a direciona, em grande parte, para rentistas nacionais e internacionais como pagamento de juros da dívida pública³⁰.

Os novo-desenvolvimentistas não discutem a natureza do poder do Estado capitalista, nem sua estrutura de classes, mas, sim, sua forma de atuação em favor dos rentistas. Segundo eles, assim como os nacional-desenvolvimentistas defendiam, o Estado deve operar em comunhão com a burguesia industrial e os trabalhadores, pois ambos supostamente ganhariam com a acumulação capitalista em uma base produtiva. Dessa forma, o Estado agiria como um agente de mudança social em nome dos interesses da vontade coletiva, e não em favor de um grupo ou classe social particular, como é tradicional no Estado brasileiro³⁰.

A decadência ideológica do pensamento desenvolvimentista

Ao longo da história, o conceito de desenvolvimento adquiriu múltiplos significados. Muitas vezes, alvo de disputas que levaram ao ecletismo teórico-metodológico e a uma ideologia carente de rigor científico, o conceito tem sido moldado pelas consciências de classe dos autores e pelas conjunturas políticas. Na sua origem, o conceito surgiu entre setores conservadores da academia e da política dos Estados Unidos, apoiando propostas imperialistas para o crescimento econômico da periferia, com o objetivo de conter a expansão do comunismo durante a Guerra Fria. Teóricos como W.W. Rostow e programas como a Aliança para o Progresso, patrocinada pelo governo Kennedy, exemplificam essa fase inicial, em que o subdesenvolvimento era visto como uma etapa primitiva do desenvolvimento que seria superada seguindo prescrições de organismos multilaterais³⁰.

Posteriormente, o conceito passou por uma importante inflexão. Novas abordagens ideológicas emergiram dentro do pensamento social latino-americano, com os trabalhos seminais de Prebisch e Furtado, e os estudos tardios de Pinto e Sunkel da Cepal, que criticaram os modelos evolucionistas e eurocêntricos. As teorias convencionais de desenvolvimento e modernização foram contestadas por críticos latino-americanos que destacaram a inadequação dessas teorias para retratar as determinações estruturais do subdesenvolvimento. Nos anos 1970, a crítica a esses modelos ganhou força, impulsionada por demandas das classes subalternas e por governos populares na América do Sul, que, influenciados pelo sucesso da Revolução Cubana, contestavam a industrialização capitalista como solução para o subdesenvolvimento³⁰.

Essa realidade fez ruir a teoria desenvolvimentista e sua utopia política, com países como o Chile propondo abertamente o socialismo democrático. Diante das novas configurações do mercado mundial e da internacionalização da

produção via empresas multinacionais, a Cepal revisou muitas de suas formulações originais, antes centradas na industrialização estatal e na substituição de importações como caminhos para superar o subdesenvolvimento³⁰. Por sua vez, a TMD levantou questões cruciais sobre a possibilidade de desenvolvimento dos países periféricos dentro da dominação imperialista e sobre a capacidade do capitalismo de reverter a pobreza.

Na década de 1960, o clamor por um enfoque mais amplo do desenvolvimento resultou em documentos como a Declaração sobre o Progresso e o Desenvolvimento Social e a Estratégia Internacional de Desenvolvimento. Esses documentos refletiam a pressão política contra os estilos tecnocráticos de desenvolvimento, advogando transformações radicais no sistema social para incorporar demandas sociais ao progresso econômico³⁰.

As primeiras formulações do desenvolvimento ignoraram aspectos relevantes das relações sociais, como as lutas de classes e a natureza classista do Estado. A ameaça da revolução socialista e as lutas dos trabalhadores ampliaram os limites do pensamento econômico heterodoxo na América Latina, levando a críticas mais profundas aos modelos de desenvolvimento convencionais. Contudo, os esforços teóricos e políticos para incorporar justiça social e ampliar a participação política das camadas populares não se concretizaram plenamente³⁰.

Quando o debate sobre desenvolvimento e subdesenvolvimento alcança o século XXI, experimenta um grande retrocesso. A nova etapa do estruturalismo latino-americano vê as questões substantivas dos anos 1970 suprimidas pelas formulações dos novo-desenvolvimentistas. Esses intelectuais focam em mudanças tópicas nas políticas econômicas e sociais, evitando um debate profundo sobre a natureza e as funções do Estado moderno e a fusão dos interesses das classes dominantes em torno do capital financeiro³⁰.

O novo-desenvolvimentismo, ao negligenciar questões como o imperialismo, as

configurações contemporâneas do trabalho e o papel das empresas transnacionais, contribui para a perpetuação da dependência na América Latina. Esse modelo, longe de representar uma alternativa emancipatória, restringe-se a um reformismo que obscurece as possibilidades revolucionárias de romper com os fortes elos do subdesenvolvimento na região, como evidenciado pelas lutas na Venezuela, Bolívia e Equador pela construção do socialismo do século XXI³⁰.

No âmbito da saúde, o Ceis tem sido defendido como um modelo para fortalecer a autonomia produtiva nacional e reduzir a dependência externa. No entanto, diversos autores vêm questionando a efetividade do Ceis como estratégia para garantir autonomia tecnológica e fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS). Como destacam Rodrigues et al.³⁸, a dependência estrutural do Brasil não se restringe à tecnologia e ao comércio, mas se insere em uma divisão internacional do trabalho que perpetua a subordinação produtiva dos países periféricos. Andreazzi³⁹ reforça essa crítica ao apontar que o Ceis incorpora um modelo neodesenvolvimentista que fetichiza o papel da iniciativa privada e, longe de romper com a lógica imperialista, acaba reproduzindo-a sob novas formas.

Embora o Ceis seja apresentado como um modelo para fortalecer a autonomia produtiva do Brasil no setor da saúde, ele não tem sido capaz de romper com a lógica da dependência estrutural. Como observa Rodrigues et al.³⁸⁽¹⁰⁾:

A dependência envolve, portanto, uma situação de exploração das nações dependentes, o que vai muito além da mera 'dependência comercial e tecnológica'. Ela inclui uma divisão internacional do trabalho que impõe aos países dependentes a especialização produtiva em matérias-primas e produtos industrializados menos complexos voltados fundamentalmente para a exportação para os países centrais. Decorrem dessa situação fluxos financeiros internacionais fundamentalmente perversos para os países dependentes, que são as

diferentes formas de 'transferência de valor como intercâmbio desigual', não consideradas na concepção do CEIS.

Essa dependência, por exemplo, manifesta-se na necessidade contínua de importação de insumos, tecnologias e medicamentos essenciais para o SUS. O desabastecimento de medicamentos no SUS é um reflexo dessa fragilidade estrutural. Andreazzi³⁹⁽³⁾ questiona:

O que dizer do desabastecimento que periodicamente afeta a oferta de medicamentos no SUS? A pandemia de covid-19 deu exemplos variados da questão do desabastecimento, chegando à truculência de países imperialistas ao sequestrar materiais médicos que transitaram em seu território.

Uma das principais políticas adotadas no âmbito do Ceis para fortalecer a produção nacional tem sido as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs). No entanto, essas parcerias também têm sido alvo de críticas, pois não garantem necessariamente uma autonomia produtiva real. Como apontam Rodrigues et al.³⁸⁽²¹⁾:

Os contratos das PDPs asseguram ao laboratório estrangeiro detentor da tecnologia o monopólio do fornecimento para o SUS por vários anos dos medicamentos objeto da parceria, com base em preços que nem sempre reduzem o gasto de sua aquisição pelo governo brasileiro.

Além das limitações na estrutura produtiva, o modelo neodesenvolvimentista do Ceis também apresenta contradições com relação ao papel do Estado na formulação de políticas públicas. Mendes e Carnut⁴⁰⁽⁴⁾ alertam que:

o investimento no CEIS por meio do nosso Estado capitalista não pode ser compreendido como uma política distanciada da lógica do capital global, pelo contrário, ela é refém, pois incorpora esta lógica e a usa para fomentar a mesma relação de dependência que visa

desfazer. Mesmo havendo mérito na lógica do emprego 'das armas do inimigo', ou seja, entrar na lógica capitalista para depois destruí-la, o problema é que em uma visão parcializada cuja ação se restrinja a constituição do CEIS, a fase da destruição não virá, pois ela depende de um avanço por fora do Estado que sustente e endosse essa destruição.

A contribuição desta revisão integrativa para a literatura científica reside na identificação e síntese das influências teóricas desenvolvimentistas que moldam o conceito de Ceis. A revisão revelou que os artigos analisados buscam dar continuidade às teorias desenvolvimentistas no contexto contemporâneo, especialmente no que se refere à industrialização, à autonomia nacional e ao papel estratégico do Estado. No entanto, a análise crítica demonstrou que os limites da abordagem desenvolvimentista ainda são evidentes, uma vez que o Ceis não supera as amarras estruturais do capitalismo dependente.

Dessa forma, esta revisão integrativa não apenas ofereceu uma chave de interpretação sobre o pensamento econômico adotado pelo Ceis, mas também identificou alguns limites enquanto projeto de desenvolvimento econômico no Brasil. Diante disso, fica a pergunta: saúde tratada no âmbito do modo de produção capitalista é, de fato, desenvolvimento no sentido da emancipação humana?

Considerações finais

O estudo confirmou a hipótese central de que a maioria dos artigos analisados é tributária do pensamento desenvolvimentista que emergiu nas décadas de 1940 a 1970 e se consolidou na Cepal. A análise dos 12 estudos selecionados, publicados entre 2003 e 2023, revelou que a defesa da autonomia e da soberania nacionais e a industrialização como meio necessário para a superação dos entraves ao desenvolvimento nos países dependentes são temas recorrentes e centrais.

Contudo, ao abordar o pensamento novo-desenvolvimentista, emerge uma crítica significativa quanto à sua relevância teórica. Os artigos destacaram a importância do Estado na promoção do desenvolvimento econômico e social, enfatizando seu papel indispensável na coordenação de investimentos e no financiamento da acumulação de capital, especialmente em setores estratégicos como infraestrutura e indústrias de base. Essa perspectiva está alinhada com a tradição desenvolvimentista, que vê a industrialização como um pilar essencial para a redução da dependência econômica e para a inserção mais competitiva dos países no cenário internacional.

Embora o novo-desenvolvimentismo proponha políticas de reindustrialização e fortalecimento da capacidade produtiva nacional, essas iniciativas são frequentemente insuficientes para enfrentar os desafios contemporâneos. A dependência tecnológica e econômica persiste, e os esforços para fortalecer setores estratégicos muitas vezes esbarram em limitações estruturais. Essa crítica é central para entender a decadência da contribuição teórica do novo-desenvolvimentismo, que, apesar de suas intenções, muitas vezes, não consegue se desvencilhar das amarras do neoliberalismo e das pressões do mercado internacional.

A decadência da abordagem teórica do pensamento econômico brasileiro não se iniciou com o novo-desenvolvimentismo ou a era neoliberal, mas remonta à autocracia burguesa dos anos 1960, quando questões macroestruturais começaram a ser ignoradas. O novo-desenvolvimentismo, ao focar em mudanças tópicas e negligenciar debates profundos sobre a natureza do Estado e as configurações contemporâneas do trabalho, perpetua essa decadência. Esse movimento desconsiderou críticas marxistas fundamentais e esvaziou

teorias clássicas do nacional-desenvolvimentismo, contribuindo para a manutenção de uma visão econômica superficial e comprometida com o *status quo*.

A crítica ao neodesenvolvimentismo aplicado ao Ceis revela desafios estruturais para a gestão do SUS e a inovação tecnológica na saúde pública. Embora o modelo proponha maior integração entre saúde e desenvolvimento industrial, sua implementação tem sido limitada pela dependência tecnológica e pela financeirização do setor.

Para que o Ceis contribua efetivamente para o fortalecimento do SUS, é necessário um modelo que priorize a produção pública de medicamentos, amplie o investimento em pesquisa e desenvolvimento nacionais e reduza a influência do capital privado na formulação de políticas públicas. Portanto, a formulação de políticas públicas para inovação em saúde deve ser repensada a partir de uma perspectiva que privilegie a autonomia produtiva e tecnológica, garantindo que o SUS seja capaz de atender às demandas da população brasileira sem depender de interesses externos.

Colaboradores

Barreto AAM (0000-0002-5917-9135)* contribuiu para concepção do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, e redação do manuscrito. Mendes SJ (0000-0003-3107-8233)* contribuiu para concepção e delineamento do estudo, redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, e aprovação final da versão final do manuscrito. Mendes ÂN (0000-0002-5632-4333)* contribuiu para revisão crítica, redação e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Gadelha CAG. Complexo Econômico-Industrial da Saúde: a base econômica e material do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2022;38:e00263321. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00263321>
- Gadelha CAG. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Rev Saude Publica*. 2006;40(esp):11-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000400003>
- Gadelha CAG. Saúde é desenvolvimento: o complexo econômico-industrial da saúde como opção estratégica nacional. Rio de Janeiro: Fiocruz – CEE; 2022.
- Descritores de Ciências da Saúde (DeCS). Nota de escopo [Internet]. Organização Pan-Americana da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); [local desconhecido]; 2021 [acesso em 2025 fev 26]. Disponível em: https://decs.bv-salud.org/ths/resource/?id=59587&filter=ths_termall&q=Complexo%20Econ%C3%B4mico-Industrial%20da%20Sa%C3%BAde
- Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2003;8(2):521-535. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200015>
- Barbosa PR, Gadelha CAG. O papel dos hospitais na dinâmica de inovação em saúde. *Rev Saude Publica*. 2012;46:68-75. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000064>
- Metten A, Costa LS, Gadelha CAG, et al. A introdução do complexo econômico industrial da saúde na agenda de desenvolvimento: uma análise a partir do modelo de fluxos múltiplos de Kingdon. *Rev Adm Publica*. 2015;49:915-936. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7612123873>
- Gadelha CAG, Braga PSC. Saúde e inovação: dinâmica econômica e Estado de Bem-Estar Social no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016;32:e00150115. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150115>
- Gadelha CAG, Nascimento MAC, Braga PSC, et al. Transformações e assimetrias tecnológicas globais: estratégia de desenvolvimento e desafios estruturais para o Sistema Único de Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23:2119-2132. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-8123201823709452018>
- Gadelha CAG, Temporão JG. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23:1891-1902. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06482018>
- Felix JS. Economia da Longevidade, Gerontecnologia e o complexo econômico-industrial da saúde no Brasil: uma leitura novo-desenvolvimentista. *Rev Kairós-Gerontol*. 2018;21(1):107-130. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i1p107-130>
- Gadelha CAG, Costa Braga PS, Montenegro KBM, et al. Acesso a vacinas no Brasil no contexto da dinâmica global do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2020;36:e00154519. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00154519>
- Gadelha CAG. Complexo Econômico-Industrial da Saúde: a base econômica e material do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2022;38:e00263321. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00263321>
- Rodrigues PHA, Silva RDFC, Kiss C. Mudanças recentes e continuidade da dependência tecnológica e econômica na indústria farmacêutica no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2022;38:e00104020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104020>
- Gadelha CAG, Gimenez DM, Cajueiro JPM, et al. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) como espaço estratégico para a modernização do SUS e para a geração dos empregos do futuro. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28:2833-2843. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10672023>

16. Prebisch R. O desenvolvimento econômico da América Latina e seus principais problemas. *Rev Bras Econ.* 1949;3:47-111.
17. Furtado C. Desenvolvimento e subdesenvolvimento. Rio de Janeiro: Editora Fundo de Cultura; 1961.
18. Furtado C. Dialética do desenvolvimento. Rio de Janeiro: Editora Fundo de Cultura; 1964.
19. Furtado C. O capitalismo global. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1998.
20. Furtado C. Brasil: a construção interrompida. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1992.
21. Furtado C. Teoria e política do desenvolvimento econômico. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural; 1986.
22. Furtado C. O subdesenvolvimento revisitado. *Econ Soc.* 1992;1:5-19.
23. Tavares MC. Auge e declínio do processo de substituição de importações como modelo de desenvolvimento na América Latina. In: Tavares MC, editor. Da substituição de importações ao capitalismo financeiro. Rio de Janeiro: Zahar; 1979. p. 27-124.
24. Bielschowsky R. Cinquenta anos de pensamento na CEPAL. Rio de Janeiro: Editora Record; 2000.
25. Cardoso FH, Faletto E. Dependência e desenvolvimento na América Latina: um ensaio de interpretação sociológica. 5. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.
26. Mello JMC. O capitalismo tardio: contribuição à revisão crítica da formação e do desenvolvimento da economia brasileira. São Paulo: Editora Brasiliense; 1982.
27. Bielschowsky R. Pensamento econômico brasileiro: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo. 5. ed. Rio de Janeiro: Contraponto; 2000.
28. Marini RM. A crise do desenvolvimentismo. In: Castelo R, editor. Encruzilhadas da América Latina no século XXI. Rio de Janeiro: Pão e Rosas; 2010. p. 103-118.
29. Castelo R. O novo-desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro. In: Castelo R, editor. Tragédia, farsa e crise: ensaios sobre ideologia, desenvolvimento e capitalismo dependente no Brasil. Marília: Lutas Anticapital; 2022. p. 195-222.
30. Castelo R. O novo-desenvolvimentismo e a decadência ideológica do estruturalismo latino-americano. In: Castelo R, editor. Tragédia, farsa e crise: ensaios sobre ideologia, desenvolvimento e capitalismo dependente no Brasil. Marília: Lutas Anticapital; 2022. p. 169-194.
31. Castelo R. O mesão, a escola e o partido: em busca das origens da estratégia democrático-popular. In: Castelo R, editor. Tragédia, farsa e crise: ensaios sobre ideologia, desenvolvimento e capitalismo dependente no Brasil. Marília: Lutas Anticapital; 2022. p. 139-168.
32. Malta MM, Castelo R, Rocha MA, et al. A história do pensamento econômico brasileiro entre 1964 e 1989: um método para discussão. In: Malta MM, editor. Ecos do desenvolvimento: uma história do pensamento econômico brasileiro. Rio de Janeiro: Ipea, Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento; 2011. p. 23-52.
33. Prado FC. A ideologia do desenvolvimento e a controvérsia da dependência no Brasil contemporâneo. Marília: Lutas Anticapital; 2020.
34. Castelo R, Ribeiro V, Rocamora G. Capitalismo dependente e as origens da “questão social” no Rio de Janeiro. *Serv Soc Soc.* 2020;(137):15-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.199>
35. Rostow WW. Etapas do desenvolvimento econômico. Rio de Janeiro: Zahar; 1964.
36. Bresser-Pereira LC. Novo Desenvolvimentismo: introduzindo uma nova teoria econômica e economia política. São Paulo: Editora Contracorrente; 2024.
37. Mendes Á. El Estado y la policrisis del capital: la violencia en crecimiento. *Trimest Econ.* 2024;91:265-293. DOI: <https://doi.org/10.20430/ete.v91i362.2163>

38. Rodrigues PHA, Silva RDFC, Mattos ALC. Da teoria à prática: uma interpretação crítica da noção do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS). *Trab Educ Saúde*. 2024;22:e02989261. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2989>
39. Andreazzi MFS. O retorno da subjugação nacional nos debates da Saúde Coletiva. *Trab Educ Saúde*. 2024;22:e02993264. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2993>
40. Mendes ÁN, Carnut L. Crítica da crítica às concepções do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS). *Trab Educ Saúde*. 2024;22:e02994265. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2994>

Recebido em 01/10/2024

Aprovado em 21/03/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Eli lola Gurgel Andrade

Educomunicação e saúde coletiva no Brasil: uma revisão de escopo

Educommunication and public health in Brazil: A scooping review

Aline Guio Cavaca¹, Isabella Moura de Oliveira¹, Tatiany Volker Boldrini¹, Flávia Tavares Silva Elias¹, Luciana Sepúlveda Köptcke¹, Claudemir Edson Viana²

DOI: 10.1590/2358-289820251459908P

RESUMO O artigo objetivou mapear e analisar as evidências disponíveis sobre educomunicação e saúde, a fim de discutir possibilidades de desenvolvimento dessa potencialidade dialógica na saúde coletiva, nos cenários do SUS. Trata-se de revisão de escopo conduzida segundo Joanna Briggs Institute e *checklist* PRISMA-ScR. As buscas foram realizadas nas bases BVS; Redalyc; Google Acadêmico; Web of Science; Scopus; Pubmed e Oasisbr. Na elegibilidade foi usada a ferramenta Rayyan e incluídos artigos completos, em inglês, português e espanhol, que se dedicaram ao estudo de contextos brasileiros. Foram analisados 28 estudos que abordavam a intersecção da educomunicação e a saúde coletiva brasileira, publicados entre os anos de 2009 e 2023, que se estabeleciam por meio de protagonismo dos sujeitos, a partir da construção de diversos tipos de materiais, como cordéis, jogos educativos, pinturas, teatros, além da abordagem de diversos temas de saúde pública, como infecções sexualmente transmissíveis, câncer de mama, promoção de saúde bucal e mental, educação ambiental. Observou-se uma relação promissora entre educomunicação e saúde coletiva no Brasil, de modo que se evidenciaram as possibilidades de desenvolvimento dessa potencialidade dialógica entre os campos de educação e comunicação nos cenários de práticas da prevenção e da promoção de saúde no SUS.

PALAVRAS-CHAVE Saúde pública. Comunicação em saúde. Educação em saúde. Sistema Único de Saúde. Educomunicação.

ABSTRACT The article aimed to map and analyze the available evidence on educommunication and health, in order to discuss possibilities for the development of this dialogical potential in collective health, within the scenarios of SUS. This is a scoping review conducted according to the Joanna Briggs Institute and the PRISMA-ScR checklist. The searches were carried out in the BVS, Redalyc, Google Scholar, Web of Science, Scopus, Pubmed, and OASISbr databases. Rayyan was used as the eligibility tool, and complete articles in English, Portuguese, and Spanish that focused on Brazilian contexts were included. A total of 28 studies addressing the intersection of educommunication and Brazilian collective health, published between 2009 and 2023, were analyzed. These studies were characterized by the subjects' protagonism, through the creation of various types of materials, such as cordel literature, educational games, paintings, theater, in addition to covering various public health topics such as sexually transmitted infections, breast cancer, oral and mental health promotion, and environmental education. A promising relationship between educommunication and collective health in Brazil was observed, highlighting the potential development of this dialogical capability between the fields of education and communication in the scenarios of prevention and health promotion practices within SUS.

KEYWORDS Public health. Health communication. Health education. Unified Health System. Educommunication.

¹Fundação Oswaldo Cruz em Brasília (Fiocruz Brasília) – Brasília (DF), Brasil.
aline.cavaca@fiocruz.br

²Universidade de São Paulo (USP), Escola de Comunicações e Artes (ECA) – São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

O campo da saúde coletiva no Brasil foi erigido em uma conjuntura de debate pela questão democrática, nos anos de 1970 e 1980, em particular nos movimentos pela democratização da saúde, conhecidos como Movimento da Reforma Sanitária, que propunha o reconhecimento do direito à saúde como inerente à conquista da cidadania¹. Como campo interdisciplinar de práticas e saberes, apresenta uma tríplice conformação de áreas do conhecimento: a epidemiologia; as políticas públicas e o planejamento, bem como as ciências sociais e humanas². No panorama sanitário brasileiro, as práticas comunicativas e educativas estiveram presentes desde as primeiras políticas públicas de saúde, entre 1900 e 1920, com caráter coercitivo e práticas biomédicas de convencimento da população à adoção de comportamentos e medidas de higiene para prevenção de doenças³.

No contexto da Reforma Sanitária e criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a comunicação e educação em saúde se esboçam nas teses da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no que diz respeito às pautas de participação social; no direito à educação e informação plenas; na tentativa de regulamentação da propaganda de medicamentos e produtos lesivos à saúde e na proposta de criação de um sistema nacional de informações, o qual garantiria o acesso à informação, indispensável ao controle social⁴.

Decerto que, durante as últimas três décadas, tanto a produção científica quanto as experiências comunicacionais e educacionais no âmbito do SUS ampliaram-se e diversificaram-se, configurando, nos dias de hoje, um mosaico plural de práticas e saberes⁴, que se expandem, juntamente aos estudos das representações midiáticas da saúde^{5,6}, da relação comunicacional entre profissionais de saúde e pacientes⁷, do uso de mídias sociais⁸ e das *fake news* em saúde⁹, entre outros.

Assim como a saúde coletiva, os campos da educação e da comunicação também experimentam, a partir dos anos 1990, uma interseção teórica e prática que proporcionou novas

significações para o fazer ‘comunicar-educativo’, orientada pelas ideias de Paulo Freire^{10,11} e Mário Kaplún¹²: a educomunicação. Entendida como um conjunto de ações de criação e desenvolvimento de ecossistemas comunicativos, a educomunicação é defendida por Soares¹³ como potente possibilidade de expressão a todos os participantes das comunidades educativas. Dessa maneira, a educomunicação é um termo que representa um paradigma para compreender e explorar as interfaces entre comunicação, educação e ação social.

De acordo com o dicionário da Academia Brasileira de Letras¹⁴, o termo é compreendido como o conjunto de conhecimentos e práticas que buscam promover ecossistemas comunicativos caracterizados pela abertura, democracia e criatividade. Esses ecossistemas são aplicados em diversos contextos, como espaços culturais, midiáticos, e educativos – sejam eles formais, como escolas; não formais, desenvolvidos por Organizações Não Governamentais (ONG); ou informais, como meios de comunicação voltados à educação. Essa abordagem é mediada por linguagens e recursos provenientes da comunicação, das artes e das tecnologias da informação, com o objetivo de garantir condições para aprendizagem e exercício da liberdade de expressão¹⁴.

Diante desse desenvolvimento dos dois campos com tantas intersecções e pontos de contato potenciais, infere-se que a epistemologia educacional possa compartilhar instrumental teórico e prático capaz de produzir vínculos com o campo da saúde coletiva, de modo a potencializar os estudos e as experiências dessa interface nos cenários do SUS. Entretanto, as experiências de intersecção entre os campos são relatadas de maneira difusa na literatura científica e em políticas públicas no contexto brasileiro¹⁵⁻¹⁸, sendo defendido que se trata de uma ‘relação ainda por ser construída’¹⁹, sinalizando, assim, a relevância da realização de uma revisão de escopo para compreender o panorama das produções científicas sobre a temática, bem como as possíveis lacunas.

Portanto, o presente estudo busca mapear e analisar evidências disponíveis sobre educação e saúde coletiva no Brasil, a fim de discutir possibilidades de desenvolvimento dessa potencialidade dialógica entre os campos nos cenários de práticas no SUS.

Material e métodos

No início da elaboração da revisão, o Protocolo de Revisão de Escopo foi registrado na plataforma Open Science Framework²⁰. A revisão foi conduzida usando o referencial metodológico do Instituto Joanna Briggs e o *checklist* Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA ScR)^{21,22}. Foram desenvolvidas cinco fases de trabalho: 1) identificação da questão de pesquisa; 2) identificação dos estudos relevantes; 3) seleção dos estudos; 4) mapeamento dos dados; 5) síntese dos resultados.

Questão de pesquisa (Acrônimo PCC: Population or participants, Concepts and Context)

A questão de pesquisa é: Quais as aplicações da educação no contexto da saúde coletiva identificadas no Brasil? Na qual P (população) refere-se ao Brasil; C (conceito) diz respeito à educação e C (contexto) às suas aplicações no contexto da saúde coletiva.

Tipos de estudo

Não houve restrição quanto ao delineamento e ao ano de publicação dos estudos. Foram incluídos estudos nos idiomas inglês, português e espanhol.

CrITÉRIOS de inclusão e exclusão

Foram considerados elegíveis: 1) estudos que se autoneciam de educação e saúde

2) estudos que apresentaram reflexões e/ou iniciativas em interface da educação com a comunicação em saúde que se dedicaram ao estudo de contextos brasileiros, com perspectiva educacional, a partir de alguns critérios: ser um processo participativo, horizontal, inclusivo, democrático, múltiplo e diverso na representação de vozes e vivências dos envolvidos na execução da proposta.

Foram excluídos: 1) estudos fora da saúde coletiva 2) estudos que relatam experiências fora do Brasil 3) estudos com abordagens estritas que não tratam da relação comunicação/educação.

Mapeamento dos dados

IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS

A pesquisa foi realizada nas bases BVS; Google Acadêmico; Web of Science; Scopus; Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc); Pubmed e no Portal Brasileiro de Publicações e Dados Científicos em Acesso Aberto (Oasisbr).

As estratégias de busca foram elaboradas, primariamente, a partir do vocabulário controlado, por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do Medical Subject Headings (MeSH) do Medline. Para maior amplitude dos resultados nas bases de dados, as estratégias foram também compostas de vocabulário não controlado, com palavras-chave e seus respectivos sinônimos. São eles: “Educomunicação” OR (Educação Midiática) OR (Educação para os Meios) OR (Alfabetização Midiática) OR (Literacia Midiática) OR (Media Education) OR (Media Literacy) OR (Media Information Literacy). Seguem as estratégias utilizadas no *quadro 1*.

Quadro 1. Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados. 2023

Bases de Dados Data de acesso: 18/11/2023	Estratégias de Busca	Referências identificadas
BVS (Biblioteca Virtual em Saúde)	(comunicação OR communication OR comunicaci3n OR (comunicação edu- cacional) OR (comunicação educativa) OR (comunicação pessoal) OR (comu- nicação social) OR (educação comunicacional) OR (educação comunicativa) OR (f01.145.209*) OR (I01.143*) OR (comunicação em saúde) OR (health communication) OR (comunicación en salud) OR (informação e comunicação em saúde) OR (informação e comunicação na saúde) OR (I01.143.350*) OR (sp8.570.498.789.099*)) AND ((educação em saúde) OR (health education) OR (educación en salud) OR (educar para a saúde) OR (educação sanitária) OR (educação para a saúde) OR (educação para a saúde comunitária) OR (i02.233.332*) OR (n02.421.726.407*) OR educação OR education OR educación OR (atividades educacionais) OR (atividades educativas) OR (ativi- dades socioeducativas) OR educar OR (oficinas de trabalho) OR (i02*)) AND ((saúde pública) OR (public health) OR (salud pública) OR (educação em saúde pública) OR (história da saúde pública) OR (meio ambiente, medicina preventiva e saúde pública) OR (saúde coletiva) OR (saúde comunitária) OR (saúde da comunidade) OR (saúde das comunidades) OR (h02.403.720*) OR (n01.400.550*) OR (n06.850*) OR (sh1.020.020.040.060*)) AND ("Edu- comunicação" OR mh:(educação midiática) OR (educação para os meios) OR(alfabetização midiática) OR(literacia midiática) OR (media education) OR (media literacy) OR (media information literacy)) AND (brasil OR brazil) Utilizado o DeCs	539
Pubmed	(((((("Communication" [Mesh]) OR ("Health Communication" [Mesh])) AND ("Education" [Mesh])) OR ("Health Education"[Mesh])) AND ("Public Health" [Mesh])) AND ("Communications Media"[Mesh])) OR ("Health Literacy" [Mesh])) AND ("Brazil" [Mesh] OR Brazil*)) Descritores Mesh utilizados: "Communication" [Mesh] OR "Health Communication"[Mesh] AND "Education" [Mesh] OR "Health Education" [Mesh] AND "Public Health" [Mesh] AND "Communications Media" [Mesh] OR "Health Literacy" [Mesh] AND "Brazil" [Mesh] OR Brazil*	196
Scopus	communication OR "Health Communication" AND education OR "Health Education" AND "Public Health" AND "Communications Media" OR "Health Literacy" AND Brazil AND (LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY, "Brazil")) Filtro: limited to Brazil	266
Oasisbr	"(Todos os campos: Comunicação em Saúde E Todos os campos: Educação em Saúde E Todos os campos: Saúde Pública E Todos os campos: Educomuni- cação)"	10
Web of Science	(((((ALL=(communication)) OR ALL=("Health Communication")) AND ALL=(education)) OR ALL=("Health Education")) AND ALL=("Public Heal- th")) AND ALL=("Communications Media")) OR ALL=("Health Literacy")) AND ALL=(Brazil) https://www.webofscience.com/wos/woscc/summary/3355197f-9e3a-4cc8-a92e-97bfe8b7d945-b5064bb8/relevance/1	320
Google Acadêmico	((("Educomunicação em saúde") AND ("comunicação em saúde" OR "educa- ção em saúde")) Filtro: retirar o "incluir citações"	16
Redalyc	"Educomunicación" AND "salud"	323

Fonte: elaboração própria.

SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Após a retirada de duplicatas por meio dos programas Mendeley e Rayyan, procedeu-se a leitura de título e de resumo, no período de outubro de 2023 a janeiro de 2024, realizado por duas revisoras (AC e IM) com auxílio da ferramenta *blind on* do *software* Rayyan. Divergências foram dirimidas por uma terceira revisora (TB).

EXTRAÇÃO DOS DADOS

Os artigos selecionados para leitura na íntegra tiveram os dados extraídos e organizados no *software* Excel®, de acordo com as seguintes variáveis: Autor/Ano; Título do artigo; Tipo de artigo/estudo; Localidade do estudo; Autodenominação sobre o conceito (Educomunicação/educação em saúde/comunicação em saúde/interação educação e comunicação); Sujeitos participante da ação (jovem, idoso, mulheres, etc., não cabe); Aspectos sobre a participação dos sujeitos nas pesquisas estudadas (protagonista ou passivo, etc.); Material produzido; Aplicação da educomunicação na saúde coletiva. Um revisor (IM) realizou a extração e um segundo revisor (FTSE) fez a conferência dos dados.

Síntese dos resultados

Após a coleta das informações, os resultados foram apresentados de forma descritiva, em diagramas de fluxos e tabelas. Os dados foram analisados em cinco categorias analíticas, à luz do paradigma educacional, o qual concebe o lugar de interface entre os campos da comunicação e educação, reconhecendo uma teoria da ação comunicativa que privilegie o conceito de comunicação dialógica; uma ética de responsabilidade social para os produtores culturais; uma recepção ativa e criativa

por parte das audiências; uma política de uso dos recursos da informação de acordo com os interesses dos polos envolvidos no processo de comunicação (produtores, instituições mediadoras e consumidores da informação), o que culmina com a ampliação de espaços de expressão e participação¹³.

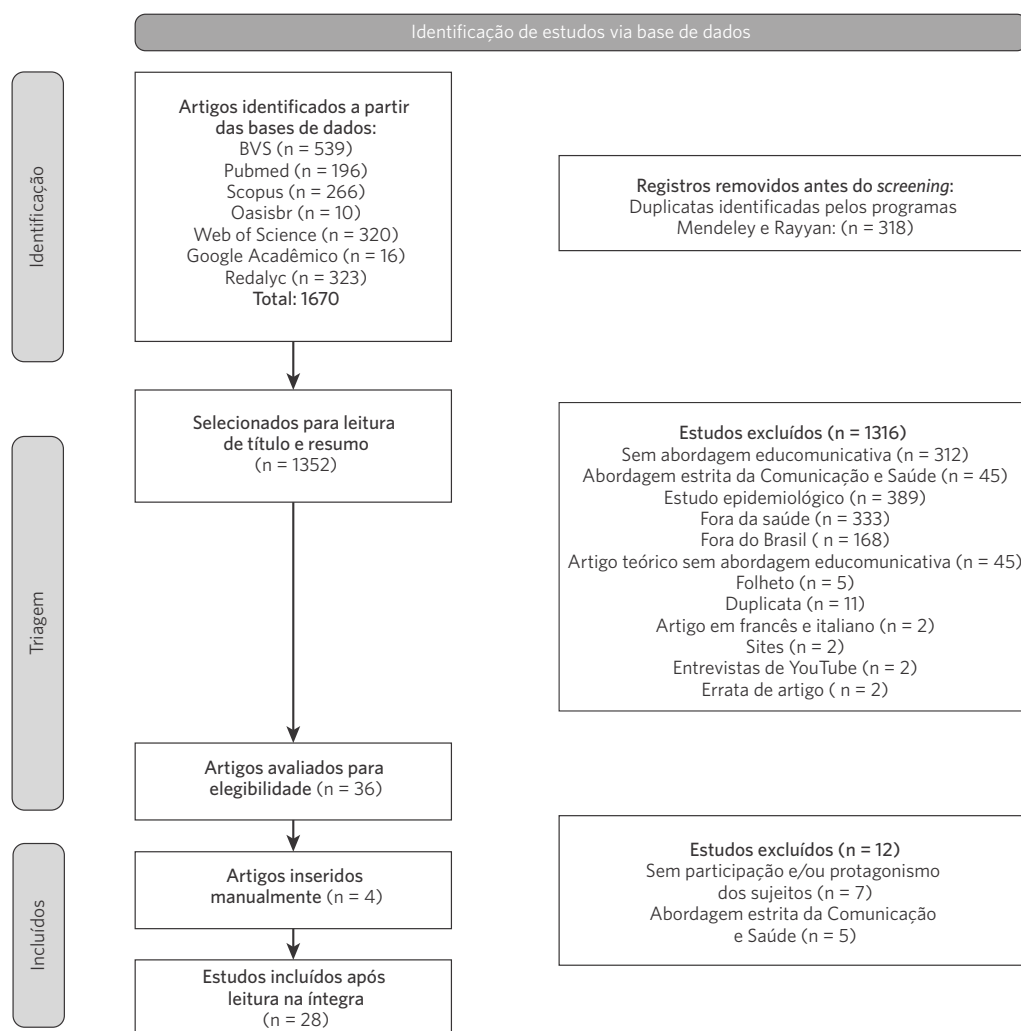
As categorias analíticas foram:

1. Autodenominação sobre a abordagem: denominação conceitual sobre os conceitos de interseção de educação e comunicação;
2. Elementos da ação: as atividades educacionais e/ou comunicacionais praticadas;
3. Protagonismo dos sujeitos: papel dos participantes das experiências relatadas nos estudos;
4. Materiais produzidos: peças de comunicação, materiais midiáticos ou educativos produzidos como resultado da experiência;
5. Aplicabilidade na saúde coletiva: experiência no campo da promoção, proteção e recuperação da saúde das populações, respeitando suas diversidades e territorialidade.

Resultados

Foram identificadas 1670 referências, excluindo-se duplicatas restaram 1352 das quais, ao passarem pela leitura de títulos e resumos, excluiu-se 1316, restando 36 para leitura de texto completo. Nessa etapa, excluí-se 12 por não atenderem aos critérios de elegibilidade, restando 24 estudos, aos quais se somaram quatro, inseridos manualmente, totalizando 28 estudos incluídos na presente revisão de escopo, conforme representado na *figura 1*.

Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos

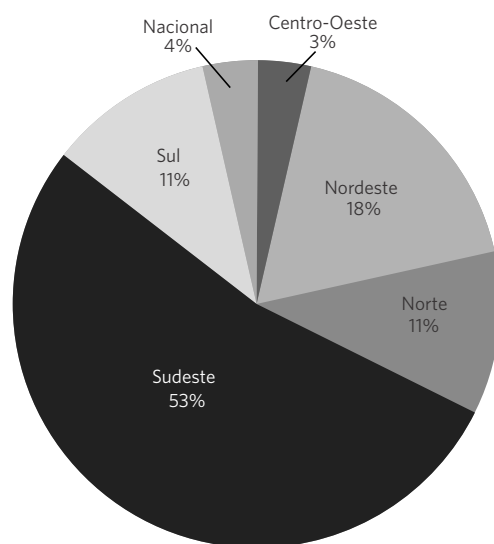


Fonte: elaboração própria a partir do modelo adaptado de Page et al.¹⁹.

Dos 28 estudos incluídos, sete eram relatos de experiência^{19,23-28}; sete pesquisas-ação/participativa/emancipatória²⁹⁻³⁵; quatro estudos metodológicos³⁶⁻³⁹; uma pesquisa pseudo-experimental⁴⁰; duas pesquisas sociais descritiva e/ou avaliativa^{17,41}; um estudo de métodos

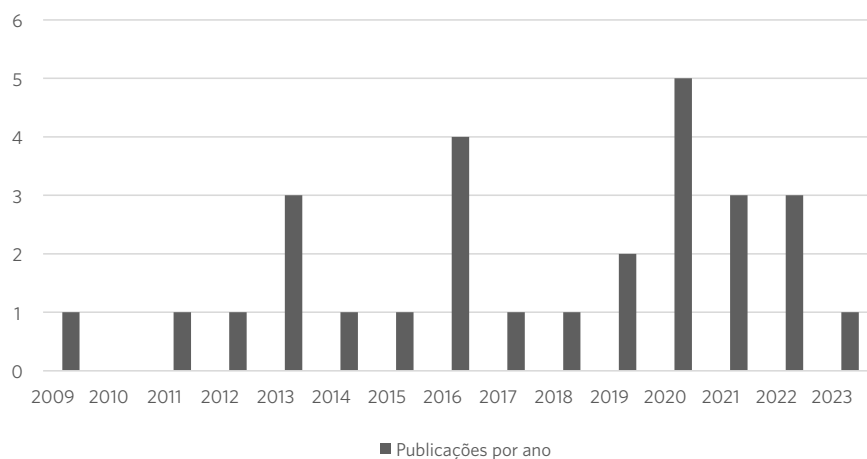
mistos⁴²; dois estudos de caso^{43,44}, dois estudos de intervenção^{45,46} e duas pesquisas qualitativas^{47,48}. Os estudos foram desenvolvidos nas cinco regiões do Brasil (*gráfico 1*). O período de publicação dos estudos foi entre 2009 e 2023 (*gráfico 2*).

Gráfico 1. Número de estudos por região



Fonte: elaboração própria.

Gráfico 2. Período de publicação dos estudos, 2009 a 2023



Fonte: elaboração própria.

Os resultados foram categorizados e discutidos segundo as categorias analíticas: auto-denominação sobre a abordagem; elementos da ação; protagonismo dos sujeitos; materiais produzidos e aplicação na saúde coletiva.

Do ponto de vista conceitual, o termo educomunicação estava explícito nos estudos

de Janes et al.¹⁷, Consani et al.¹⁹, Moyses et al.²⁴, Lima et al.²⁶, Oliveira et al.³⁴, Cal et al.³⁹, Wittlin⁴⁰, Valentim et al.⁴³, Furtado⁴⁵ e Silva et al.⁴⁷. Tais autores abordaram o conceito de educomunicação de maneira plural e heterogênea, mas convergindo no que diz respeito à prerrogativa essencial do conceito: um

conjunto de conhecimentos e ações que visam à construção de ecossistemas comunicativos abertos, democráticos, criativos e participativos, que fomentam a construção da cidadania.

Janes et al.¹⁷ apresentam a educomunicação como modelo comunicativo mais eficiente, democrático e formador de cidadania, na perspectiva de uma prática comunicacional de ‘mão dupla’ e não unidirecional, sendo a recepção dos sujeitos crítica e interativa, que ressignifica a mensagem a partir de sua experiência de vida. Consani e Moraes¹⁹ destacam que proposições de estratégias educacionais dentro da Saúde vêm ganhando espaço, porém se trata de uma relação ainda a ser construída, na perspectiva que o âmbito dessa tripla relação se estende enormemente e ainda carece de investigações mais aprofundadas.

Moyses et al.²⁴ trabalham a potencialidade do conceito para melhor compreender o papel da comunicação na formação e informação da sociedade, propiciando a cidadania e a difusão da saúde como um direito subjetivo junto à opinião pública. De maneira semelhante, Valentim et al.⁴³ apresentam a abordagem educacional como uma inovação estratégica para o desenvolvimento de novos recursos educacionais para a saúde. Já Lima et al.²⁶ citam o termo educomunicação apenas no objetivo de seu trabalho, mas não o referenciam em parte alguma de seu texto, sinalizando o uso do mesmo apenas como uma conjunção de práticas educativas e comunicativas, e não no seu sentido *lato sensu* de um paradigma de um campo do conhecimento, envolvendo interfaces entre comunicação e educação.

Oliveira et al.³⁴ defendem que a educomunicação articula campos distintos que se potencializam – a comunicação e a educação – e contribuem para a transformação cultural. Analogamente a isso, Cal et al.³⁹ apresentam a educomunicação como forma de intervenção social, que busca tornar o indivíduo reflexivo e atuante, a partir da apropriação de ferramentas comunicacionais disponíveis. Wittlin⁴⁰ reafirma que, no campo da saúde, a educomunicação é uma práxis relativamente

nova que, apesar da similaridade com os campos da promoção da saúde e prevenção das doenças, expande seus potenciais para práticas de cuidados, reabilitação e combate à desinformação de forma altamente participativa. O autor cita a concepção da Associação Brasileira de Pesquisadores e Profissionais de Educomunicação (ABPEducom) que compreende a educomunicação como paradigma orientador de práticas socioeducativas, que criam e reforçam ecossistemas comunicativos abertos e democráticos em espaços educativos, promovendo a gestão compartilhada de recursos comunicativos, suas linguagens e tecnologias.

Furtado⁴⁵ reflete sobre os diversos sobrenomes que a educação vem recebendo, se transformando ao longo do tempo, desde uma educação bancária até a educação dialógica, educação entre pares e a educomunicação. O autor destaca que a educomunicação amplia sua abordagem para além da leitura crítica dos meios de comunicação e propõe que educadores e educandos se apropriem das diferentes tecnologias de informação e comunicação (jornais impressos, rádio, televisão, internet) no dia a dia de salas de aulas, ONG ou espaços de educação não formal, de maneira participativa e em diálogo horizontalizado. De maneira semelhante, Silva et al.⁴⁷ desenvolvem a educomunicação como um processo permanente, em que o indivíduo se apropria do conhecimento e o adapta à sua realidade, de modo a construir reflexões e ações.

Os demais autores da revisão trouxeram definições conceituais que se aproximam e podem ser consideradas como uma abordagem educacional, mesmo não se definindo como tal, pois tratam de experiências e pesquisas de educação em saúde que, em alguma medida, fazem interface com o campo da comunicação (ou vice-versa), trazendo uma abordagem participativa, horizontal, inclusiva, democrática, múltipla e diversa na representação de vozes e vivências dos envolvidos na execução da proposta, conforme se propõe no paradigma educacional.

Portanto, o elo de intersecção da relação entre educação e comunicação que conforma uma práxis verdadeiramente educomunicação pode ser caracterizado pelos elementos da ação, em conjunto com o protagonismo dos sujeitos envolvidos na experiência. Dessa maneira, vivências de oficinas de produção coletiva e dinâmicas participativas para produção de roteiros de filmagem, produção de imagens, programas de rádio, materiais artísticos diversos, aplicativos de celular, *blogs*, *podcasts* e curta-metragem^{17,19,23-26,29-32,35,46-48}; entrevistas prévias e/ou rodas de conversa para realização de Círculo de Cultura²⁸, produção e posterior validação de materiais educativos^{30,37} e criação e moderação de grupo de WhatsApp⁴², todas desenvolvidas em contextos de protagonismo e alta participação dos sujeitos, configuram essa concepção comunicacional não linear e participativa caros à educomunicação.

Além disso, também foram mapeadas ações de produção de fotonovela instantânea, dramatizada e projetada pelos participantes, em tempo real, seguidas de debate acerca do conteúdo criado⁴⁰; produção de recursos educacionais abertos disponibilizados na Internet⁴³; oficinas de capacitação e teatro para posterior multiplicação entre pares na comunidade⁴⁵; grupo focal com debate sobre os temas incitados por radionovelas criadas para a comunidade³⁹, realização de recitais de cordéis e debate coletivo nas escolas⁴¹; grupo focal com posterior construção coletiva de jogo da memória³⁸, games e caça-palavras³⁶; criação de grupo de Facebook com postagens de situações-limites/temas para promoção de diálogo³³; apresentação participativa de teatro de mamulengos e leitura coletiva de cordéis⁴⁴; criação de 'mural interativo', que visa articular comunidade com o grupo tutorial para definição dos temas a serem desenvolvidos nas atividades lúdicas²⁷ e vivência imersiva e participativa em exposição artística³⁴.

No que concerne aos materiais produzidos, observou-se a diversidade criativa das produções tecnológicas dos estudos, aqui concebendo tecnologia enquanto um produto

social, para além do seu valor instrumental de artefato maquínico⁵⁰. Dessa maneira, houve a produção de documentários²³; de imagens²⁹; programas de rádio^{24,48}; materiais educativos diversos, como cartilhas^{30,37}, criação de grupos de WhatsApp para compartilhamento de informações em saúde⁴², ferramentas autorais, como a 'Sua Saúde em Três Tempos'⁴⁰, Recursos Educacionais Abertos⁴³, cordéis^{41,44}, programas em rádios comunitárias^{17,32,46,48}, *podcasts*²⁶, jogos da memória³⁸ e jogos educativos³¹; produções artísticas como radionovela, músicas, poesias, pinturas^{25,39}; vídeos^{19,48}; oficinas de arte-educação³⁵; círculos de cultura virtuais e presenciais^{28,33}; games³⁶; teatros de mamulengos⁴⁴; exposições artísticas³⁴; curta-metragem⁴⁷, gincanas, teatro de fantoches, musicalização e pinturas²⁷.

Em relação à aplicação na saúde coletiva, os estudos abordaram temas diversos, sendo abordagens preventivas bastante frequentes^{17,19,24,46}, tratando sobre o uso de álcool e outras drogas^{29,31,32}, câncer de mama⁴², infecções sexualmente transmissíveis em jovens^{28,36,45}; HIV/aids em idosos e em mulheres^{35,38}; covid-19²⁶, arboviroses⁴⁴ e depressão⁴⁷.

Também foram mapeadas experiências de promoção da saúde em geral^{25,27,40}, promoção à saúde do homem³⁰, promoção à saúde bucal⁴¹; promoção à saúde da comunidade ribeirinha⁴⁸, promoção à saúde mental^{28,33}; promoção à saúde das pessoas vivendo com HIV/aids³⁷; educação ambiental²⁴; enfrentamento da sífilis⁴³; educação em saúde sobre sexualidade e uso de drogas³¹, violência sexual³⁹, cuidados em higiene pessoal²⁸ e assistência ao parto e nascimento³⁴.

Discussão

Nesta revisão de escopo, identificaram-se estudos que abordavam a intersecção da educomunicação e a saúde coletiva brasileira, publicados a partir de 2009.

Os achados mostraram que, embora o termo educomunicação seja recente, sua

consolidação representa o seu amadurecimento em virtude de abordagens conceituais, ações e produções advindas da interseção entre educação e comunicação como uma ação de protagonismo entre os participantes em seus territórios e redes e sobre temas mobilizadores. Também se observou que, para o campo da saúde coletiva, o foco está em práticas de promoção e prevenção de saúde por meio da participação social na produção de material multimídia como expressão comunicativa a propósito de situações do cotidiano que dizem respeito à saúde dos envolvidos e do público em geral.

A análise sobre as informações contidas na amostra confirma o que destacam os autores Soares et al.¹⁶, pois dos 28 artigos apenas um deles não trata da participação ativa de sujeitos e de públicos específicos em processos de comunicação coletiva sobre temas da saúde, que têm como intenção final a educação em saúde. A incorporação de ideias e conhecimentos a respeito da educomunicação, de modo a potencializar a mudança de atitudes e a iniciativa de ações significativas para os participantes do processo e para os demais a quem chegar o material produzido e disponibilizado, mostram-se como formas de transformar a realidade por meio dos sujeitos envolvidos nas práticas educacionais.

Além do caráter participativo dos sujeitos das pesquisas em estudo, outra característica importante é o 'produto', o resultado do processo coletivo de expressão comunicativa acerca de temas importantes para os envolvidos e suas comunidades e que dizem respeito à saúde. O produto é fundamental não só porque expressa, para seus autores, o que é significativo sobre algo do cotidiano, como também porque traz em si o potencial de promover a interação e o diálogo entre outras pessoas, outros sujeitos e atores sociais, individuais e grupais, emaranhados de relações e de organizações na sociedade civil, e que de muitos modos se afetam, se envolvem e criam sentidos às novas atitudes e práticas que o cotidiano requer. Da mesma forma, como apontado por Lima

et al.⁴⁹, a intersecção entre cultura e saúde, como realizado a partir de músicas, oficinas, exposições artísticas, se faz importante no sentido de promover novas articulações nas comunidades, criando sentidos às mensagens clínicas e ao aproveitamento do espaço vivo das populações e, consequentemente, efetivando as políticas de saúde.

Entre as diferenças encontradas, observou-se que, ao atuar com educação em saúde de forma independente dos processos tradicionais de comunicação de massa, embora convivam com eles, acontecem diversidades de produções midiáticas, pois elas serão resultado do que os participantes de cada grupo e situação construirão, à medida que suas relações interpessoais passam a tecer sentidos, objetivos, valores e práticas sociais como matéria-prima para a criatividade e a lógica humanas, que são capazes de criar e recriar significados e aplicações em seu cotidiano^{50,51}. Quando há uma interseção entre campos tradicionais, como a comunicação e a educação, a possibilidade de um terceiro caminho se apresenta, com suas particularidades e inovações. Assim, tem como terceira parte do tripé conceitual a ação como instância de realização da existência social, por meio de práticas educacionais.

Os resultados são úteis para as práticas de ação comunitária no SUS, uma vez que demonstram o potencial da educação de promover diálogos efetivos com a comunidade, aproximando, por meio de atividades que se inserem em seus cotidianos, a população de assuntos essenciais para a manutenção da saúde pública, como controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), prevenção do câncer de mama, uso de álcool, entre outros. As práticas educacionais se diferem das outras propostas preventivas pois representam técnicas de comunicação educativa que mobilizam pessoas e instituições a propósito de temas do cotidiano e a partir do compromisso ético e humanista, com o diálogo e a democracia como princípios norteadores da exploração dos recursos tecnológicos disponibilizados – ou não – às pessoas, de modo a envolver os

participantes e torná-los protagonistas do seu conhecimento, a partir do entendimento e discussão das necessidades da sua comunidade e dos recursos pertinentes para estabelecer o diálogo.

É certo que a abordagem educ comunicativa vem alcançando territórios epistemológicos e institucionais muito além dos contornos dos campos da comunicação e da educação⁵², como o campo da saúde coletiva, conforme demonstrado nesse estudo. Todavia, para efetivação dessa abordagem nas práticas do SUS é necessário que se compreenda a educação como uma abordagem relacional, sendo, portanto, imprescindível a proposta de projetos e políticas públicas de saúde que garantam “o diálogo como base, a *práxis* como meio e a transformação social como fim”, conforme nos ensina Consani^{52(m)}. Para tanto, cada proposta educ comunicativa deve ser construída identificando preliminarmente a problemática existente no contexto em que se pretende atuar, a partir do diálogo com os atores envolvidos no território e com total participação e protagonismo dos sujeitos, reconhecendo a pluralidade de necessidades de diferentes públicos, regiões e culturas. A partir do reconhecimento desse panorama, é possível construir coletivamente as ações mediadoras, lançando mão de planejamento coletivo e colaborativo; de diversidade de abordagens, privilegiando metodologias ativas; alternância de funções para garantir a participação de todos; momento de deliberações e avaliação compartilhada⁵².

Houve limitações na revisão de escopo relacionadas ao processo de denominação de descritores padronizados de buscas nas bases de literatura, por ser um campo recente. No entanto, a estratégia foi abrangente para a realidade brasileira, trazendo não somente artigos publicados, mas teses e dissertações que mostram a expansão do campo científico das interfaces entre comunicação, educação e ação social, ancorado no paradigma da educação. Com mais esta pesquisa, é demonstrada a frequente ampliação e a consolidação

da educação nas ciências e nas práticas socioculturais por meio da comunicação participativa e mobilizadora de conhecimentos e prática cidadã fortalecida.

A própria palavra ‘Educomunicação’ só foi reconhecida pela Academia Brasileira de Letras como uma palavra da língua portuguesa no ano de 2021. Assim sendo, acredita-se que sua incorporação como DeCS fará parte de um processo de reconhecimento e expansão do campo, que a presente revisão de escopo pode auxiliar.

Além disso, o recorte da revisão para o cenário da saúde coletiva brasileira, mesmo que disponível em língua inglesa ou espanhola, restringe a discussão conceitual da educação e saúde, também presente em estudos internacionais sobre outros cenários, principalmente latino-americanos. Assim, espera-se que novos estudos possam ampliar essa discussão para as aplicações da educação em outros contextos de saúde pública mundiais.

Conclusões

Esta revisão de escopo mapeou evidências sobre educação e saúde coletiva no Brasil, discutindo as possibilidades de desenvolvimento dessa potencialidade dialógica entre os campos de educação e comunicação nos cenários de práticas no SUS. Notou-se como práticas em que os sujeitos foram protagonistas da construção de seu conhecimento foram fundamentais para a efetivação de ações de promoção e prevenção de saúde, com a capacidade de abranger diversos temas.

Portanto, as implicações para novas práticas de educação e saúde podem ser percebidas ao valorizar o envolvimento da comunidade e as suas vivências na construção de conhecimento relacionado à saúde, de modo a promover sentidos que tornam efetiva a apropriação de novas atitudes e práticas, evidenciando a importância da educação na ação comunitária no âmbito do SUS. Dessa forma, propostas de novos estudos sobre educação podem

ampliar o conhecimento e as aplicações na saúde coletiva, ampliando a atuação do campo e os seus desfechos no SUS.

Colaboradores

Cavaca AG (0000-0001-7314-584X)* contribuiu para concepção do trabalho, coleta e análise dos dados e redação do manuscrito. Oliveira IM (0000-0003-3905-6880)* contribuiu para coleta e análise dos dados e redação do manuscrito. Boldrini TV

(0009-0003-4841-0084)* contribuiu para análise dos dados e redação do manuscrito. Elias FTS (0000-0002-7142-6266)* contribuiu para concepção, *design*, aquisição, análise e interpretação dos dados do trabalho, rascunho e revisão do conteúdo, e aprovação da versão final do manuscrito. Köptcke LS (0000-0001-7079-6575)* contribuiu para concepção do trabalho e aprovação da versão final do manuscrito. Viana CE (0000-0001-7790-3230)* contribuiu para rascunho e revisão do conteúdo, e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Vieira LMS, Paim J, Schraiber LB. Saúde Coletiva: teoria e prática. In: Paim J, Almeida-Filho N. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 3-11.
2. Nunes ED. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006. p. 295-315.
3. Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e saúde. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
4. Cardoso JM, Rocha RL. Interfaces e desafios comunicacionais do Sistema Único de Saúde. Ciênc saúde coletiva. 2018;23(6):1871-1879. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.01312018>
5. Cavaca AG, Emerich TB, Vasconcellos-Silva PR, et al. Diseases neglected by the media in Espírito Santo, Brazil in 2011-2012. PLoS Negl Trop Dis. 2016;10(4):e0004662. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004662>
6. Machado IB. Percepções sobre o SUS: o que a mídia mostra e o revelado em pesquisa. In: Lerner K, Sacramento I. Saúde e jornalismo: interfaces contemporâneas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 235-50.
7. Coriolano-Marinus MWL, Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. Saúde Soc. 2014;23(4):1356-1369. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>
8. Li X, Liu Q. Social Media Use, eHealth Literacy, Disease Knowledge, and Preventive Behaviors in the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Study on Chinese Netizens. J Med Internet Res. 2020;22(10):e19684. DOI: <https://doi.org/10.2196/19684>
9. Vasconcellos-Silva RP, Castiel LD. COVID-19, as *fake news* e o sono da razão comunicativa gerando monstros: a narrativa dos riscos e os riscos das narrativas. Cad Saúde Pública. 2020;36(7): e00101920. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00101920>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Freire P. Extensão ou comunicação? Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2015.
11. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 45. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
12. Kaplún M. Una pedagogía de la comunicación (el comunicador popular). La Habana: Editorial Caminos; 2002.
13. Soares IO. Educomunicação: o conceito, o profissional, a aplicação: contribuições para a reforma do ensino médio. 3. ed. São Paulo: Paulinas; 2014.
14. Academia Brasileira de Letras. Educomunicação [Internet]. Rio de Janeiro: ABL; 2023 [acesso em 2025 fev 27]. Disponível em: <https://www.academia.org.br/nossa-lingua/nova-palavra/educomunicacao#:~:text=Conjunto%20de%20conhecimentos%20e%20a%C3%A7%C3%B5es,mediados%20pelas%20linguagens%20e%20recursos>
15. Viana CE, Neves I. Qual educomunicação nas políticas públicas de saúde. In: Anais do 8º Colóquio Iberoamericano de Educomunicação, 9º Colóquio Catarinense de Educomunicação [Internet]; 2021 mar 9-19; Florianópolis. Florianópolis: ABPeduc; 2021 [acesso em 2025 fev 27]. Disponível em: <https://abpeduc.org.br/publicacoes/index.php/portal/catalog/download/33/24/1200-1?inline=1>
16. Soares IO, Viana CE, Ferreira ITRN, et al. Educom. Saude-SP – um projeto de mobilização do poder público e da população paulista para ações integradas na vigilância e controle do mosquito *Aedes aegypti*. BEPA [Internet]. 2019 [acesso em 2025 fev 27];16(184):13-22. Disponível em: <https://www.eca.usp.br/acervo/producao-academica/003044558.pdf>
17. Janes MW, Marques MCC. A contribuição da comunicação para a saúde: estudo de comunicação de risco via rádio na grande São Paulo. Saúde Soc. 2013;22(4):1205-1215. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902013000400021>
18. Lago C, Condeixa D, Romancini R. A gestão da educomunicação na saúde: análise de uma experiência. In: Anais do 23º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação [Internet]; 2005 set 5-9; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ; 2005 [acesso em 2023 dez 13]. Disponível em: <http://www.portcom.intercom.org.br/pdfs/45823976561046228997562803542841328571.pdf>
19. Consani M, Morais HMM. Educomunicação e saúde: uma relação ainda por ser construída. Anais do 29º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação [Internet]; 2016 set 5-9; São Paulo. São Paulo: Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo; 2016 [acesso em 2023 dez 13]. Disponível em: <https://www.eca.usp.br/acervo/producao-academica/002792218.pdf>
20. Elias FTS, Cavaca AG, Oliveira IM, et al. “Educomunicação” and the Brazilian Public Health: A scoping review. OSF Registries. 2024 abr 16. DOI: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/AM2ZK>
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: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
22. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2018;169:467-473. DOI: <https://doi.org/10.7326/m18-0850>
23. Guido LFE, Dias IR, Ferreira GL, et al. Educação ambiental e cultura: articulando mídia e conhecimento popular sobre plantas. Trab Educ Saúde. 2013;11(1):129-144. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462013000100008>
24. Moyses D, Souza FMS, Miranda GS, et al. Educomunicação e saúde em sintonia no rádio. E em Foco. 2009;4(1):45-51. DOI: <https://doi.org/10.5380/ef.v0i4.24880>
25. Matos MR, Meneguetti LC, Gomes ALZ. Uma experiência em comunicação e saúde. Interface. 2009;13(31):437-447. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400016>

26. Lima EH, Gonçalves ALG, Martins ALRP, et al. A democratização da informação, no contexto da pandemia por COVID-19: diálogos necessários entre educação em saúde e comunicação. *Rev Med (São Paulo)*. 2021;100(6):593-598. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v100i6p593-598>
27. Machado FCA, Oliveira NPD, Morais GM, et al. Intersetorialidade na promoção da saúde da criança e do adolescente: uma experiência da integração ensino-serviço. *Rev Ciênc Plural*. 2021;7(3):308-327. DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2021v7n3ID23878>
28. Borges DC, Solka AC, Argoud VK, et al. Círculo de Cultura como estratégia de promoção da saúde: encontros entre educação popular e interdisciplinaridade. *Saúde debate*. 2022;46(6):228-238. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022e620>
29. Moraes-Partelli AN, Cabral IE. Images of alcohol in the adolescents' life of one quilombola community. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(2):468-475. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0264>
30. Santos ROM, Ramos DN, Assis M. Construção compartilhada de material educativo sobre câncer de próstata. *Rev Panam Salud Públ*. 2018;42:1-8. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.122>
31. Lachtim AS, Trapé CA, Pasquim HM, et al. Dinâmica entre potenciais de fortalecimento e desgaste na vida de jovens da escola pública: pesquisa-ação com oficinas emancipatórias. *Saúde Soc*. 2022;31(2):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-1290202210354pt>
32. Oliveira E, Soares CB, Batista LL. Everyday representations of young people about peripheral areas. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(6):1082-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0387>
33. Labegalini CMG, Nogueira IS, Rodrigues DMMR, et al. Pesquisa-ação educativa no Facebook*: aliando lazer e aprendizado. *Rev Gaúcha de Enferm*. 2016;37(esp):e64267. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.64267>
34. Oliveira BJ, Lansky S, Santos KV, et al. Sentidos do Nascer: exposição interativa para a mudança de cultura sobre o parto e nascimento no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2020;24:e190395. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190395>
35. Ferraz NBA. Expressão da vulnerabilidade das mulheres às DST/AIDS: análise de oficinas de arte/educação em saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012. DOI: <https://doi.org/10.11606/D.7.2012.tde-19022013-125636>
36. Rocha KAA. Tecnologias educacionais para a promoção do autocuidado de adolescentes escolares sobre as infecções sexualmente transmissíveis [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2020.
37. Jesus GJ, Caliar JS, Oliveira LB, et al. Construction and validation of educational material for the health promotion of individuals with HIV. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3322. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3748.3322>
38. Medeiros EGMS. Construção e validação do jogo da memória para a promoção do autocuidado de idosos ao HIV/Aids à luz da Teoria de Dorotheia Orem [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2020.
39. Cal DGR, Paiva W, Fernandes S. Relações entre cultura e educomunicação para o enfrentamento da violência sexual na Amazônia. *Revista Eptic [Internet]*. 2016 [acesso em 2023 dez 13];18(3):197-213. Disponível em: <https://periodicos.ufs.br/epic/article/view/5812>
40. Wittlin FM. Sua saúde em 3 tempos: uso de 3 fotos de celular como Aporte Educomunicativo à Literacia em Saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2023.
41. Castro MCS, Costa IC. A literatura de cordel como instrumento didático-pedagógico na educação, motivação e promoção da saúde bucal. *Rev Ciênc Plu-*

- ral [Internet]. 2015 [acesso em 2024 fev 18];1(1):40-49. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/7322>
42. Pereira AAC, Destro JR, Bernuci MP, et al. Effects of a WhatsApp-Delivered Education Intervention to Enhance Breast Cancer Knowledge in Women: mixed-methods study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020;8(7):1-16. DOI: <https://doi.org/10.2196/17430>
 43. Valentim RAM, Oliveira AC, Dias AP, et al. Educom- munication as a strategy to face Syphilis: an analysis of the open educational resources available at avasus. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2021;33:e213310:1-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.5327/dst-2177-8264-20213310>
 44. Campos R, Araújo M. Traditional Artistic Expressions in Science Communication in a Globalized World: contributions from an exploratory project developed in northeast Brazil. *Sci Commun*. 2017;39(6):798-809. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1075547017721204>
 45. Furtado DBM. Estratégias midiáticas na aprendiza- gem do tema DST/AIDS: ações em rede para reduzir vulnerabilidades de adolescentes e jovens da comu- nidade de Mãe Luiza, Natal-RN [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2014.
 46. Gazzinelli MF, Colares LG, Bernardino LM, et al. “Alô, Doutor!”: estudo-piloto de intervenção radio- fônica de Educação em Saúde desenvolvida em uma área rural de Minas Gerais: estudo-piloto de inter- venção radiofônica de educação em saúde desen- volvida em uma área rural de minas gerais. *Physis*. 2019;23(3):965-985. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312013000300016>
 47. Silva RLA, Monteiro IS, Baptaglin LA. Depressão: pro- cessos educacionais estabelecidos a partir da produção de um curta-metragem. *Aturá Rev Pan-Ama- zônica Comunicação*. 2019;3(3):182-198. DOI: <http://dx.doi.org/10.20873/uft.2526-8031.2019v3n3p182>
 48. Cordeiro ES. Da teoria à prática: uma análise das ações da ONG Projeto Saúde e Alegria no Telecen- tro Comunitário de Surucacá no Rio Tapajós [disser- tação]. Belém: Curso de Comunicação, Universida- de Federal do Pará; 2013.
 49. Lima EA, Providello G, Silva JA, et al. Práticas estéti- cas e corporais: criação e produção de subjetividade na atenção psicossocial. *Saúde debate*. 2021;45(129):420-434. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112913>
 50. Castells M. A sociedade em rede: a era da informa- ção: economia, sociedade e cultura. 4. ed. Rio de Ja- neiro: Paz e Terra; 1999.
 51. Soares IO. Gestão comunicativa e educação: caminhos da educcomunicação. *Comun Educ*. 2002;3(23):16-25. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9125.v0i23p16-25>
 52. Consani M. Educomunicação: o que é e como fazer. São Paulo: Contexto; 2024.

Recebido em 22/10/2024

Aprovado em 21/03/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Aplicação da Inteligência Artificial na Atenção Primária à Saúde: revisão de escopo e avaliação crítica

Application of Artificial Intelligence in Primary Health Care: Scoping review and critical analysis

Douglas Rodrigues Torres¹, Eduardo Dias Wermelinger², Aldo Pacheco Ferreira³

DOI: 10.1590/2358-2898202514510070P

RESUMO A Inteligência Artificial (IA) está revolucionando a assistência médica com soluções para desafios complexos, aprimorando o diagnóstico, o tratamento e o cuidado. No entanto, sua integração levanta questões sobre aplicações, benefícios e desafios. Esta revisão teve como objetivo discutir o uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) para melhorar a gestão, o diagnóstico e o cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS). Para atender a esse propósito, foram utilizadas as bases de dados Web of Science, Proquest Central, Emerald Management Journals, PubMed e Scopus/Elsevier. A seleção de estudos envolveu triagem de títulos, revisão de resumos e exame de textos completos, aderindo às diretrizes PRISMA-ScR durante todo o processo. Os estudos examinaram as TIC sobre o uso potencial de ferramentas baseadas em IA no atendimento de pacientes na APS (11/34, 32,35%), e quanto aos desafios do uso da IA na APS (23/67,65%). A aplicação da IA na APS destaca a promessa de melhorias significativas, mas também a complexidade envolvida em sua implementação. A eficácia da IA nesse contexto está diretamente ligada a uma abordagem integrada que deve considerar a infraestrutura tecnológica existente, essencial para suportar as demandas de processamento de dados e a implementação de sistemas inteligentes.

PALAVRAS-CHAVE Inteligência Artificial. Atenção Primária à Saúde. Saúde digital. Revisão.

ABSTRACT Artificial Intelligence (AI) is revolutionizing healthcare with solutions to complex challenges, improving diagnosis, treatment, and care. However, its integration raises questions about applications, benefits, and challenges. This review aimed to discuss the use of Information and Communication Technologies (ICTs) to improve management, diagnosis and care in Primary Health Care (PHC). In order to meet this purpose, the Web of Science, Proquest Central, Emerald Management Journals, PubMed, and Scopus/Elsevier databases were used. Study selection involved title screening, abstract review, and full-text examination, adhering to the PRISMA-ScR guidelines throughout the process. Studies examined ICTs on the potential use of AI-based tools in patient care in PHC (11/34, 32.35%), and on the challenges of using AI in PHC (23/67.65%). The application of AI in PHC highlights the promise of significant improvements, but also the complexity involved in its implementation. The effectiveness of AI in this context is directly linked to an integrated approach that must consider the existing technological infrastructure, which is essential to support data processing demands and the implementation of intelligent systems.

KEYWORDS Artificial Intelligence. Primary Health Care. Digital health. Review.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Profissional (PPGSP-P) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

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

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Estudos em Violência e Saúde Jorge Careli (Claves) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
aldo.ferreira@fiocruz.br



Introdução

O uso de Inteligência Artificial (IA) na Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido amplamente recomendado¹. Os sistemas de IA têm sido cada vez mais usados na área da saúde, em geral², dada a esperança de que tais sistemas possam ajudar a desenvolver e aumentar a capacidade dos humanos em áreas como diagnóstico, terapêutica e gerenciamento de sistemas de atendimento ao paciente e à saúde². Os sistemas de IA têm a capacidade de transformar a APS, por exemplo, melhorando a previsão de riscos, apoiando a tomada de decisões clínicas, aumentando a precisão e a pontualidade do diagnóstico, facilitando a revisão e documentação de prontuários, aumentando as relações médico-paciente e otimizando as operações e a alocação de recursos³.

A APS, como a força dominante na base da pirâmide da assistência médica, com sua interconexão incomparável com todas as partes do sistema de saúde e seu profundo relacionamento com pacientes e comunidades, é a especialidade mais adequada para liderar a revolução da IA⁴, ou seja, técnicas avançadas de computação para processamento de informações, na assistência médica⁵. É o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo; e, por conseguinte, um pilar fundamental na assistência à saúde, servindo como o primeiro ponto de contato e gerenciando o número mais significativo de pacientes. Dessa forma, oferece atendimento centrado no paciente, abrangente, longitudinal e coordenado entre os setores clínicos em suas especialidades⁶.

À medida que o uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) se desenvolveu e avançou ao longo do século XX, essas foram incorporadas à assistência médica de muitas maneiras⁷. Inicialmente, isso começou com sistemas de administração hospitalar computadorizados para permitir que a organização de áreas clínicas e departamentos de serviço dentro de um hospital fosse mais

eficiente⁸. Mais tarde, formas simples de sistemas de suporte à decisão clínica foram desenvolvidas e implementadas em hospitais e outras instalações de assistência médica para dar suporte a médicos, enfermeiros e outros profissionais para melhorar as decisões tomadas e o atendimento prestado. Conforme os anos passaram, a tendência de usar tecnologia na assistência médica continuou⁹. Outros tipos de aplicativos de computador, como sistemas de entrada de pedidos, registros eletrônicos de saúde e prescrição eletrônica foram projetados e implantados para reduzir o número de erros médicos que ocorreram para melhorar a qualidade e a segurança do atendimento ao paciente¹⁰. Essa tendência ficou conhecida como saúde eletrônica (*eHealth*), e, agora, como saúde digital, assim definida por Eysenbach e Jadad¹¹⁽¹⁾:

[...] um campo emergente na intersecção da informática médica, saúde pública e negócios, referindo-se a serviços de saúde e informações entregues ou aprimoradas por meio da Internet e tecnologias relacionadas. Em um sentido mais amplo, o termo caracteriza não apenas o desenvolvimento técnico, mas também um estado de espírito, uma maneira de pensar, uma atitude e um compromisso com o pensamento global em rede, para melhorar os cuidados de saúde local, regional e mundialmente usando tecnologia de informação e comunicação.

Desde a introdução da tecnologia na assistência médica, houve graus de sucesso e fracasso ao implantá-la em ambientes clínicos⁴. Embora alguns formuladores de políticas, gerentes de serviços de saúde e profissionais de saúde possam estar entusiasmados com a adoção de novas tecnologias, muitos problemas podem ocorrer à medida que elas são implementadas. Por exemplo, Hamade et al.¹² revisaram a literatura sobre barreiras que afetaram como os registros eletrônicos foram implementados na atenção primária. Isso mostrou inúmeras dificuldades relacionadas a quão bem o sistema técnico se

ajustava aos fluxos de trabalho clínicos e à cultura de prestação de cuidados. O tipo de abordagem de gerenciamento de projetos usada para adquirir e implantar o sistema de TIC e o nível de treinamento e suporte que foi oferecido àqueles que usavam registros eletrônicos também foram problemáticos. Em outro estudo, Lorenzi et al.¹³ se concentraram em como os registros eletrônicos relataram que o custo da tecnologia e a resistência dos profissionais de saúde em mudar suas práticas eram todos desafios que tinham que ser enfrentados para garantir uma implementação bem-sucedida. Essas barreiras indicam que a incorporação de novas tecnologias na assistência médica pode envolver processos de mudança complexos nos níveis individual e organizacional.

Embora a saúde digital tradicionalmente se concentrasse na tecnologia em hospitais de emergência ou em ambientes de cuidados primários, seu foco mudou nos últimos anos para o uso individual da tecnologia por pacientes e membros do público. Isso se deve aos desenvolvimentos tecnológicos e sociais nas últimas décadas. À medida que os computadores pessoais e a internet evoluíram nas décadas de 1980 e 1990, os sistemas de computadores e os ambientes on-line se tornaram mais acessíveis e baratos para o público em geral¹⁴. Isso foi rapidamente seguido pelo surgimento da tecnologia móvel, que permite que as pessoas gerenciem dados pessoais eletronicamente e tenham acesso a uma riqueza de informações e serviços pela internet, quase em qualquer lugar e a qualquer hora. Esses tipos de tecnologias agora são onipresentes e estão se tornando cada vez mais sofisticados¹⁵. Vários aplicativos e dispositivos podem ser integrados em computadores de mesa ou plataformas móveis, por exemplo, *smartphones*, *tablets* ou *laptops*, permitindo que os pacientes e o público os usem para gerenciar sua saúde e bem-estar, se assim o desejarem¹.

Alowais et al.¹⁶ apontam que os cuidados primários são 'cuidados de saúde essenciais'

e a característica central de um sistema de saúde eficaz. Dessa forma, têm o potencial de melhorar a qualidade, reduzir custos e aumentar a equidade, fornecendo primeiro contato e agilidade a cuidados médicos abrangentes, contínuos e coordenados para pacientes e populações. A prevenção de doenças e suas complicações está entre as funções mais fundamentais da atenção primária, podendo, inclusive, diminuir a mortalidade e a morbidade em condições crônicas e agudas¹⁷.

Muitos estudos investigaram as fontes de prestação de serviços de saúde preventiva^{6,18,19}. Entre as principais barreiras à implementação de cuidados preventivos por clínicos está o tempo. Estudos mostraram que 8,6 horas por dia de trabalho são necessárias para que um clínico atenda totalmente às recomendações de cuidados preventivos²⁰. Um crescimento constante nas demandas concorrentes em todo o gerenciamento de necessidades agudas, crônicas e preventivas e uma população envelhecida com comorbidades crescentes²¹ tornam quase impossível para um clínico fornecer serviços preventivos recomendados sem suporte. Inovações na prestação de cuidados, como o serviço de assistência domiciliar centrado no paciente, o uso de agentes comunitários de saúde e a integração da atenção primária com a saúde pública podem ajudar a reduzir essa carga sobre os clínicos. Ademais, com a rápida evolução da tecnologia da informação, as TIC são cruciais para abordar a prevenção^{6,22}.

Com efeito, as TIC são entregues por meio de tecnologias digitais para dar suporte a várias necessidades do sistema de saúde e são usadas formal e informalmente por médicos, pacientes e partes interessadas da população²³. Exemplos dessas tecnologias incluem sistemas de telessaúde para serviços clínicos remotos, dispositivos médicos como suporte à decisão clínica, imagens médicas etc. Outras facetas da saúde digital, como análise avançada de dados e a IA, podem ser usadas como intervenções autônomas ou componentes integrados dentro das tecnologias digitais²⁴.

Aplicação da IA nos cuidados de saúde

A IA é um campo em rápida evolução na assistência médica, com grande potencial para informar a tomada de decisões com base em evidências e, em última análise, melhorar os resultados de saúde^{5,8,24}.

As principais funções e benefícios esperados de IA nos cuidados de saúde, de acordo com Chen e Asch²⁵, apontam três vertentes principais, tais como:

1. Apoio ao diagnóstico e à tomada de decisão clínica: a) Sistemas de IA podem auxiliar profissionais de saúde na identificação precoce de doenças, fornecendo diagnósticos baseados em padrões em grandes volumes de dados clínicos, como exames laboratoriais, históricos médicos e imagens, por exemplo, com algoritmos usados para identificar sinais precoces de comprometimento com alguma disfunção do paciente;
2. Gestão e monitoramento de pacientes: a) Ferramentas de IA permitem monitorar pacientes com condições crônicas por meio de aplicativos que coletam dados em tempo real e alertam profissionais sobre alterações significativas;
3. Otimização de fluxos de trabalho e alocação de recursos: a) Algoritmos podem ser usados para prever demanda por serviços, facilitando a alocação de recursos humanos e materiais em clínicas e hospitais, promovendo eficiência operacional.

Dado o papel crescente da APS em nossa sociedade, é importante desenvolver estratégias que abordem as limitações do sistema de saúde existente e melhorem a qualidade geral do atendimento prestado. Isso inclui esforços para reduzir a crescente carga de cuidados de saúde, bem como a carga de doenças crônicas, diminuindo as taxas de classificação e diagnósticos incorretos, reduzindo os casos de

doenças mal administradas e aumentando a acessibilidade aos cuidados²⁶.

Este artigo relata os resultados de uma série de estudos projetados para explorar essas questões, identificando questões-chave relacionadas ao uso de ferramentas de IA na APS, explorando as opiniões da APS e das partes interessadas em saúde digital. Buscamos obter uma compreensão holística dessas questões, envolvendo as diferentes perspectivas trazidas nos dados obtidos nesta pesquisa. Por conseguinte, essa revisão teve como objetivo discutir o uso das TIC para melhorar a gestão, o diagnóstico e o cuidado na APS.

Material e métodos

Esta revisão de escopo aderiu às diretrizes PRISMA-ScR (Itens de Relatórios Preferenciais para Revisões Sistemáticas e Extensão de Meta-Análises para Revisões de Escopo) para garantir a transparência e confiabilidade do estudo²⁷. As diretrizes PRISMA-ScR, recomendadas pelo Joanna Briggs Institute²⁸ e pela Cochrane para revisões de escopo²⁹, garantem relatórios rigorosos e padronizados.

O protocolo desta revisão foi registrado na plataforma Open Science Framework³⁰.

Esta revisão partiu da seguinte pergunta norteadora: em que medida se encontra a aplicação dos dados digitais de saúde dos pacientes usando a IA na atenção primária?

Quanto às fontes de informação e à estratégia de busca, realizou-se uma busca abrangente nos bancos de dados eletrônicos: Web of Science, Proquest Central, Emerald Management Journals, PubMed e Scopus/Elsevier. A busca descobriu que a base Web of Science contém a maior parte da literatura e, após a triagem e remoção de duplicatas, é a principal fonte de literatura. Ela possui literatura de maior qualidade e precisão de citação significativamente melhor do que outros bancos de dados. O PubMed continua sendo uma ferramenta importante na pesquisa

eletrônica biomédica. O Scopus cobre uma gama mais ampla de periódicos, de ajuda tanto na pesquisa de palavras-chave quanto na análise de citações. A base ProQuest Central reúne muitos de nossos bancos de dados mais usados para criar o banco de dados de pesquisa multidisciplinar abrangente, diversificado e relevante. A base Emerald Management Journals é uma das principais editoras digitais do mundo, compondo uma gama de revistas importantes.

A estratégia de busca foi projetada para capturar todos os estudos relevantes sobre IA dentro do domínio da saúde. A busca foi realizada no período de julho a setembro de 2024. Os descritores e termos foram extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), respectivamente. As palavras-chave usadas na pesquisa incluíram combinações de: (“*artificial intelligence*” OR “*expert systems*”) AND (“*primary health care*” OR “*health*” OR “*health care*” OR “*medical*” OR “*wellness*” OR “*health-care system*”) AND (“*application*”).

A estratégia de investigação empregada foi delineada para identificar os artigos que tivessem pelo menos um dos descritores utilizados. Todos os registros identificados foram importados para o *software* de acesso aberto Rayyan. Duplicatas foram removidas, e os títulos e resumos dos registros restantes foram selecionados para elegibilidade por pelo menos um dos autores. Qualquer incerteza ou conflito foi discutido até que um consenso fosse alcançado entre todos os autores. Também revisamos continuamente nossas interpretações dos critérios de seleção. Quando surgiram dúvidas, voltamos atrás para garantir que os critérios tivessem sido aplicados corretamente e de forma universal, independentemente de quem havia selecionado os registros. Pelo menos dois pesquisadores, então, selecionaram artigos de texto completo de forma independente. Conflitos e incertezas foram novamente resolvidos por meio de discussão, até que o consenso fosse alcançado entre todos os pesquisadores.

As informações extraídas incluíram características do estudo (autor, ano de publicação), objetivos da pesquisa, aplicação de IA na atenção primária, principais benefícios relatados e desafios identificados. Os dados foram sintetizados narrativamente para fornecer ao autor todos os dados inseridos meticulosamente revisados, realizando tarefas como verificação ortográfica e formatação de células, para garantir a precisão da síntese de dados. Posteriormente, métodos estatísticos descritivos, incluindo cálculos de frequência e porcentagem, foram empregados para apresentar as descobertas. Os dados descritivos derivados dos estudos incluídos foram sistematicamente organizados em tabelas e figuras, alinhando-se com os objetivos do estudo conforme determinado.

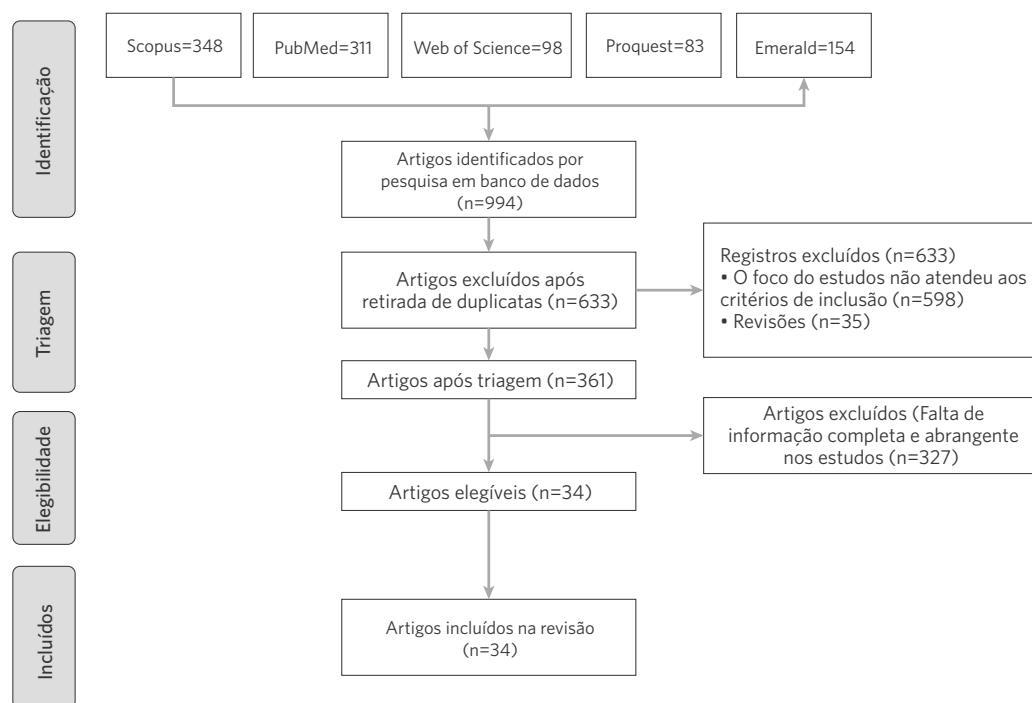
Para esta revisão, foram considerados elegíveis artigos de periódicos revisados por pares, com espaço temporal em aberto, que tivessem sido publicados até setembro de 2024, escritos em português, inglês ou espanhol. Utilizou-se como critério de exclusão artigos que não se relacionassem à questão de pesquisa. Adicionalmente, incluem-se, também, artigos de revisão, meta-análises e metassínteses; entretanto, analisaram-se as referências desses artigos de forma a examinar a existência de alguma publicação que não tenha sido encontrada na pesquisa. Por fim, complementou-se eliminando conferências, resumos, editoriais, relatórios, dissertações e teses.

A bibliometria, como uma análise quantitativa da literatura, serve como uma ferramenta metodológica para delinear tendências de desenvolvimento dentro de campos acadêmicos específicos, enfatizando a obtenção de resultados quantificáveis, replicáveis e objetivos. Neste estudo, conduziu-se uma análise utilizando o *software* VOSViewer versão 1.6.20, uma ferramenta amplamente reconhecida de análise bibliométrica para examinar visualmente a literatura³¹. O VOSviewer utiliza as inter-relações entre entidades acadêmicas, como autores, periódicos e palavras-chave, para descrever tendências de pesquisa científica

dentro de um domínio específico. As unidades de análise no VOSviewer abrangem países, autores, periódicos, palavras-chave e muito mais, adaptadas ao foco analítico e ao tipo de banco de dados. Os nós na visualização representam unidades de análise, com o tamanho do nó indicando sua significância na rede. As conexões entre os nós são representadas por linhas, com linhas mais grossas denotando conexões mais fortes. As cores dos nós denotam

clusters distintos, em que nós da mesma cor pertencem ao mesmo *cluster*³². Neste estudo, inicialmente, analisamos redes colaborativas para identificar e descrever o escopo e o uso das intervenções digitais na saúde com o subsídio da IA na APS. Posteriormente, uma análise de cocitação com base em fontes de publicação foi conduzida para revelar potenciais composições disciplinares dentro desse

Figura 1. O diagrama de fluxo ilustra o fluxo de informações através das diferentes fases da revisão de escopo, incluindo o número de registros identificados, registros incluídos e excluídos e os motivos da exclusão



Fonte: elaboração própria.

Conforme é apresentado na *figura 2*, os estudos incluídos foram publicados entre 2014 (2,94%) e 2024 (14,70%), com a produção atingindo seu ápice no ano de 2022 (26,47%). A maioria desses estudos foi realizada em diferentes países, como Romênia, Taiwan, Israel, Suíça, Bélgica, Itália, Escócia,

Indonésia e Chile (n = 1), China e Inglaterra (n = 2), Austrália (n = 3), Espanha, Brasil e Estados Unidos da América (n = 4), e Canadá (n = 6). Dessa forma, a maioria dos estudos foi conduzida em países de renda média-alta (n = 31; 91,17%) e países de renda média-baixa (n = 3; 8,83%).

Figura 2. Gráfico de distribuição geográfica dos estudos incluídos na pesquisa



Fonte: elaboração própria.

O *quadro 1* apresenta as características gerais dos artigos selecionados para esta pesquisa, que foram identificados e categorizados

segundo autor, ano de publicação, periódico, descrição do objeto de pesquisa e resultados.

Quadro 1. Características descritivas dos 34 estudos selecionados que examinaram o uso das intervenções digitais na saúde com o subsídio da IA na APS

Ano de publicação	Autor	Periódico	Objetivo	Desfecho
2014	Mahendradhata et al. ³³	BMC Health Services Research	Discutir a implementação da IA como meio específico de alcançar a cobertura universal de saúde, para melhorar o acesso aos serviços de saúde (particularmente, para populações desfavorecidas).	O atual movimento de cobertura universal de saúde surgiu em resposta a uma crescente conscientização sobre os problemas mundiais de baixo acesso aos serviços de saúde, baixa qualidade de atendimento e altos níveis de risco financeiro.
2016	Pinto e Rocha ³⁴	Ciência & Saúde Coletiva	Descrever os resultados obtidos com a implementação da Rede de Observatórios locais pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, no uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local.	O OTICS-RIO (Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde), com custo muito reduzido para o SUS e com uso das tecnologias de informação, permite um registro mais ágil do dia a dia de cada unidade de saúde, assim como viabiliza o acesso em tempo real de documentos, vídeos, fotografias e outros registros que podem ser compartilhados com a sociedade.
2019	Pearce et al. ³⁵	The Medical journal of Australia	Usar registros vinculados de todos os pacientes admitidos ao longo de 5 anos para mapear a qualidade dos atendimentos.	No passado, todos os dados sobre os pacientes podiam estar contidos na cabeça do médico ou em pequenos pedaços de papel. Agora, os pacientes geram grandes quantidades de dados contidos em um ambiente digital. O 'paciente físico' deve ser combinado com o 'paciente de dados' para se tornar o 'paciente interativo'.
2019	Blease et al. ³⁶	Journal of Medical Internet Research	Explorar as opiniões dos médicos sobre o impacto potencial da IA em tarefas-chave na atenção primária.	A esmagadora maioria dos médicos considerou que há benefícios potenciais para a atenção primária.

Quadro 1. Características descritivas dos 34 estudos selecionados que examinaram o uso das intervenções digitais na saúde com o subsídio da IA na APS

Ano de publicação	Autor	Periódico	Objetivo	Desfecho
2019	Liyanage et al. ¹	Yearbook of Medical Informatics	Formar consenso sobre percepções, questões e desafios da IA na atenção primária.	Especialistas em cuidados na atenção primária relataram que a IA tem potencial para melhorar decisões em processos gerenciais e clínicos do paciente.
2019	Ye et al. ³⁷	Journal of Medical Internet Research	Investigar a aceitação do público em geral de dispositivos de IA oftálmicos, com referência aos já usados na China, e os fatores de influência inter-relacionados que moldam a intenção das pessoas de usar esses dispositivos.	O uso de IA em diagnósticos e análises laboratoriais clínicas pelo público chinês melhorou não só o atendimento clínico como a compatibilização das informações, mitigando a desconfiança de equipes médicas.
2019	Lin et al. ³⁸	Journal of General Internal Medicine	Apresentar uma varredura atual das principais maneiras pelas quais a IA afetará os cuidados primários.	A pesquisa aponta o impacto das tecnologias de IA na obtenção de melhores cuidados, melhor saúde, custos mais baixos e maior bem-estar da força de trabalho.
2020	Liaw et al. ³⁹	Yearbook of Medical Informatics	Criar recomendações práticas para a curadoria de dados de saúde coletados rotineiramente e IA na atenção primária com foco em garantir seu uso ético.	1) Garantir o consentimento e o processo formal para governar o acesso e o compartilhamento durante todo o ciclo de vida dos dados; 2) Integrar a governança de dados e o gerenciamento da qualidade dos dados para apoiar a prática clínica em sistemas integrados de atendimento; 3) Reconhecer a necessidade de novos processos para abordar as questões éticas decorrentes da IA na atenção primária.
2020	Souza Filho et al. ⁴⁰	Arquivo Brasileiro de Cardiologia	Compreender a assistência à saúde, ética, inteligência artificial e cardiologia no cotidiano de usuários da Atenção Primária à Saúde.	Os cardiologistas precisam usar suas habilidades clínicas, sua sabedoria, empatia e princípios éticos para usar ferramentas de assistência baseadas em inteligência artificial no melhor interesse de seus pacientes.
2021	Torres et al. ¹⁵	Ciência & Saúde Coletiva	Apresentar a avaliação da aplicabilidade e potencialidade do uso de uma ferramenta de Business Intelligence no planejamento das ações de gestão da Atenção Primária em Saúde.	A ferramenta Business Intelligence viabiliza uma maior organização e planejamento, facilitando a gestão da Clínica da Família, sobretudo no monitoramento dos indicadores e processos avaliativos.
2021	Glock et al. ⁴¹	International Journal of General Medicine	Aprofundar as experiências dos médicos com relação à telemedicina, com foco em possíveis explicações para a lacuna entre intenção e uso.	Os médicos de cuidados primários expressaram preocupação com relação à IA no atendimento na Suécia, pois fatores externos na forma de disponibilidade e utilidade clínica da tecnologia específica eram os principais impedimentos ao uso, apesar de haver uma atitude geralmente positiva.
2021	Pagliari ⁴²	Journal of Global Health	Refletir sobre a amplitude dos desenvolvimentos digitais observados na atenção primária ao longo do tempo.	Conclui que uma estratégia incremental, adaptativa e centrada no paciente, focada em aumentar em vez de substituir os serviços existentes, será, inevitavelmente, mais frutífera.
2022	Lin ³	Journal of the American Board of Family Medicine	Analisar como as ações clínicas na atenção primária devem liderar a revolução da IA na assistência médica.	Apesar de seu potencial como uma força transformadora para a atenção primária, a maioria dos provedores de atenção primária não sabe o que é, como ela os impactará e a seus pacientes, e quais são suas principais limitações e armadilhas éticas.

Quadro 1. Características descritivas dos 34 estudos selecionados que examinaram o uso das intervenções digitais na saúde com o subsídio da IA na APS

Ano de publicação	Autor	Periódico	Objetivo	Desfecho
2022	Adams ⁴³	International journal of public health	Entender como a IA pode otimizar o desenvolvimento de pacientes na atenção primária e, com a assistência, promover uma transição para a medicina personalizada.	Os desenvolvimentos de IA observados no setor de saúde pública e cuidados primários são, em grande parte, devidos aos avanços no poder computacional e no acesso a dados, que, combinados, reforçam o poder preditivo dos algoritmos de Machine Learning.
2022	Turcian e Stoicu-Tivadar ⁹	Studies in health technology and informatics	Caracterizar o envolvimento prático da IA por meio de diferentes sistemas de suporte usados na medicina primária.	Foram identificados sistemas usados para diagnósticos variados (anormalidades cardíacas, diabetes etc.), determinando a prioridade do paciente para detecção precoce de doenças e suporte para tratamentos e medicamentos.
2022	Isbanner et al. ⁴⁴	Journal of Medical Internet Research	Avaliar e comparar em relação a diferentes aplicações de IA em cuidados de saúde e serviços sociais e determinar os atributos dos sistemas de IA de cuidados de saúde.	A maioria acha que os sistemas de IA devem aumentar e expressa amplo apoio à IA sobre a aceitabilidade, com diferentes benefícios.
2022	Qian et al. ⁴⁵	Front Public Health	Desenvolver um sistema automatizado de classificação e treinamento de retinopatia diabética baseado em IA a partir de um conjunto de dados de diabéticos do mundo real da China.	O sistema baseado em IA demonstrou alta precisão diagnóstica para a detecção de retinopatia diabética e pode ser utilizado como um sistema de auxílio de treinamento para estagiários sem instrução formal sobre o gerenciamento da doença.
2022	Richardson et al. ⁴⁶	Digital Health	Caracterizar as atitudes e crenças do paciente sobre a IA de saúde e os fatores que levam a essas atitudes pode ajudar a garantir que os valores do paciente estejam alinhados com a implementação dessas novas tecnologias.	Ao avaliar a IA na área da saúde, ficou denotado que os pacientes se baseiam em uma variedade de fatores para contextualizar essas novas tecnologias, incluindo experiências anteriores de doença, interações com sistemas de saúde e tecnologias de saúde estabelecidas, conforto com outras tecnologias da informação e outras experiências pessoais.
2022	Terry et al. ⁴⁷	BMC Medical Informatics and Decision Making	Identificar questões-chave relacionadas ao uso de ferramentas de IA na atenção primária à saúde, explorando as visões da atenção primária à saúde e das partes interessadas em saúde digital.	A implantação eficaz de ferramentas de IA na atenção primária à saúde requer o envolvimento dos profissionais no desenvolvimento e teste dessas ferramentas e uma correspondência entre as ferramentas de IA resultantes e as necessidades clínicas/sistêmicas na atenção primária à saúde.
2022	Liaw et al. ⁴⁸	JMIR Medical Informatics	Verificar no atendimento na Atenção Primária como procede a IA para avançar os cuidados de saúde e melhorar a saúde.	O sucesso da IA não é garantido, e as partes interessadas precisam estar envolvidas em seu desenvolvimento para garantir que as ferramentas resultantes possam ser facilmente usadas pelos médicos, proteger a privacidade do paciente e aumentar o valor do atendimento prestado.
2022	Soto-Ruiz et al. ⁴⁹	International Journal of Environmental Research and Public Health	Avaliar a eficácia de uma intervenção personalizada baseada em IA para melhorar a qualidade de vida de sobreviventes de câncer de mama em longo prazo e a autoeficácia para o manejo de sequelas tardias.	Sobreviventes de câncer de mama de longo prazo (> 5 anos livres da doença) podem sofrer sequelas tardias de câncer que afetam sua qualidade de vida. O uso de tele saúde para o tratamento do câncer é recomendado, mas pouco se sabe sobre a eficácia das intervenções digitais para sobreviventes de câncer de longo prazo.

Quadro 1. Características descritivas dos 34 estudos selecionados que examinaram o uso das intervenções digitais na saúde com o subsídio da IA na APS

Ano de publicação	Autor	Periódico	Objetivo	Desfecho
2023	Ben-Gal ⁵⁰	Frontiers in public health	Investigar o uso de aplicativos em plataformas de atendimento da atenção primária baseados em IA.	São destacados os principais determinantes sociais e comportamentais da aceitação de aplicativos de assistência médica e atenção primária habilitados por IA.
2023	Baek et al. ⁵¹	Frontiers in Cardiovascular Medicine	Estimar por IA a previsão de resultados cardiovasculares, distintos da idade cronológica.	A idade cardíaca biológica estimada pela IA teve um impacto significativo na mortalidade, sugerindo que a idade cardíaca do eletrocardiograma biológico IA facilita a prevenção primária e os cuidados de saúde para resultados cardiovasculares.
2023	Darcel et al. ⁵²	PLoS ONE	Identificar as barreiras que pacientes, provedores e líderes de saúde percebem com relação à implementação da IA na atenção primária e estratégias para superá-las.	As barreiras que emergiram das sessões de diálogo deliberativo foram agrupadas em quatro temas: 1) prontidão do sistema e dos dados; 2) o potencial de vies e desigualdade; 3) a regulamentação da IA e do 'big data'; e 4) a importância das pessoas como facilitadoras de tecnologia.
2023	Catalina et al. ⁵³	Digital Health	Descrever a percepção dos profissionais de saúde da atenção primária sobre o uso da IA como ferramenta de saúde e seu impacto na radiologia é crucial para garantir sua implementação bem-sucedida.	Os resultados deste estudo mostram que a maioria dos profissionais compreendeu o conceito de IA, percebeu o seu impacto de forma positiva e sentiu-se preparado para a sua implementação. Além disso, apesar de limitada a um auxílio diagnóstico, a implementação da IA na radiologia foi uma alta prioridade para esses profissionais.
2023	Nash et al. ⁵⁴	Journal of American Board of Family Medicine	Entender as opiniões da equipe e dos profissionais de saúde sobre o uso potencial de ferramentas orientadas por IA para ajudar a cuidar de pacientes em um ambiente de atenção primária.	Foi identificado nos participantes ampla aceitação de IA nos procedimentos da atenção primária, denotando que esta pode melhorar o atendimento médico e ajudar a prevenir o esgotamento dos clínicos; no entanto, havia preocupações sobre o impacto na relação paciente-médico.
2023	Upshaw et al. ⁵⁵	Journal of American Board of Family Medicine	Organizar um diálogo deliberativo nacional com as partes interessadas da atenção primária de todo o Canadá para explorar como achavam que a IA deveria ser aplicada na atenção primária.	Os participantes viam o suporte complexo à decisão clínica orientada por IA e as ferramentas de atendimento proativo como impactantes.
2023	Mahlknecht et al. ⁵⁶	BMC Primary Care	Avaliar as atitudes de pacientes e médicos com relação a essas ferramentas em ambientes de clínica geral italianos, com foco em sua utilidade percebida, satisfação do usuário e desafios potenciais.	Os rápidos avanços na IA levaram à adoção de verificadores de sintomas orientados por IA na atenção primária. Os motivos de satisfação mais frequentemente relatados pelos pacientes foram facilidade de uso, perguntas precisas e abrangentes, potencial de economia de tempo percebido e incentivo à autorreflexão.
2024	Francisco e Burns ²²	JMIR Research Protocols	Entender como os registros médicos eletrônicos são utilizados com a IA.	Os registros médicos eletrônicos têm o potencial de ser ainda mais otimizados com a introdução da IA.
2024	Margozzini et al. ⁵⁷	Bulletin of the World Health Organization	Contribuir com argumentos técnicos para o debate sobre a importância dos inquéritos de exames de saúde e seu uso continuado no contexto da IA.	As considerações técnicas demonstram que os inquéritos de exame de saúde fazem uma contribuição insubstituível para a disponibilidade local de dados primários de saúde que podem ser usados em uma série de estudos adicionais essenciais para informar várias fases do ciclo de planejamento de saúde.

Quadro 1. Características descritivas dos 34 estudos selecionados que examinaram o uso das intervenções digitais na saúde com o subsídio da IA na APS

Ano de publicação	Autor	Periódico	Objetivo	Desfecho
2024	Ghadiri et al. ⁵⁸	BMC Primary Care	Explorar os desafios dos médicos de cuidados primários em lidar com a saúde mental dos adolescentes, juntamente com suas atitudes com relação ao uso da IA, para auxiliá-los em suas tarefas.	Os médicos de cuidados primários enfatizaram a necessidade de os órgãos reguladores lidarem com os aspectos médico-legais e éticos da IA e diretrizes claras para reduzir ou eliminar o potencial de danos ao paciente.
2024	Vidal-Alaball et al. ⁵⁹	Atención Primaria	Servir de base para aproximar a IA dos profissionais da Atenção Primária, abordando desde seus conceitos mais técnicos até os aspectos éticos que a cercam e as possíveis formas de aplicá-la em consultas.	A IA pode ser uma ferramenta valiosa para a Atenção Primária, pois, entre outras coisas, pode ajudar os profissionais de saúde a melhorarem a precisão do diagnóstico, o gerenciamento de doenças crônicas e a eficiência geral dos cuidados que prestam. É importante enfatizar que, embora a IA seja capaz de processar grandes quantidades de dados e gerar previsões precisas, ela não pode substituir a habilidade e a experiência dos profissionais na tomada de decisões clínicas.
2024	Bekbolatova et al. ⁶⁰	Healthcare (Basel)	Alcançar um desempenho de nível humano com maior eficiência e precisão na resolução de problemas e execução de tarefas, reduzindo, assim, a necessidade de intervenção humana.	Os sistemas de IA são projetados para aumentar e apoiar os profissionais de saúde, liberando seu tempo para se concentrar em tarefas mais complexas e críticas. Ao automatizar tarefas rotineiras e repetitivas, a IA pode aliviar a carga dos profissionais de saúde, permitindo que eles dediquem mais atenção ao atendimento ao paciente.
2024	Young et al. ⁶¹	Journal of American Board of Family Medicine	Discutir como a ciência pode fornecer informações sobre quais aplicativos de IA afetarão a Atenção Primária no futuro.	A IA diagnosticou com sucesso algumas doenças a partir de imagens digitais, ajudou em tarefas administrativas, como escrever notas no registro eletrônico, convertendo voz em texto, e organizou informações de várias fontes dentro de um sistema de saúde.

Fonte: elaboração própria.

Hotspots de palavras-chave relacionadas a aplicação da IA na APS

As informações elaboradas por meio de estudos bibliométricos medem a contribuição do conhecimento científico derivado de publicações em determinada área. Os indicadores de produção são benéficos para o conhecimento da comunidade científica sobre o sistema em que atua. A bibliometria envolve a observação do estado da ciência através da produção científica registrada em um repositório de dados específico³¹. Dessa forma, com o auxílio do *software* VOSviewer, foi possível detectar as

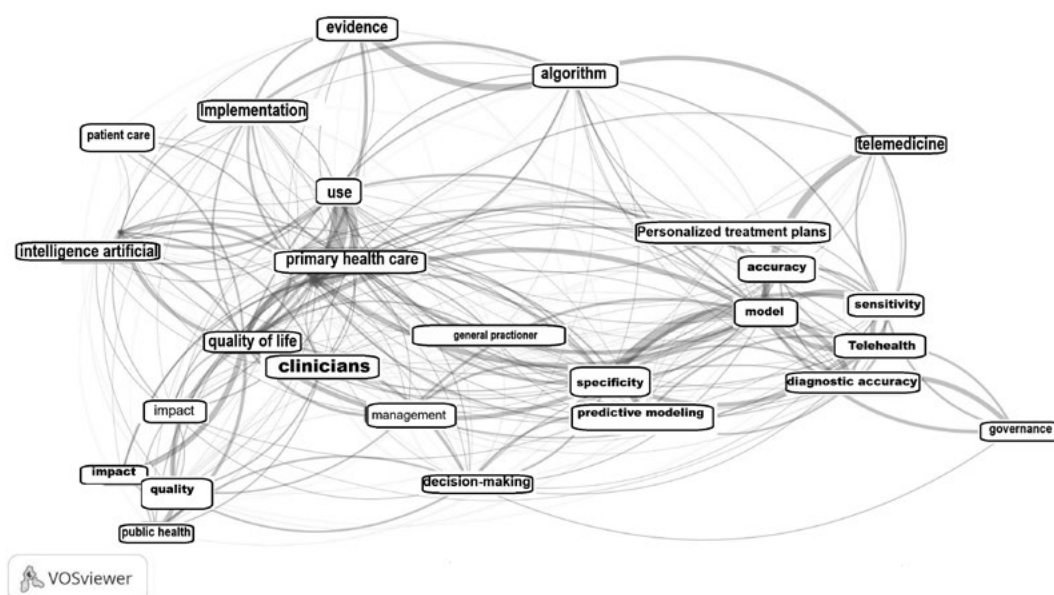
principais palavras-chave nos títulos e resumos dos artigos dos periódicos selecionados. As palavras-chave foram detectadas com base em uma rede de coocorrência, como pode ser visto na *figura 3*. Utilizando a técnica de agrupamento VOSviewer, observa-se que três clusters foram formados a partir de 26 palavras-chave identificadas algoritmicamente pelo *software*. Verificou-se, também, que as palavras-chave apresentadas em cada *cluster* estão estritamente relacionadas ao tema de pesquisa.

As ligações mostradas nos *clusters* formados são aleatórias, separando apenas os grupos de palavras. Cada círculo representa um termo, e apenas uma parte deles tem seu

nome apresentado, pois o *software*, para evitar sobreposições, identifica apenas alguns. O tamanho do círculo refere-se ao número de ocorrências do termo. As palavras presentes nos *clusters* possuem relação direta entre si,

correspondendo ao seu fator de separação. O tamanho de cada palavra do *cluster* está relacionado ao seu peso, ou seja, à sua coocorrência nas postagens.

Figura 3. Principais palavras-chave de tendência relacionadas à aplicação da IA na APS



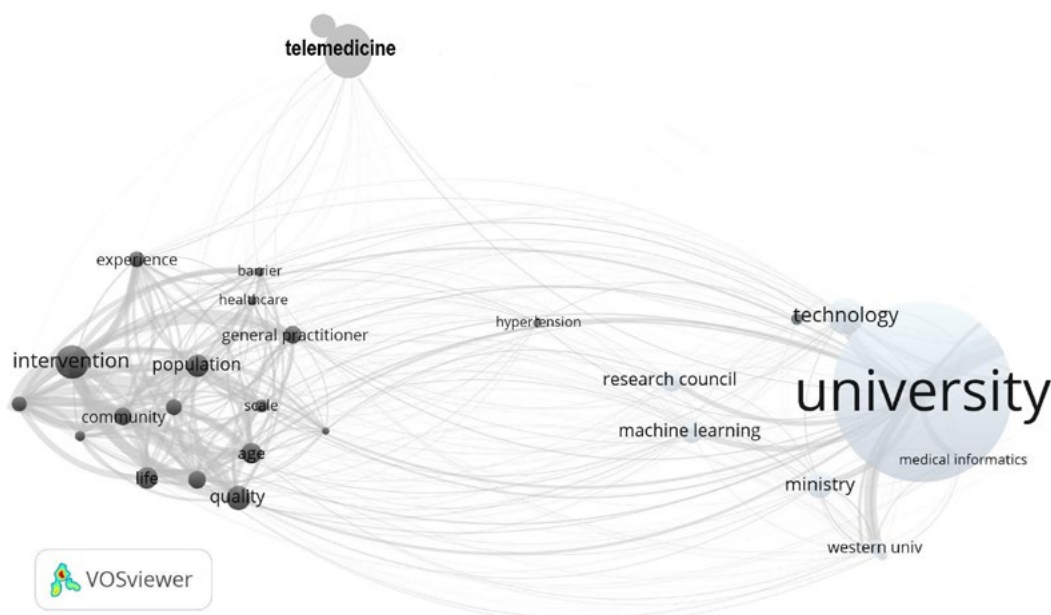
Fonte: elaboração própria.

Coocorrência dos artigos obtidos na pesquisa da aplicação da IA na APS

O arcabouço documental importado para o *software* VOSviewer dos achados da pesquisa produziu, após tratamento, 32 termos que coocorreram mais de uma vez e compuseram o mapa de coocorrência, distribuídos em cinco agrupamentos apresentados na *figura 4*, com linhas conectando nós indicando relações cooperativas de pesquisa. Linhas mais grossas denotam colaboração mais próxima. Esta análise inclui apenas pesquisas que contribuíram com um mínimo de 6 artigos para o conjunto de dados.

O termo que mais coocorreu nesse *cluster* – ‘*university*’ –, seguido do segundo nesse *ranking*, ‘*telemedicine*’, ‘*technology*’, ‘*machine learning*’, ‘*research council*’, ‘*intervention*’, ‘*population*’, ‘*quality*’, customizam o processo de translação do conhecimento, em que as evidências científicas são aplicadas na prática, embasando as ações da IA na APS. Os demais termos nos *clusters* com menor impacto mantêm sincronismo com o supradescrito, visto que correlacionam terminologias cuja abordagem aparece nos desfechos dos artigos obtidos na pesquisa.

Figura 4. Mapa de coocorrência sobre a aplicação da IA na APS em documentos indexados nas bases bibliográficas pesquisadas



Fonte: elaboração própria.

Discussão

Os sistemas de saúde enfrentam desafios estruturais e organizacionais que limitam sua capacidade de atender à população de maneira equitativa e eficiente⁶². O uso da IA na prestação de serviços de saúde tem crescido exponencialmente nos últimos anos, transformando a forma como diagnósticos, tratamentos e monitoramento de pacientes são realizados. A IA permite a análise de grandes volumes de dados de saúde em alta velocidade, auxiliando na identificação de padrões e na tomada de decisões clínicas mais precisas. Tecnologias computacionais e redes neurais estão sendo aplicadas em diversas áreas, como radiologia, onde algoritmos são capazes de detectar anomalias em exames de imagem com alta precisão, e na gestão de doenças crônicas, por meio de sistemas de monitoramento remoto e preditivo⁶³. Esse crescimento reflete a busca de soluções mais eficientes e acessíveis em meio aos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde globalmente.

Além disso, a adoção da IA tem sido impulsionada pela sua capacidade de melhorar a experiência do paciente e otimizar os fluxos de trabalho dos profissionais de saúde⁶⁴. O aumento do envelhecimento da população com múltiplas doenças crônicas e o aumento dos gastos com saúde em todo o mundo são alguns dos principais fatores que pressionam os sistemas de saúde⁶⁵. De acordo com Laranjo et al.⁶⁶, ações baseadas em IA demonstram potencial para melhorar o acesso e a continuidade dos cuidados, especialmente em populações subatendidas. A APS, em certa medida, pode responder a essas demandas tanto na população quanto na comunidade, não apenas em termos de políticas de saúde, mas, também, tecnologicamente⁶⁷. Sistemáticamente, a operacionalidade funcional na gestão da APS tende a estar digitalizada, usando, por conseguinte, sistemas de informação de saúde como parte da prestação de cuidados^{68,69}. Com efeito, o uso da IA na saúde também levanta desafios éticos e regulatórios, como a privacidade dos dados

e a responsabilidade em decisões clínicas, que exigem atenção cuidadosa na medida em que sua aplicação continua a se expandir⁷⁰. Os muitos ambientes e disciplinas clínicas diferentes podem corroborar a natureza orientada por dados dos cuidados de saúde; o fato de que a IA é altamente aplicável.

Os resultados obtidos nesta pesquisa evidenciaram que a aplicação de sistemas de IA na área da saúde é variada e se baseia em muitos tipos de desenhos e metodologias de estudo. Um pouco mais da metade dos estudos incluídos forneceu uma motivação clara para a implementação de um sistema de IA, que é um fator-chave para a adoção bem-sucedida da IA na área da saúde, através de uma motivação clara indicando alinhamento com necessidades bem definidas da prática clínica. Essa observação pode refletir uma compreensão consistente do que se entende por implementação de IA na prática diária e uma consistência metodológica em como tais implementações devem ser operacionalizadas. E, de tal forma, a maioria dos estudos tinha uma compreensão técnica ou computacional da implementação sistemática da IA na APS em termos da eficácia nos processos clínicos advindos da intervenção na gestão de atendimento ao paciente. De acordo com Davenport e Kalakota⁷¹, isso indica a natureza relativamente promissora das evidências nesse campo e é semelhante a outros estudos, que destacam que muitas das publicações sobre IA na área da saúde se concentram nos métodos e aspectos técnicos da aplicação do modelo de IA a cenários clínicos, e fornecem dados relevantes sobre o processo real de sua implementação na prática.

A maioria dos estudos foi publicada muito recentemente (2014-2024), o que não é surpreendente, dada a distribuição temporal dos estudos de saúde de IA. A pesquisa sobre a implementação da IA na área da saúde é predominantemente de natureza conceitual, dominada por comentários, perspectivas, artigos de opinião e estruturas conceituais que levantam questões importantes, e com evidências empíricas muito necessárias. Como

a base de evidências empíricas para a implementação de soluções de IA na rotina da assistência à saúde ainda é estreita e prematura, sobretudo em países de baixa renda, ela limita as possibilidades de generalização tanto para a prática quanto para o avanço das abordagens metodológicas. A maioria dos artigos foi publicada em países de alta renda, principalmente no Canadá^{22,47,52,54,55,58}; entretanto, o Brasil^{15,33,40,63} tem se mostrado atento a essas questões. Essa descoberta é consistente com a infraestrutura de saúde digital mais desenvolvida, e se alinha com aplicações de IA em vários campos da saúde^{72,73}.

O uso crescente de sistemas de registros médicos eletrônicos nas últimas décadas significa que há um grande volume de dados disponíveis para utilização de aplicativos de IA³. A IA pode ajudar aumentando (apoando) tarefas como a tomada de decisões para reduzir a carga cognitiva dos médicos. Isso seria particularmente útil para desafiar a tomada de decisões diagnósticas ou terapêuticas. Outrossim, pode fazer a análise de dados em segundo plano para permitir que se tenha um registro mais integrado dos pacientes durante uma consulta⁶⁷.

A necessidade de médicos conduzirem a prestação de cuidados não desaparecerá e, de fato, se tornará mais crítica, pois vários resultados sugeridos por aplicativos de IA exigirão validação médica para o paciente. À medida que os médicos aprendem a validar ou refutar decisões de aprendizado profundo, que, inicialmente, podem parecer não plausíveis, isso aumentará a confiança dos médicos nos processos de IA. Com o tempo, podemos aceitá-las como boas decisões de IA ou aprender quando o cérebro humano pode precisar substituir uma proposição para uma decisão final.

Em uma avaliação crítica, a aplicação da IA na APS é promissora, mas também complexa. A eficácia da IA na melhoria dos cuidados depende de uma abordagem integrada que leve em consideração a infraestrutura tecnológica, o treinamento contínuo dos profissionais de

saúde e uma sólida base ética e regulatória^{39,70}. Apesar das dificuldades, os avanços nas áreas de diagnóstico e monitoramento remoto já mostram resultados positivos, sugerindo que, com os investimentos adequados em infraestrutura e educação, a IA pode representar uma grande mudança na prestação de cuidados de saúde na APS⁶¹. Contudo, é necessário garantir que as implementações de IA complementem, e não substituam, o aspecto humano do cuidado, mantendo a empatia e o julgamento clínico dos profissionais de saúde como elementos centrais no atendimento ao paciente.

Considerações finais

Esta revisão destacou vários caminhos transversais e fatores contextuais que, provavelmente, moderaram os efeitos das intervenções de saúde digital na APS. Ao avaliar o papel das soluções digitais nos ambientes de APS, é importante considerar não apenas a funcionalidade técnica da tecnologia e as respostas comportamentais dos usuários finais, mas, também, as necessidades mais amplas do sistema de saúde e a prontidão do ecossistema digital, incluindo a capacidade disponível no nível da APS para acomodar a introdução de soluções digitais. Há uma necessidade de estruturas conceituais e/ou metodológicas para melhor entender, classificar e examinar os mecanismos associativos dos resultados da aplicação da IA na APS, e entender como vários fatores individuais, organizacionais, tecnológicos e de nível de sistema influenciam o desempenho das soluções clínicas no atendimento.

O atual corpo de evidências empíricas demonstra uma concordância entre as necessidades de pesquisa e prática. Por um lado, a pesquisa conceitual e metodológica de IA baseia-se em revolucionar os cuidados de saúde e estimula sua implementação na prática, mostrando a exequibilidade do processo. Por outro lado, o conhecimento empiricamente suportado atual deriva, principalmente, de implementações de sistemas de IA, no caso do Brasil e países concomitantes, com realidades distantes, por incentivo financeiro deficiente, com baixa autonomia de ação, somente tendo destaque lições sobre o processo de implementação que são típicas de implementações de outros tipos de sistemas de informação. Isso destaca a necessidade de pesquisas futuras avançarem em duas correntes principais: 1) estudar empiricamente os processos de implementação de vários tipos de sistemas de IA na prática de saúde; e 2) apoiar pesquisas empíricas e implementações práticas, desenvolvendo e disseminando uma estrutura de implementação específica de IA que leve em consideração alguns dos aspectos únicos relacionados à adoção da IA na área da saúde, como construir confiança, abordar questões de transparência, desenvolver soluções explicáveis e interpretáveis e abordar questões éticas em torno da privacidade e proteção de dados.

Colaboradores

Torres DR (0000-0001-6001-1770)*, Wermelinger ED (0000-0003-1926-4789)* e Ferreira AP (0000-0002-7122-5042)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Liyanage H, Liaw ST, Jonnagaddala J, et al. Artificial Intelligence in Primary Health Care: Perceptions, issues, and challenges. *Yearb Med Inform.* 2019;28(1):41-6. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0039-1677901>
- He J, Baxter SL, Xu J, et al. The practical implementation of Artificial Intelligence Technologies in medicine. *Nat Med.* 2019;25(1):30-6. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-018-0307-0>
- Lin S. A clinician's guide to Artificial Intelligence (AI): Why and how Primary Care should lead the Health Care AI revolution. *J Am Board Fam Med.* 2022;35(1):175-84. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.01.210226>
- Meskó B, Hetényi G, Györfy Z. Will Artificial Intelligence solve the human resource crisis in healthcare? *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):545. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3359-4>
- Miotto R, Wang F, Wang S, et al. Deep learning for healthcare: review, opportunities and challenges. *Briefings in Bioinformatics.* 2018;19(6):1236-46. DOI: <https://doi.org/10.1093/bib/bbx044>
- Kuriakose R, Aggarwal A, Sohi R, et al. Patient safety in primary and outpatient health care. *J Family Med Prim Care.* 2020;9(1):7. DOI: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_837_19
- Buntin MB, Burke MF, Hoaglin MC, et al. The benefits of Health Information Technology: A review of the recent literature shows predominantly positive results. *Health Affairs.* 2011;30(3):464-71. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0178>
- Haux R. Medical informatics: Past, present, future. *Int J Med Inform.* 2010;79(9):599-610. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2010.06.003>
- Turcian D, Stoicu-Tivadar V. Artificial Intelligence in primary care: an overview. In: Mantas J, Hasman A, Househ MS, et al., organizadores. *Studies in health technology and informatics.* [local desconhecido]: IOS Press; 2022. p. 208-11. DOI: <https://ebooks.iospress.nl/doi/10.3233/SHTI210896>
- Ferdosi M, Rezayatmand R, Molavi Taleghani Y. Risk management in executive levels of Healthcare organizations: Insights from a Scoping Review (2018). *Risk Manag. Healthc. Policy.* 2020;13:215-43. DOI: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S231712>
- Eysenbach G, Jadad AR. Evidence-based patient choice and consumer health informatics in the internet age. *J Med Internet Res.* 2001;3(2):e19. DOI: <https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e19>
- Hamade N, Terry A, Malvankar-Mehta M. *BMJ Health Care Inform.* 2019;26(1):e000023. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjhci-2019-000023>
- Lorenzi NM, Kouroubali A, Detmer DE, et al. How to successfully select and implement electronic health records (EHR) in small ambulatory practice settings. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2009;9(1):15. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6947-9-15>
- Albino JP, Valente VCPN. *Inteligência Artificial e suas aplicações interdisciplinares.* Rio de Janeiro: Editora e-Publicar; 2023. DOI: <https://doi.org/10.47402/ed.ep.b202320930201>
- Torres DR, Cardoso GCP, Abreu DMFD, et al. Aplicabilidade e potencialidades no uso de ferramentas de Business Intelligence na Atenção Primária em Saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2021;26(6):2065-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.03792021>
- Alowais SA, Alghamdi SS, Alsuhbany N, et al. Revolutionizing healthcare: the role of Artificial Intelligence in clinical practice. *BMC Med Educ.* 2023;23(1):689. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04698-z>
- Grant A, Kontak J, Jeffers E, et al. Barriers and enablers to implementing interprofessional Primary Care teams: A narrative review of the literature using the

- consolidated framework for implementation research. *BMC Prim Care*. 2024;25(1):25. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02240-0>
18. Wachterman MW, Pilver C, Smith D, et al. Quality of end-of-life care provided to patients with different serious illnesses. *JAMA Intern Med*. 2016;176(8):1095. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.1200>
 19. Del Pozo B, Park JN, Taylor BG, et al. Knowledge, attitudes, and beliefs about opioid use disorder treatment in Primary Care. *JAMA Netw Open*. 2024;7(6):e2419094. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.19094>
 20. Privett N, Guerrier S. Estimation of the time needed to deliver the 2020 USPSTF preventive care recommendations in Primary Care. *Am J Public Health*. 2021;111(1):145-9. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305967>
 21. Veras R. A contemporary and innovative care model for older adults. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2020;23(1):e200061. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200061>
 22. Francisco KM, Burns CM. An approach to potentially increasing adoption of an Artificial Intelligence-enabled electronic medical record encounter in Canadian Primary Care: Protocol for a user-centered design. *JMIR Res Protoc*. 2024;13:e54365. DOI: <https://doi.org/10.2196/54365>
 23. Silva CRDV, Lopes RH, Martiniano CS, et al. Conceito de saúde digital na Atenção Primária à Saúde (2020-2022): um estudo baseado no método evolucionário de Rodgers. *BOCA*. 2024;17(49):432-54. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10565467>
 24. Borba FA, Ogata AJ. O uso de sistemas de Inteligência Artificial para a personalização da experiência do paciente: A percepção de gestores de tecnologia e inovação de hospitais associados à ANAHP. *JBES*. 2024;16(2):108-20. DOI: <https://doi.org/10.21115/JBES.v16.n2.p108-120>
 25. Chen JH, Asch SM. Machine learning and prediction in medicine – Beyond the peak of inflated expectations. *N Engl J Med*. 2017;376(26):2507-9. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1702071>
 26. Bodenheimer T, Chen E, Bennett HD. Confronting the growing burden of chronic disease: Can the U.S. Health Care workforce do the job? *Health Affairs*. 2009;28(1):64-74. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.1.64>
 27. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. DOI: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
 28. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIE Evidence Synthesis*. 2020;18(10):2119-26. DOI: <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
 29. 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>
 30. Torres DR, Wermelinger ED, Ferreira AP. Aplicação da Inteligência Artificial na Atenção Primária à Saúde: Revisão de escopo e avaliação crítica. *Open Science Framework* [Internet]. 2024 [acesso em 2024 nov 22]. Disponível em: <https://osf.io/4b2jr>
 31. Van Eck NJ, Waltman L. Software survey: VOSviewer, a computer program for bibliometric mapping. *Scientometrics*. 2010;84(2):523-38. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11192-009-0146-3>
 32. Moral-Muñoz JA, Herrera-Viedma E, Santisteban-Espejo A, et al. Software tools for conducting bibliometric analysis in science: An up-to-date review. *EPI*. 2020;29(1). DOI: <https://doi.org/10.3145/epi.2020.ene.03>
 33. Mahendradhata Y, Souares A, Phalkey R, et al. Optimizing patient-centeredness in the transitions of heal-

- thcare systems in low- and middle-income countries. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1):386. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-386>
34. Pinto LF, Rocha CMF. Inovações na Atenção Primária em Saúde: O uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(5):1433-48. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26662015>
 35. Pearce C, McLeod A, Rinehart N, et al. Artificial Intelligence and the clinical world: A view from the front line. *Med J Aust*. 2019;210(S6). DOI: <https://doi.org/10.5694/mja2.50025>
 36. Blease C, Kaptchuk TJ, Bernstein MH, et al. Artificial Intelligence and the future of Primary Care: Exploratory qualitative study of UK general practitioners' views. *J Med Internet Res*. 2019;21(3):e12802. DOI: <https://doi.org/10.2196/12802>
 37. Ye T, Xue J, He M, et al. Psychosocial factors affecting Artificial Intelligence adoption in health care in China: Cross-sectional study. *J Med Internet Res*. 2019;21(10):e14316. DOI: <https://doi.org/10.2196/14316>
 38. Lin SY, Mahoney MR, Sinsky CA. Ten ways Artificial Intelligence will transform Primary Care. *J Gen Intern Med*. 2019;34(8):1626-30. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05035-1>
 39. Liaw ST, Liyanage H, Kuziemy C, et al. Ethical use of electronic health record data and Artificial Intelligence: Recommendations of the Primary Care informatics working group of the International Medical Informatics Association. *Yearb Med Inform*. 2020;29(01):51-7. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701980>
 40. Souza EMD, Fernandes FDA, Pereira NCDA, et al. Ética, Inteligência Artificial e cardiologia. *Arq. Bras. Cardiol*. 2020;115(3):579-83. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20200143>
 41. Glock H, Milos Nymberg V, Borgström Bolmsjö B, et al. Attitudes, Barriers, and concerns regarding telemedicine among Swedish Primary Care physicians: A qualitative study. *Int J Gen Med*. 2021;14:9237-46. DOI: <https://doi.org/10.2147/IJGM.S334782>
 42. Pagliari C. Digital health and primary care: Past, pandemic and prospects. *J Glob Health*. 2021;11:01005. DOI: <https://doi.org/10.7189/jogh.11.01005>
 43. Adams J. Artificial Intelligence as an enabler of achieving Primary Care + public health = 1. *Int J Public Health*. 2022;67:1605257. DOI: <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1605257>
 44. Isbanner S, O'Shaughnessy P, Steel D, et al. The adoption of Artificial Intelligence in health care and social services in Australia: Findings from a methodologically innovative national survey of values and attitudes (the AVA-AI Study). *J Med Internet Res*. 2022;24(8):e37611. DOI: <https://doi.org/10.2196/37611>
 45. Qian X, Jingying H, Xian S, et al. The effectiveness of Artificial Intelligence-based automated grading and training system in education of manual detection of diabetic retinopathy. *Front Public Health*. 2022;10:1025271. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1025271>
 46. Richardson JP, Curtis S, Smith C, et al. A framework for examining patient attitudes regarding applications of Artificial Intelligence in healthcare. *Digit Health*. 2022;8:8:20552076221089084. DOI: <https://doi.org/10.1177/20552076221089084>
 47. Terry AL, Kueper JK, Beleno R, et al. Is primary health care ready for Artificial Intelligence? What do primary health care stakeholders say? *BMC Med Inform Decis Mak*. 2022;22(1):237. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12911-022-01984-6>
 48. Liaw WR, Westfall JM, Williamson TS, et al. Primary Care: The actual intelligence required for Artificial Intelligence to advance health care and improve health. *JMIR Med Inform*. 2022;10(3):e27691. DOI: <https://doi.org/10.2196/27691>
 49. Soto-Ruiz N, Escalada-Hernández P, Martín-Rodríguez LS, et al. Web-Based personalized intervention to

- improve quality of life and self-efficacy of long-term breast cancer survivors: Study protocol for a randomized controlled trial. *IJERPH*. 2022;19(19):12240. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph191912240>
50. Ben-Gal HC. Artificial intelligence (AI) acceptance in primary care during the coronavirus pandemic: What is the role of patients' gender, age and health awareness? A two-phase pilot study. *Front Public Health*. 2023;10:931225. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.931225>
 51. Baek YS, Lee DH, Jo Y, et al. Artificial intelligence-estimated biological heart age using a 12-lead electrocardiogram predicts mortality and cardiovascular outcomes. *Front Cardiovasc Med*. 2023;10:1137892. DOI: <https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1137892>
 52. Darcel K, Upshaw T, Craig-Neil A, et al. Implementing Artificial Intelligence in Canadian primary care: Barriers and strategies identified through a national deliberative dialogue. *PLoS One*. 2023;18(2):e0281733. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281733>
 53. Catalina QM, Fuster-Casanovas A, Vidal-Alaball J, et al. Knowledge and perception of primary care healthcare professionals on the use of artificial intelligence as a healthcare tool. *Digit Health*. 2023;9:20552076231180511. DOI: <https://doi.org/10.1177/20552076231180511>
 54. Nash DM, Thorpe C, Brown JB, et al. Perceptions of Artificial Intelligence use in Primary Care: A qualitative study with providers and staff of Ontario community Health Centres. *J Am Board Fam Med*. 2023;36(2):221-8. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.220177R2>
 55. Upshaw TL, Craig-Neil A, Macklin J, et al. Priorities for Artificial Intelligence applications in Primary Care: A Canadian deliberative dialogue with patients, providers, and health system leaders. *J Am Board Fam Med*. 2023;36(2):210-20. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.220171R1>
 56. Mahlknecht A, Engl A, Piccoliori G, et al. Supporting primary care through symptom checking artificial intelligence: a study of patient and physician attitudes in Italian general practice. *BMC Prim Care*. 2023;24(1):174. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02143-0>
 57. Margozzini P, Tolonen H, Bernabe-Ortiz A, et al. National health examination surveys; a source of critical data. *Bull World Health Organ*. 2024;102(08):588-99. DOI: <https://doi.org/10.2471/blt.24.291783>
 58. Ghadiri P, Yaffe MJ, Adams AM, et al. Primary care physicians' perceptions of artificial intelligence systems in the care of adolescents' mental health. *BMC Prim Care*. 2024;25(1):215. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02417-1>
 59. Vidal-Alaball J, Panadés Zafra R, Escalé-Besa A, et al. The artificial intelligence revolution in primary care: Challenges, dilemmas and opportunities. *Aten Primaria*. 2024;56(2):102820. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102820>
 60. Bekbolatova M, Mayer J, Ong CW, et al. Transformative potential of ai in healthcare: definitions, applications, and navigating the ethical landscape and public perspectives. *Healthcare*. 2024;12(2):125. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare12020125>
 61. Young RA, Martin CM, Sturmberg JP, et al. What complexity science predicts about the potential of artificial intelligence/machine learning to improve primary care. *J Am Board Fam Med*. 2024;37(2):332-45. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2023.230219R1>
 62. Garrett L, Chowdhury AM, Pablos-Méndez A. All for universal health coverage. *Lancet*. 2009 Oct 10;374(9697):1294-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61503-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61503-8)
 63. Lobo LC. Inteligência Artificial e Medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2017;41(2):185-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2esp>
 64. Jiang F, Jiang Y, Zhi H, et al. Artificial intelligence in healthcare: past, present and future. *Stroke Vasc Neurol*. 2017;2:e000101. DOI: <https://doi.org/10.1136/svn-2017-000101>

65. Bloom DE, Chatterji S, Kowal P, et al. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *Lancet*. 2015;385(9968):649-57. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61464-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61464-1)
66. Laranjo L, Dunn AG, Tong HL, et al. Conversational agents in healthcare: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc*. 2018;25(9):1248-58. DOI: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocy072>
67. Al Kuwaiti A, Nazer K, Al-Reedy A, et al. A review of the role of artificial intelligence in healthcare. *JPM*. 2023;13(6):951. DOI: <https://doi.org/10.3390/jpm13060951>
68. Leitão GGDS, Silva TDPSD, Lima MLLT, et al. Educational actions in human communication health: telehealth contributions in primary care. *Rev CEFAC*. 2018;20(2):182-90. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201820210417>
69. Bender JD, Facchini LA, Lapão LMV, et al. The use of Information and Communication Technologies in Primary Health Care in Brazil – the period of 2014 to 2018. *Ciênc saúde coletiva*. 2024;29(1):e19882022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.19882022>
70. Gerke S, Minssen T, Cohen G. Ethical and legal challenges of artificial intelligence-driven healthcare. In: Bohr A, Memarzadeh K, editores. *Artificial Intelligence in Healthcare*. [local desconhecido]: Academic Press; 2020. p. 295-336. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818438-7.00012-5>
71. Davenport T, Kalakota R. The potential for artificial intelligence in healthcare. *Future Healthc J*. 2019;6(2):94-8. DOI: <https://doi.org/10.7861/futurehosp.6-2-94>
72. Nehme M, Schneider F, Amruthalingam E, et al. Chatbots in medicine: certification process and applied use case. *Swiss Med Wkly*. 2024;154(10):3954. DOI: <https://doi.org/10.57187/s.3954>
73. Buntin MB, Burke MF, Hoaglin MC, et al. The benefits of health information technology: a review of the recent literature shows predominantly positive results. *Health Affairs*. 2011;30(3):464-71. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0178>

Recebido em 09/12//2024

Aprovado em 04/04/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

Microplanejamento na vacinação de alta qualidade: potencialidades e barreiras experienciadas por multiplicadores

Microplanning in high-quality vaccination: Potential and barriers experienced by multipliers

Ana Catarina de Melo Araújo¹, Fernanda Penido Matozinhos², Luciana Maiara Diogo Nascimento¹, Carla Conceição Ferraz¹, Lorena de Castro Pacheco Barros Diniz¹, Elysângela Dittz Duarte², Eder Gatti Fernandes¹

DOI: 10.1590/2358-289820251459370P

RESUMO Embora o Programa Nacional de Imunizações seja uma das mais importantes intervenções de saúde no Brasil, as coberturas vacinais vêm caindo, sendo necessário pensar estratégias para sua retomada. O microplanejamento é uma tecnologia de baixo custo, utilizada em países da América Latina, aplicável a realidades locais, que possibilita a reorganização dos processos de trabalho em imunização, com a participação de diversos atores. Sua implementação foi proposta no Brasil, trazendo consigo a necessidade de modificar os meios materiais e organizacionais a fim de assegurar as Atividades de Vacinação de Alta Qualidade (Avaq). O objetivo deste relato de experiência foi discutir fatores potencializadores e barreiras para a implementação do microplanejamento para as Avaq, na perspectiva de profissionais dos níveis municipal e estadual que participaram das oficinas para a implementação dessa tecnologia. Os resultados apontam que a metodologia e os conteúdos das oficinas foram capazes de mobilizar os atores envolvidos e subsidiar ações de imunização no nível local, onde se concretizam os resultados das estratégias vacinais. No entanto, são barreiras para a implementação do microplanejamento elementos relacionados a recursos humanos, necessidade de aprimoramento de processos para assegurar o desenvolvimento de todas as etapas do microplanejamento e problemas relacionados a logística e insumos.

PALAVRAS-CHAVE Vacinação. Cobertura vacinal. Programas de imunização. Planejamento em saúde.

ABSTRACT Although the National Immunization Program is one of Brazil's most important health interventions, vaccination coverage has declined, requiring resumption strategies. Microplanning is a low-cost technology adopted in Latin American countries. It applies to local realities, which enables reorganizing immunization work processes with the participation of several stakeholders. Its implementation has been proposed in Brazil, carrying the need to modify the material and organizational means to ensure High-Quality Vaccination Activities (HQVA). This experience report aimed to discuss enabling factors and barriers to implementing microplanning for HQVA from the perspective of municipal and state-level professionals who participated in the workshops to implement this technology. The results show that the methodology and content of the workshops mobilized the stakeholders involved and supported immunization actions at the local level, where the results of vaccination strategies take shape. However, barriers to implementing microplanning include elements related to human resources, the need to improve processes to ensure the development of all stages of the microplanning, and problems related to logistics and supplies.

KEYWORDS Vaccination. Vaccination coverage. Immunization programs. Health planning.

¹Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), Departamento de Doenças Imunopreveníveis (DDI) – Brasília (DF), Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem (EE), Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública (Demi) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
nandapenido@hotmail.com



Introdução

Com atuação em rede, hierarquizada e integrada, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi fundamental para a melhoria do cenário epidemiológico relacionado a doenças imunopreveníveis no Brasil^{1,2}. Isso faz do PNI uma das mais importantes intervenções de saúde no Brasil, contribuindo para uma elevada cobertura vacinal e alcance da eliminação, erradicação e controle de diversas doenças imunopreveníveis.

A cultura de vacinação, no Brasil, foi estabelecida a partir do sucesso da eliminação da varíola e do estabelecimento dos marcos legais do PNI. Em 1904, a Revolta da Vacina, um movimento popular contra a vacinação obrigatória, implementada pelo governo federal, refletiu a resistência inicial à imunização em massa. No entanto, essa resistência foi superada com o tempo, especialmente após campanhas bem-sucedidas de erradicação da varíola e o crescimento do PNI. O Programa cresceu, com expressivo incremento da quantidade de imunobiológicos ofertados e ampliação das faixas etárias abrangidas³, tornando-se um Programa premiado mundialmente. Contudo, observa-se que, desde 2016, o Brasil tem enfrentado um declínio preocupante nas coberturas vacinais, que coloca em risco a saúde pública e a erradicação de doenças preveníveis por vacinas.

Diversos fatores contribuem para essa queda, incluindo a desinformação sobre vacinas, as dificuldades logísticas na distribuição e aplicação de vacinas e a redução da percepção de risco de doenças anteriormente controladas. Esse cenário enfatiza a necessidade de se introduzir abordagens inovadoras e eficazes para aumentar as coberturas vacinais e garantir a saúde da população. Nesse contexto, as Atividades de Vacinação de Alta Qualidade (Avaq) surgem como uma estratégia com potencial para reverter essa tendência, por meio da implementação de ações sistemáticas e baseadas em evidências para melhorar a adesão e o aumento das coberturas vacinais.

As Avaq vêm sendo implementadas em programas de imunização na região das Américas, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Baseiam-se em experiências exitosas para a melhoria da vacinação, realizadas em diferentes países, a partir do nível local, cuja sistematização resultou no microplanejamento (MP). O MP é uma estratégia para alcançar o contexto dos municípios, com apoio das esferas estaduais e federal, a partir de ações consideradas tecnologias de baixo custo, considerando as realidades locais que possibilitam a reorganização dos processos de trabalho em imunização, com a participação dos atores locais, que conhecem e podem intervir nos territórios⁴. Essas características fazem do MP uma proposta promissora e viável para a implementação em distintas realidades.

As quedas nas coberturas vacinais indicam a necessidade de medidas inovadoras para reverter esse cenário, a exemplo do MP. Contudo, sua incorporação exige mudanças no processo de trabalho, incluindo ajustes em recursos materiais e organizacionais para garantir as Avaq. Isso requer qualificação profissional, envolvimento de atores locais, processo de trabalho efetivo e tecnologias específicas que permitam conhecer e intervir em suas realidades. No contexto de acompanhamento da implementação do MP, questionamos: quais são as barreiras e os facilitadores para a implementação do MP no Brasil?

Nesse sentido, o objetivo deste relato de experiência é discutir fatores potencializadores e barreiras para a implementação do MP para as Avaq, na perspectiva de profissionais dos níveis municipal e estadual que participaram das oficinas para a implementação.

Metodologia

Neste artigo, discutem-se fatores potencializadores e barreiras para a implementação do MP para as Avaq, na perspectiva de profissionais dos níveis municipal e estadual

que participaram das oficinas de MP, entre abril e setembro de 2023. Os participantes das oficinas foram profissionais envolvidos na implementação das Avaq, nos estados e municípios.

O Departamento de Imunizações conduziu 13 oficinas presenciais em todo o Brasil, visando a formar facilitadores para a implementação do MP nos municípios. Participaram dessas oficinas 1.195 profissionais de secretarias municipais e estaduais de saúde, coordenadorias estaduais de saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Cada oficina teve 24 horas de duração, distribuídas em três dias. Foram formados grupos de trabalho com base nas regiões de saúde e nas características locais, promovendo interação entre os participantes, para facilitar as atividades propostas pelos condutores. Inicialmente, foram apresentadas e discutidas a situação epidemiológica e as coberturas vacinais do Brasil e do estado, seguindo-se discussões sobre temas relacionados ao MP. Esses temas foram objeto de atividades desenvolvidas nos grupos de trabalho, destacando-se: MP nas ações de vacinação, suas etapas, componentes e critérios de alta qualidade, análise de situação de saúde, registros de vacina, indicadores vacinais, comunicação e ação social para as ações de vacinação, supervisão do MP e avaliação e monitoramento rápido de vacinação.

Após as oficinas, os participantes replicaram o conteúdo em seus estados e municípios. O exame de suas realidades identificou os elementos facilitadores e as barreiras à implementação do MP. Em outubro de 2023, foi enviado um questionário, via Google Forms, a todos os participantes das oficinas dos estados e municípios, para subsidiar o monitoramento das ações do MP pela equipe do Ministério da Saúde (MS). Foram obtidas 235 respostas do nível municipal, com respondentes de nove estados das cinco regiões do Brasil. No nível estadual, os respondentes eram de 12 estados das cinco regiões do País.

As perguntas do questionário utilizadas neste relato de experiência foram: 1) Que elementos você considera serem facilitadores da implementação do MP no seu estado/município? 2) Que barreiras você identifica para a implementação do MP no seu estado/município?

O *software* MaxQDA foi utilizado para a organização dos dados emergentes das respostas, os quais foram submetidos à análise temática dedutiva⁵.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, tendo sido aprovado com parecer favorável nº 6.739.296, e foram atendidas as recomendações contidas na Resolução nº 466⁶, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Caracterização da amostra

Os participantes totalizaram 235 profissionais dos estados e municípios, sendo 67% enfermeiros, 15% técnicos de enfermagem, 8% com formação não identificada e 10% de outras áreas de formação. Nos municípios, a mediana de tempo no cargo foi de 7 anos, sendo a maior parte deles estatutários (66%), seguidos de profissionais com vínculo celetista (24%) e de cargos comissionados (10%). Quanto aos estados, 66% trabalhavam nas regionais de saúde, e os demais no nível central (34%), com mediana de tempo de trabalho de 5 anos, a maior parte estatutários (83%), seguidos de contrato (9%), cargos comissionados (6%) e celetistas (2%).

Aspectos facilitadores para a execução das Avaq utilizando o MP

Os participantes de ambos os níveis destacaram a contribuição do MP para a realização do diagnóstico situacional, a articulação com

outros atores e setores, capacitação e sensibilização de profissionais e população em geral e na perspectiva de recurso financeiro. Embora com temáticas de natureza semelhante, verificam-se especificidades nas contribuições identificadas por profissionais dos níveis municipal e estadual.

Para os multiplicadores estaduais, as oficinas do MP se mostraram potentes para “*conhecer cada localidade e suas realidades*”, especialmente com as oficinas presenciais, realizadas nas regiões de saúde. Isso funcionou como um dispositivo importante de aproximação das realidades estadual e municipal, que pode ser evidenciado ao afirmarem que foram facilitadoras as “*estratégias de formação de forma presencial, com uma aproximação maior das realidades das regionais/municípios*”. Tal aproximação é fundamental para um planejamento assertivo e orientado para as diferentes realidades.

Os multiplicadores estaduais enfatizaram, ainda, que as oficinas contribuíram para a capacitação ao referirem que os

encontros presenciais foram muito importantes para a troca de conhecimentos e aprendizados. Disponibilizar os períodos para a realização das oficinas fora do local de trabalho permitiu uma dedicação maior na estratégia, além das capacitações realizadas in loco nas regiões de saúde facilitar o acesso dos municípios.

Discutiram que a “*capacitação in loco foi bem proveitosa, visto que eles também [multiplicadores] realizaram as práticas*”.

Os respondentes consideraram que as oficinas foram momentos de “*articulações e identificação de parceiros para as ações*”, afirmando que “*ainda conseguimos identificar profissionais interessados em prestar um serviço de excelência nesta área*”. Por meio da

discussão sobre o cotidiano de trabalho, a educação permanente em saúde possibilita pactos e acordos coletivos de trabalho no SUS. Seu foco são os processos de trabalho, seu alvo são as equipes, e seu lócus de produção são os coletivos vulneráveis.

Os multiplicadores estaduais reconhecem a importância da “*criação das redes de apoio e comitês*” e da “*integração intersetorial para o sucesso da implementação*”. Também reconheceram o “*suporte das coordenações estaduais e municipais de imunização para as dúvidas, sugestões e orientações*”, incluindo a parceria com os

coordenadores de Atenção Primária municipais, que, muitas vezes, eram os mesmos coordenadores das Imunizações, para que as atividades fossem postas em prática com efetividade.

Foi citado que “*as três esferas de governo conseguem atuar de forma colaborativa*”, e mencionada a contribuição dos diferentes atores incluídos.

Cada ator apontado como facilitador contribuiu de forma essencial. O Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) atuou na frente de gestão para ampliar a participação dos gestores nessa pauta. A gerência de atenção primária atuou na frente dos profissionais que, de fato, executam a atividade, a vigilância epidemiológica.

Com o MP, foram consideradas outras formas de mobilização dos diferentes atores envolvidos nas Avaq, incorporando, também, os usuários e outros setores da sociedade, com a “*realização de palestras educativas sobre a importância das vacinas, minicurso com os profissionais, ações extramuro em supermercados, escolas e shoppings*”.

Os multiplicadores municipais ressaltaram que

as oficinas e a supervisão individual com cada município, olhando junto seus indicadores e olhando para o seu território, analisando as fragilidades, as potencialidades, [contribuíram para o] diagnóstico situacional.

Por meio da análise de suas realidades, destacaram que a dinâmica da oficina de MP foi importante para “*trabalhar com análise de dados e provocar incômodo em fazer o mesmo do*

mesmo, isto é, utilizar estratégias de imunização que até o momento não deram resultado”.

Resultados de mudanças nas estratégias utilizadas nos municípios a partir do MP já podem ser identificados nos relatos de multiplicadores municipais, nas atividades e preparação para o dia D, nas campanhas de multivacinação. Foram citadas

estratégias de captação de clientela e acesso a vacinação em áreas remotas, [a divulgação das] ações exitosas de algumas equipes para motivar as demais a implementarem ações, [atividades festivas e a] busca ativa indo nas escolas levando lembretes para os pais.

A análise da própria realidade foi, também, identificada ao reconhecerem a necessidade de “*planejamento e organização da equipe multidisciplinar, difusão de conhecimento sobre a área*”.

A oficina de MP também oportunizou “*alinhar e tornar uniforme as ações em todos os segmentos*”, promover “*articulações*” para o envolvimento dos diferentes atores e diversificação de ações, como foi exemplificado ao referirem que a

atuação da coordenação da atenção básica junto com as unidades de saúde, realizando reuniões com as equipes e atuação da comunicação com divulgação em rádio, televisão e internet.

Oportunizou, ainda, ações intersetoriais por meio de “*parcerias que facilitem o trabalho integrado de saúde, educação e assistência social*”, sendo ressaltado que os “*pais já estão vindo regularizar a vacina de seus filhos*”. Também foi identificada a importância do Comitê de MP do município como uma instância formalizada, que busca assegurar o envolvimento de representantes de diferentes setores e comunidade para o desenvolvimento de ações que contribuam para a ampliação da cobertura vacinal: “*formação do comitê do MP, pois fazem parte profissionais de vários departamentos com ideias de ações e futuros multiplicadores*”.

Também foram referidas ações intersetoriais, principalmente o

apoio tanto da educação, assistência social e outras instituições. Reconhecem que, para aumentar as coberturas vacinais, é preciso considerar questões multifatoriais em cada território que, por meio de diagnóstico, análise de situação saúde, planejamento, programação, seguimento, supervisão, avaliação e monitoramento em equipe, por meio de comitê instituído com diversos atores, implementam intervenções necessárias.

Os representantes municipais reconheceram a importância do trabalho colaborativo para a implementação do MP. Destacaram o apoio dos níveis federal e estadual:

acredito que o método é complexo para uma cultura de pouco planejamento local, sendo necessário avançarmos de forma gradual. Apesar de termos repassado todo o conteúdo, temos tentado despertar nas equipes a importância do planejamento de saúde.

Assim como os multiplicadores estaduais, ressaltam a necessidade de ações intersetoriais, observando a sensibilização existente de outros setores.

Educação, assistência social do município demonstram preocupação com a baixa cobertura vacinal e têm atuado junto às crianças e ajudando a propor ações para alcance das metas.

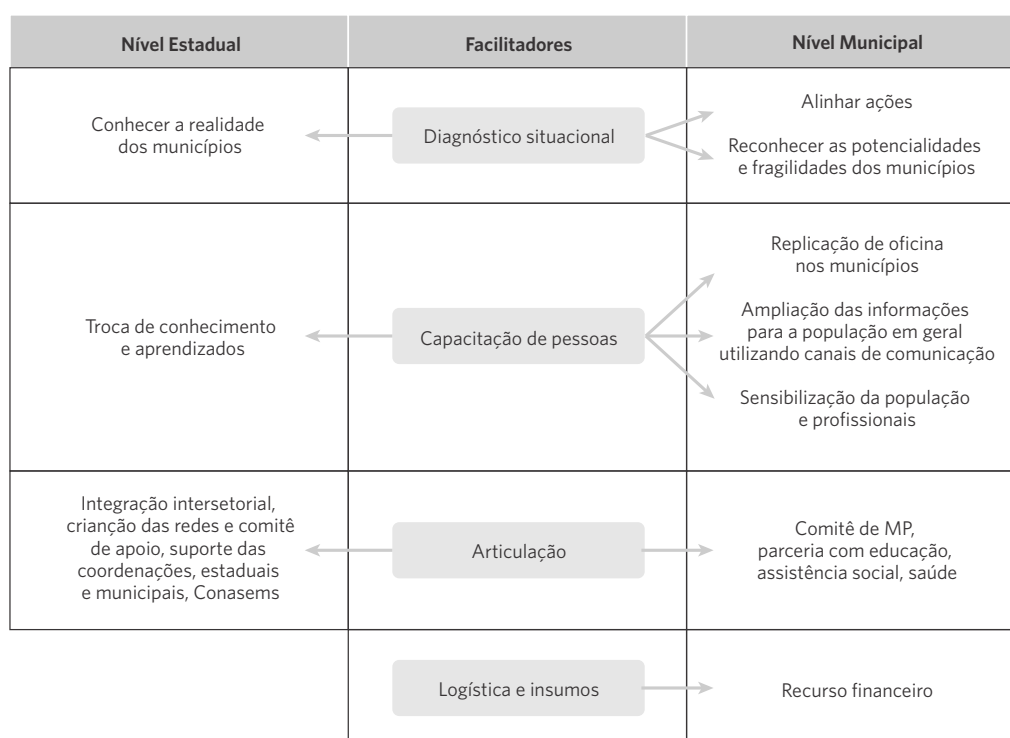
A contribuição das oficinas para a ‘capacitação’ dos diferentes atores foi evidenciada indiretamente pela incorporação de ações que ampliaram o alcance das informações relacionadas à vacinação e pela educação dos participantes. Isso foi alcançado adaptando, à realidade,

o conteúdo da oficina desenvolvida pelo MS, [e incluindo] os gerentes das Unidades de saúde, e não apenas os enfermeiros responsáveis pela Sala

de vacinação. A sensibilização dos profissionais e adesão dos ACS [foi fundamental para o sucesso do MP e o aumento das coberturas vacinais]. O recebimento do fundo financeiro disponibilizado pelo Ministério da Saúde, mediante a entrega do Projeto, [foi identificado por multiplicadores municipais como um aspecto que contribuiu para o sucesso do MP].

A figura 1 é uma apresentação esquemática dos facilitadores. O conjunto dos dados permite identificar a distinção entre as naturezas das ações em cada nível, sendo que, no âmbito estadual, a facilitação foi identificada por aspectos que permitiam orientar o planejamento das Avaq. No nível municipal, foram reconhecidas ações de natureza mais operacional oportunizadas pelo MP.

Figura 1. Facilitadores para a execução das Avaq por meio do MP nos âmbitos estadual e municipal



Fonte: elaboração própria.

Barreiras para a execução das Avaq por meio do MP

Nas barreiras para implementação do MP e de questões de articulação, os multiplicadores estaduais destacaram questões relacionadas a ‘aspectos políticos’ como a “falta de prioridade de alguns gestores no quesito prevenção”, que se traduz na falta de “apoio político como

priorização da imunização na gestão local” e em “gestores municipais que não têm atuado colaborativamente com o estado”. O distanciamento entre Atenção Primária à Saúde (APS) e Vigilância Epidemiológica (VE) também foi mencionado como um desafio em alguns locais.

Outra questão marcante relaciona-se a ‘logística e insumos’, incluindo a “falta

de alguns imunobiológicos [e a dificuldade da] gestão de compras de materiais e aquisição de serviços para implementação das ações planejadas”. Questões com o sistema de informação também se tornaram uma barreira para o MP: “atualmente, a maior dificuldade está no sistema de informações”. Os municípios questionam que alimentam o sistema e não conseguem ter um dado real de cobertura vacinal por problemas de migração de dados. Mencionaram, ainda, que

[a] propagação de notícias falsas tornou-se um fator de grande preocupação, [destacando a necessidade de] retomada de campanhas que atinjam a população jovem e sejam intersetoriais [para enfrentar a cultura antivacina].

Embora a realização das oficinas no formato presencial e de modo descentralizado tenha sido valorizada pelos multiplicadores estaduais, também foi considerada uma barreira devido às dificuldades de deslocamento dos participantes. Sobre isso, referiram a necessidade de “oportunizar meios para que os profissionais consigam se deslocar de seus municípios para as atividades de capacitação presenciais e mesmo de tempo para as reuniões on-line”.

Quanto ao desenvolvimento das ‘etapas do MP’, os multiplicadores reconhecem que sua implementação exige “mudança nos processos de trabalho baseadas em um diagnóstico situacional”. Barreiras incluem o tempo para as atividades previstas e a resistência das equipes à mudança. Há um “excesso de formulários, sendo que muitos provavelmente não serão utilizados”, e algumas planilhas não “aderem à realidade de alguns municípios”. Evidencia-se a necessidade de compreensão de todo o processo e da metodologia do MP para sua adequação às realidades dos territórios. Recursos humanos foi uma barreira para estados e municípios, em decorrência da “falta de pessoal e da alta rotatividade”, levando à sobrecarga e impossibilitando a colaboração de todos os

atores dos territórios. Isso compromete a realização de ações como “realizar as ações extramuros e atingir a população vulnerável, preencher de dados em planilhas e análise e implementação das ações diante da grande demanda diária”. A rotatividade de recursos humanos requer início frequente de grupos de treinamento com “equipes de saúde da família incompletas e desmotivadas por não ter pagamento de horas extras e/ou demais gratificações”.

Nos aspectos políticos, inclui-se a “falta de sensibilização dos gestores municipais”. Os respondentes reconhecem o período próximo às eleições como uma barreira à implementação do MP, pelo risco de politização das vacinas. Relatam haver

muita política em cima das vacinas, [e que as brigas políticas] interferem diretamente, principalmente por interesses de cargos, o que dificulta quaisquer parcerias.

As ‘etapas do MP’ foram consideradas

muito burocráticas e complexas para garantir sua aplicabilidade em todas as ações de imunização. O volume de dados que precisam ser levantados é grande, gerando ansiedade e preocupação na equipe.

Apontaram que alguns fatores como

os instrumentos disponibilizados e a falta de informações ou banco de dados para implementá-los, falta de organização do cronograma proposto pelo Ministério e a falta de clareza das informações solicitadas [se impuseram como barreira para a execução do MP].

O tempo curto para a implementação das etapas do MP foi enfatizado pelos multiplicadores dos municípios. Relataram ter pouco tempo para a “capacitação e operacionalização do Microplanejamento”. Para garantir a multiplicação nos municípios, foi necessário “fechar salas bem no meio

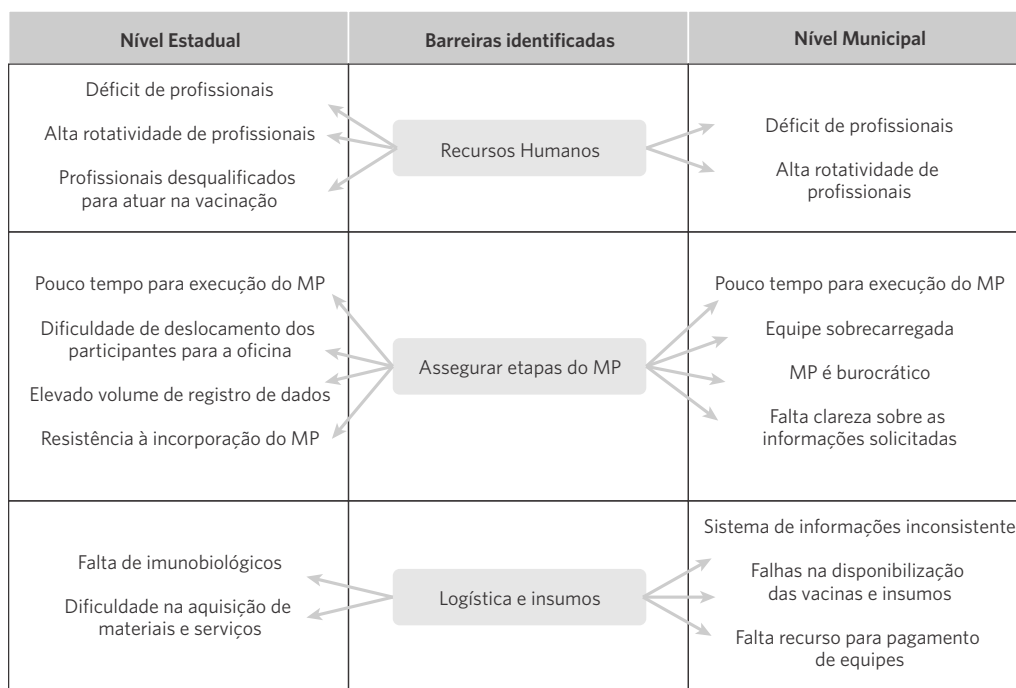
de uma campanha de multivacinação”. A escassez de tempo parece ser mais relevante quando somada à sobreposição de atividades cotidianas dos profissionais, evidenciada quando apontam a “*disponibilidade de tempo frente às múltiplas atividades que devem ser desenvolvidas pelos profissionais*”, além de tempo e possibilidade de deslocamento para ações fora da unidade de saúde.

Da ‘logística’ para a implementação do MP, os respondentes municipais enfatizaram a necessidade de melhorar o sistema de informação devido à “*inconsistência de dados*”, apresentando um cenário distinto do real. Identificam “*divergência nas coberturas nos diferentes sistemas, inconsistências na transmissão de*

dados”, o que pode comprometer o planejamento das ações e o MP. Os respondentes estaduais apontaram questões de acesso, logística e financiamento, em especial, o não cumprimento do envio regular de vacinas e insumos. Também destacaram a necessidade de mais recursos financeiros para pagamentos de servidores em horários alternativos e “*para planejar e executar ações de vacinação, por má organização da gestão, dificultando gastar o dinheiro das portarias*”.

Na figura 2, apresenta-se uma síntese das barreiras para a implementação das Avaq utilizando o MP, identificadas pelos multiplicadores dos níveis estadual e municipal.

Figura 2. Barreiras para a execução das Avaq, por meio do MP, nos âmbitos estadual e municipal



Fonte: elaboração própria.

Contudo, houve respondentes de municípios de pequeno porte dos estados de São Paulo e Santa Catarina que apontaram que “*não tivemos barreiras significativas para*

implementação”, enquanto outros relataram como superaram as barreiras com esclarecimentos sobre a importância de sistematizar o trabalho.

Discussão

A articulação entre APS e VE, para aumentar a cobertura vacinal, é discutida reiteradamente². Para alcançar esse objetivo, é crucial uma APS robusta, capilarizada e com processos de trabalho bem estabelecidos. Nas discussões sobre o MP, foi destacada a necessidade de planejamento das equipes quanto às ações de imunização e a crítica à falta de uma cultura de planejamento conjunto. A precarização de recursos humanos, aliada à alta rotatividade de profissionais e à falta de apoio técnico especializado, compõe desafios significativos a serem superados⁷.

No contexto da APS, é fundamental o planejamento e a avaliação das ações para superar práticas fragmentadas e burocratizadas, incluindo as ações de imunização⁸. À medida que se amplia o escopo do trabalho na APS, a complexidade aumenta, tornando desafiador organizar suas práticas⁷. Isso acontece especialmente quando se considera a complexidade dos territórios em um país continental como o Brasil, cheio de desigualdades⁷. Portanto, é essencial uma reflexão crítica sobre esses processos, que exigem habilidades no uso de instrumentos que facilitem a transformação do trabalho⁸. Ademais, ressalta-se a importância do trabalho conjunto entre setores da vigilância epidemiológica e da saúde pública para conduzir o diagnóstico situacional e epidemiológico de cada território⁴.

Durante o processo do Programa de Melhoria e Avaliação da Qualidade na Atenção Básica, estudos destacaram a importância de políticas públicas indutoras de mudanças na cultura organizacional e nos processos de trabalho na APS^{9,10}. Nesse sentido, os respondentes deste estudo consideraram que o MP tem capacidade de induzir revisão e reorganização dos processos de trabalho, permitindo discutir conjuntamente, inclusive nos comitês, aspectos relevantes das dificuldades e compartilhar experiências exitosas. Esse momento é propício para uma integração, com possibilidade de aprimoramento no processo de trabalho das

equipes, viabilizada por duas estratégias consideradas importantes pelos respondentes para mudança no processo de trabalho: Diagnóstico Situacional (DS) e Educação Permanente em Saúde (EPS).

Quanto ao DS, a implementação do MP exige o reconhecimento das realidades locais, considerando o território como locus da prática em imunização e a análise das necessidades de saúde. Assim, o DS deve ser o ponto de partida dos territórios de saúde, principalmente com relação às ações de imunização⁴. Segundo os respondentes, o MP oportunizou um tempo de qualidade, com uma agenda protegida para organização das etapas, permitindo realizar um DS com os atores envolvidos nos processos.

O planejamento de ações em serviços de saúde tem maior êxito quando considera as necessidades do território, sendo o DS uma importante ferramenta para uma análise abrangente das condições de saúde¹¹, estimulado por gestores, para compreender a realidade por meio de indicadores de saúde, infraestrutura local, acesso aos serviços e perfil epidemiológico¹². Ressalta-se que a construção do DS requer participação efetiva e mobilização dos diversos atores envolvidos, não apenas profissionais de saúde. Nesse aspecto, o MP sugere a criação de um comitê com ampla participação social¹³, sendo esse um fator que contribui como potencialidade da metodologia.

Na perspectiva da EPS, os processos de ensino-aprendizagem visam a promover o desenvolvimento pessoal, social e cultural, com participação ativa do sujeito que aprende¹⁴. Baseada na aprendizagem significativa, a EPS transforma a prática dos trabalhadores, considerando seus saberes prévios e problemas cotidianos para construir novos conhecimentos¹⁵. Nesse sentido, profissionais do nível estadual reconhecem, nas oficinas, uma oportunidade de envolver diversos indivíduos na vacinação, partindo-se do reconhecimento de suas realidades locais.

Ao participar das oficinas, os profissionais assumiram o compromisso de ser multiplicadores em seus municípios, de forma a

capilarizar o MP em todo o território nacional para garantir as Avaq. Destaca-se que a atuação dos profissionais como agentes multiplicadores fortalece técnica e politicamente as comunidades, permitindo um reconhecimento mais claro de suas prioridades, decisões mais assertivas e construção coletiva de estratégias para melhorar as condições de saúde¹⁶.

Na perspectiva dos profissionais do nível municipal, destaca-se que, a partir das oficinas e da replicação dos conteúdos nos municípios, foi possível reavaliar os processos. Estratégias de sensibilização foram delineadas para realidades específicas, com compartilhamento de informações com profissionais e população, alinhadas às suas realidades. Essa percepção reforça a assertividade da metodologia das oficinas, que incluiu momentos para a análise da situação de saúde local, com o suporte de instrumentos específicos; definição de estratégias e ações de vacinação intra e extramuros; e as atividades de comunicação e mobilização social⁴.

Outro ponto destacado pelos participantes é a articulação das três esferas de governo no planejamento e na execução das ações de imunização. Embora os municípios sejam os responsáveis pela ação de vacinar a população no SUS, isso ocorre em cooperação técnica e financeira com estados e União. A integralidade da atenção à saúde deve ser garantida por meio de ações e serviços organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada. Em um sistema com autonomia político-administrativa das três esferas de governo, a descentralização das responsabilidades impõe a necessidade de uma articulação e cooperação complexas entre os entes federados para que se garanta a implementação de políticas de saúde eficazes e resolutivas¹⁷.

No âmbito da articulação entre os três níveis gestores, destaca-se a formação do Comitê de Coordenação das Avaq como estratégia para incluir a vacinação na agenda política do País. O objetivo do Comitê foi viabilizar a articulação entre setores do governo, bem como com atores da comunidade, responsáveis técnicos

e profissionais diretamente vinculados à operacionalização. Ademais, coube ao Comitê, respeitando as competências de cada nível, a responsabilidade de negociar e mobilizar recursos, com definição de atividades de todas as etapas do processo. O MS coordenou o Comitê nacionalmente, e, nos estados e municípios, a coordenação coube às respectivas Secretarias de Saúde⁴.

Diante disso, as oficinas de MP cumprem um papel crucial de fortalecer ações de imunização coordenadas entre os municípios, estados e União. Destaca-se o reconhecimento por parte dos profissionais municipais da importância do trabalho colaborativo na implementação do MP. Participantes de ambos os níveis reconhecem a necessidade de articulação com outros setores para o sucesso das Avaq, o que é favorecido pelas oficinas e Comitês.

Por fim, os profissionais apontam o recurso financeiro específico para a vacinação como um elemento potencializador da implementação do MP. Esse recurso foi instituído pelo MS, por meio da Portaria GM/MS nº 844⁴, em julho de 2023. Tratou-se de um incentivo de custeio, excepcional e temporário, destinado às ações de multivacinação nos municípios, estados e distrito federal, com competências específicas do MS, estados e municípios para a execução das ações de multivacinação.

Quanto aos desafios da implementação do MP, os profissionais apontam elementos que perpassam questões externas ao próprio MP, tais como recursos humanos, questões do desenvolvimento em todas as suas etapas, logística e insumos. Cabe considerar que, embora o MP seja um processo utilizado no âmbito da imunização nas últimas décadas, em países da região das Américas, não há documentação e sistematização suficientemente registradas acerca desse processo⁴, sendo a experiência no contexto brasileiro ainda incipiente. Acredita-se que, à medida que o MP se deslocar da condição de ferramenta de planejamento de ações de imunização para conformar uma política de governo, gradativamente, muitos dos problemas elencados pelos participantes

serão minimizados. Isso porque as ferramentas de gestão previstas no MP abarcam aspectos que precisam ser superados. Utilizadas de forma crítica, com a participação dos diversos atores envolvidos nas estratégias de vacinação, essas ferramentas podem se constituir em um importante subsídio de planejamento e monitoramento das ações e aumento da cobertura vacinal no País.

No escopo das dificuldades, evidenciou-se a falta de recursos humanos, tanto para ações de vacinação rotineiras quanto para outras atividades. Algumas questões importantes incluem a complexidade crescente do trabalho da APS, com aumento expressivo de atividades e responsabilidades das equipes⁷. Por outro lado, o processo de municipalização enfrenta desafios em alguns municípios, tanto no planejamento do sistema local de saúde quanto na política de gestão dos trabalhadores da saúde¹⁸. Isso, aliado à Lei de Responsabilidade Fiscal¹⁹, resultou em vínculos trabalhistas mais precários para os profissionais de saúde, levando à alta rotatividade dos trabalhadores e à descontinuidade de serviços oferecidos à população ou sobrecarga de trabalho^{20,21}.

Considerações finais

A análise dos fatores facilitadores para a implementação do MP para as Avaq revela que a metodologia e os conteúdos abordados nas oficinas mobilizaram os atores envolvidos e subsidiaram ações de imunização no nível local, onde se concretizam as ações de vacinação. A sistematização do conhecimento da realidade local, por meio do diagnóstico situacional, possibilitou o delineamento de estratégias específicas para os diferentes contextos do País. A articulação e a cooperação entre os níveis municipal, estadual e local permitiram uma troca de experiências e de conhecimentos favorável ao sucesso das ações propostas.

Por outro lado, as barreiras e os desafios colocados apontam a importância de criar uma cultura de planejamento estruturada a

partir de ferramentas e instrumentos de gestão eficazes para identificar problemas e estabelecer ações sistematizadas. Nesse sentido, o MP se apresenta como uma possibilidade viável, envolvendo as três esferas de governo de forma articulada e permitindo parcerias com a comunidade de forma geral.

No entanto, é fundamental considerar que a precarização do trabalho na saúde, com a crescente informalidade e condições inadequadas de trabalho, tem se tornado uma barreira significativa para a qualidade dos serviços prestados pelo SUS. Portanto, além de estratégias de planejamento, é imperativo abordar as condições de trabalho dos profissionais de saúde para garantir o sucesso e a sustentabilidade das ações de vacinação.

Como limitação deste estudo, identifica-se que não foram utilizados, para a análise dos dados, aspectos que caracterizam as regiões, estados e municípios dos participantes, o que pode ser um limite à compreensão e aplicação dos resultados identificados.

Colaboradores

Araújo ACM (0000-0003-1558-9789)* contribuiu para coleta, análise e interpretação dos dados; aprovação final da versão a ser publicada. Matosinhos FP (0000-0003-1368-4248)* contribuiu para coleta, análise e interpretação dos dados; redação do artigo e em sua revisão crítica; aprovação final da versão a ser publicada. Nascimento LMD (0000-0002-8490-3914)*, Ferraz CC (0009-0008-3253-5460)* e Diniz LCPB (0009-0002-2505-7110)* contribuíram para coleta, análise e interpretação dos dados. Duarte ED (0000-0001-8170-7523)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho; para redação do artigo e em sua revisão crítica; para aprovação final da versão a ser publicada. Fernandes EG (0000-0001-6907-7063)* contribuiu para coleta, análise e interpretação dos dados; aprovação final da versão a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Domingues CMAS, Maranhão AGK, Teixeira AM, et al. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(supl):e00222919. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00222919>
2. Domingues CMAS, Fantinato FFST, Duarte E, et al. Vacina Brasil e estratégias de formação e desenvolvimento em imunizações. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019;28(2):e20190223. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200024>
3. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Programa Nacional de Imunizações. Brasília, DF: MS: [sem data] [acesso em 2020 jun 27]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pni>.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria de Saúde Indígena. Manual de microplanejamento para as atividades de vacinação de alta qualidade. Brasília, DF: MS, 2023.
5. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualit Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. DOI: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
6. 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.
7. Sousa MF, Santos BMP, Paz EPA, et al. Complexidade das práticas da enfermagem na atenção primária à saúde. *Enferm Foco*. 2021;12(supl1):55-60. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n7.SUPL.1.5211>
8. Rand CM, Concannon C, Wallace-Brodeur R, et al. Identifying strategies to reduce missed opportunities for hpv vaccination in primary care: a qualitative study of positive deviants. *Clin Ped*. 2020;59(12):1058-68. DOI: <https://doi.org/10.1177/0009922820930357>
9. Mesquita LM, Valente GSC, Soeiro RL, et al. Estratégias de educação permanente na avaliação das equipes de saúde da família: uma revisão sistemática. *Rev bras educ med*. 2020;44(1):e010. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190006>
10. Maciel FBM, Santos HLPCD, Carneiro RADS, et al. Community health workers: reflections on the health work process in Covid-19 pandemic times. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(supl2):4185-95. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>
11. Wachs LS, Facchini LA, Thumé E, et al. Avaliação da implementação do Programa Saúde na Escola do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(6):e00231021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT231021>
12. Mendonça GJM, Albuquerque CCP, Lima EGD, et al. A utilização do diagnóstico situacional para o planejamento das ações na ESF. *BJHR*. 2021;4(2):8170-84. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-346>
13. Lima EVAS, Santos TOCG, Andrade AGSS, et al. Situational strategic planning as a health promotion tool in management: integrative review. *RSD*. 2022;11(2):e5911225302. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25302>
14. Jacobovski R, Ferro LF. Educação permanente em Saúde e Metodologias Ativas de ensino: uma revisão sistemática integrativa. *RSD*. 2021;10(3):e39910313391. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13391>
15. Figueiredo EBL, Souza AC, Abrahão A, et al. Educação Permanente em saúde: uma política interprofissional e afetiva. *Saúde debate*. 2022;46(135):1164-73. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213515>
16. Souza PA, Gandra B, Chaves ACC. Experiências sobre imunização e o papel da Atenção Primária à Saúde. *APS*. 2020;2(3):267-71. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i3.57>

17. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Desafios da nação: artigos de apoio. Brasília, DF: IPEA; 2018. v. 2.
18. Luz HC, Carmo WLN, Carmo SMAG, et al. Democratização da saúde: desafios da municipalização e descentralização administrativa relacionado a participação e controle social. *Braz J of Develop*. 2020;6(1):508-23. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n1-035>
19. Presidência da República (BR). Lei Complementar nº 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. 2020 maio 4 [acesso em 2020 jun 27]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm
20. Santos RPO, Chinelli F, Fonseca AF. Novos modelos de gestão na Atenção Primária à Saúde e as penosidades do trabalho. *Cad CRH*. 2022;35:1-17. DOI: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v35i0.43776>
21. Pereira AAC, Cunha CLF, Alvarenga EC, et al. Precarização do trabalho de enfermeiras: uma análise na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Trab Educ Saúde*. 2023;21:e02311227. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2311>

Recebido em 23/03/2024

Aprovado em 09/12/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Ministério da Saúde do Brasil. Projeto Project: 31096 UFMG/MS/EENF/EMI/TED Estratégias de operacionalização em vacinação para aumento das coberturas vacinais no Brasil. Referência de Financiamento: Processo: 23072.254716/2023-81 - Contrato 618/2023

Editora responsável: Ana Maria Costa

No manuscrito ‘Ser um município do interior às vezes é bom, às vezes, é ruim: gestão e cuidado pré-natal em municípios de pequeno e médio porte’.

Saúde debate V. 49, N. 145, e9587, abr-jun 2025,

A Saúde em Debate corrige o suporte financeiro.

Na página 17, onde se lia:

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) (processo nº 88882.437588/2019-01). Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Bolsa de produtividade em pesquisa do CNPq (processo nº 313822/2021-2)

Leia-se:

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e Programa de Incentivo à Pesquisa (PIP IV) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz

SAÚDE EM DEBATE

Diretrizes para autores

Instruções para preparação e submissão de artigos

ATUALIZADAS EM MAIO DE 2023

POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que apótem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

A revista 'Saúde em Debate' conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial, revista periodicamente. Seus membros integram o Comitê Editorial e o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

O título abreviado do periódico é **Saúde debate**, que deve ser usado em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

POLÍTICA DE PROPRIEDADE INTELECTUAL

Todo o conteúdo do *periódico*, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição CC-BY 4.0. Esta informação está disponível na *homepage* do site e na primeira página de todos os artigos.

DIREITOS AUTORAIS

Em caso de aprovação e publicação do artigo no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista. Os

autores devem, no ato da submissão, preencher e assinar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais conforme modelo: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

CUSTOS

É cobrada taxa de publicação no valor de R\$ 600,00 (**atualizado em junho de 2023**) para os artigos aprovados em qualquer seção da revista. Não cobramos taxas de submissão. Após a aprovação dos artigos os autores receberão *e-mail* orientando os procedimentos para o pagamento da taxa de publicação.

Artigo aprovado para editoração, em qualquer modalidade, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

POLÍTICA DE ACESSO ABERTO

A revista 'Saúde em Debate' oferece acesso livre ao seu conteúdo, sem custos, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização deste conhecimento, adotando a Licença Creative Commons do tipo atribuição CC-BY 4.0.

Todo o conteúdo da revista está disponível para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores. A reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, deve ter a prévia autorização dos editores da revista.

POLÍTICA DE INCENTIVO À CIÊNCIA ABERTA

Preprint

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO preprints. Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'. No caso de submissão em *preprint* o autor deve informar à revista o número DOI atribuído e o nome do servidor onde foi depositado.

Compartilhamento de dados

A revista 'Saúde em Debate' incentiva o compartilhamento de dados. Para efetuar o depósito de Dados de Pesquisa, os autores devem escolher o repositório de Acesso Aberto que considerarem mais adequado para compartilhar seus dados e fazer o depósito. Informações sobre compartilhamento de dados em repositórios públicos podem ser encontradas em: <https://data.scielo.org/>.

Com base nos critérios da Ciência Aberta, solicitamos aos autores o preenchimento do Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO (modelo anexo), que deve ser anexado ao sistema da revista no momento da submissão do manuscrito como ‘Componentes do artigo – Documento complementar’.

POLÍTICA DE ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

A revista adota as ‘Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas’ – International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), ‘Princípios de Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas’ recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (COPE): www.publicationethics.org. Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis em http://www.icmje.org/urm_main.html. A ‘Saúde em Debate’ segue o ‘Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica’ do SciELO. Recomenda-se a leitura pelos autores.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

A publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de 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 aporem 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

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9207943886703570> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2652-3435> – e-mail: revista@saudeemdebate.org.br

EDITORAS ASSISTENTES | ASSISTANT EDITORS

Carina Munhoz – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1758817428057120> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1615-9177> – e-mail: carina.revisao@cebes.org.br
Luiza Nunes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9703261480379007> – <https://orcid.org/0009-0004-3644-644X> – e-mail: luizapnunes@gmail.com

DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | LAYOUT AND DESKTOP PUBLISHING

Rita Loureiro. <http://www.apoioacultura.com.br> – ritalloureiro@gmail.com

DESIGN DE CAPA | COVER DESIGN

Alex I. Peirano Chacon

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

AJE (inglês/english)

Ana Lafaiete (inglês/english)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/english)

André Luiz Frizon Faust (português e inglês/portuguese and english)

Annabella Blyth (português e inglês/portuguese and english)

Carina Munhoz (normalização/normalization)

Carla de Paula (português/portuguese)

Cristina Antunes (português e inglês/portuguese and english)

Jean Pierre Barakat (português, inglês e espanhol/portuguese, english and spanish)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (inglês/english)

Lígia Girão (inglês/english)

Marília Daniele Soares Vieira (inglês/english)

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

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

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 T  isa da Silva Falcão

Camila Ramos Reis

Maura Vanessa Silva Sobreira

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Amanda Cavalcante Frota

Carla Daniele Straub

Carlos Octávio Ock   Reis

D  lia Elena Romero Montilla

Danilo Aquino Amorim

Dimitri Taurino Guedes

Helena Rodrigues Corrêa Filho

Jamilli Silva Santos

José Carvalho de Noronha

Lizaldo Andrade Maia

Luisa 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 – Mangueiras

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. 145; 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