

The background of the cover is a vibrant orange color. It features a complex, three-dimensional geometric pattern of small, white, oval-shaped dots. These dots are arranged in a way that creates a strong sense of perspective, forming a series of parallel lines that recede into the distance, similar to the perspective of a tunnel or a long hallway. The pattern is slightly distorted, giving it a dynamic, almost vibrating appearance.

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 45, NÚMERO 131
RIO DE JANEIRO, OUT-DEZ 2021
ISSN 0103-1104

SAÚDE EM DEBATE

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

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

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

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> - dotorana@gmail.com)

Helena Rodrigues Corrêa Filho - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-8056-8824> - helenocorrea@uol.com.br)

Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6641-7114> - ledavanelli@gmail.com)

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> - lenauralobato@uol.com.br)

Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6778-2834> - pauloamarante@gmail.com)

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Ademar Arthur Chioro dos Reis - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-7184-2342> - arthur.chioro@unifesp.br)

Alicia Stolkner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina (<https://orcid.org/0000-0001-9372-7556> - astolkner@gmail.com)

Angel Martinez Hernaez - Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España (<https://orcid.org/0000-0002-5122-7075> - angel.martinez@urv.cat)

Breno Augusto Souto Maior Fontes - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-7285-9012> - brenofontes@gmail.com)

Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8646-1769> - cbotazzo@hotmail.com)

Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0921-098X> - stralen@medicina.ufmg.br)

Debora Diniz - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6987-2569> - d.diniz@anis.org.br)

Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), Mexico (<https://orcid.org/0000-0003-1483-0390> - emenendez1@yahoo.com.mx)

Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8995-6089> - freese@cpqam.fiocruz.br)

Elias Kondilis - Queen Mary University of London, London, England (<https://orcid.org/0000-0001-9592-2830> - kondilis@qmul.ac.uk)

Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina (<https://orcid.org/0000-0001-5021-6377> - hugospinelli09@gmail.com)

Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0783-262X> - jairnil@ufba.br)

Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique (<https://orcid.org/0000-0001-5152-6545> - contact@jeanpierreunger.com)

José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1961-557X> - bragajcs@uol.com.br)

Jose da Rocha Carvalheiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-3745-4802> - jrcarval@fiocruz.br)

Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-3606-5853> - kenneth@uerj.br)

Ligia Giovanella - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-6522-545X> - ligiagiovanella@gmail.com)

Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-5746-5170> - luizfacchini@gmail.com)

Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-3335-0619> - odorico@saude.gov.br)

Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6461-3015> - maria.salete.jorge@gmail.com)

Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia (<https://orcid.org/0000-0002-3996-7337> - mariohernandez62@gmail.com)

Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina (<https://orcid.org/0000-0002-6413-2120> - roveremario@gmail.com)

Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-9944-9195> - paulo.buss@fiocruz.br)

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1969-380X> - pttarso@gmail.com)

Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8772-3222> - radorno@usp.br)

Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-7678-7642> - profsoniafleury@gmail.com)

Sulamis Dain - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-4118-3443> - sulamis@uol.com.br)

Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1808-0681> - wfolive@terra.com.br)

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

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

EDITORA ASSISTENTE | ASSISTANT EDITOR

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

DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | LAYOUT AND DESKTOP PUBLISHING

Rita Loureiro (<http://www.apoioacultura.com.br>)

DESIGN DE CAPA | COVER DESIGN

Alex I. Peirano Chacon

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

Ana Karina Fuginelli (inglês/english)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/english)

André Luiz Frizon Faust (português e inglês/portuguese and english)

Ben Kohn (inglês/english)

Carina Munhoz (normalização/normalization)

Carla de Paula (português/portuguese)

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

Simone Basilio (português/portuguese)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/portuguese and english)

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)

História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)

Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)

Scientific Electronic Library Online (SciELO)

Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina,

el Caribe, España y Portugal (Latindex)

Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 45, NÚMERO 131
RIO DE JANEIRO, OUT-DEZ 2021

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

EDITORIAL | EDITORIAL

- 937 **O Cebes na luta durante a pandemia da Covid-19**
The Brazilian Center for Health Studies in the fight during the Covid-19 pandemic
Lucia Souto, Carlos Silva

ENSAIO | ESSAY

- 945 **Regionalização e crise federativa no contexto da pandemia da Covid-19: impasses e perspectivas**
Regionalization and the federative crisis in the context of the Covid-19 pandemic: deadlocks and perspectives
Helena Shimizu, Luciana Dias de Lima, André Luís Bonifácio de Carvalho, Brígida Gimenez Carvalho, Ana Luiza D`Ávila Viana

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 958 **Intersetorialidade e Atenção Básica à Saúde: a atenção a mulheres em situação de violência**
Intersectoral collaboration and Primary Health Care: attention to women in situation of violence
Emmanuela Gonsalves, Lília Blima Schraiber

- 970 **Urgências de baixo risco: análise da integração entre atenção primária e Unidade de Pronto Atendimento**
Low risk emergencies: integration analysis between primary care and Emergency Care Unit
Luana Rodovalho Constantino, Gisele O'Dwyer, Vera Lucia Barbosa dos Santos, Marismary Horsth de Seta

- 987 **Trabalho em equipes multiprofissionais na atenção primária no Ceará: porosidade entre avanços e desafios**
Multiprofessional teams in Ceará primary health care: porosity between advances and challenges
Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Samyra Paula Lustoza Xavier, Andreza de Lima Rodrigues, Thiago Fernandes Lima, Lielma Carla Chagas da Silva, Marina Pereira Moita, Maria Socorro de Araújo Dias

- 998 **Organização da Atenção Primária à Saúde em um município rural remoto do norte do Brasil**
Organization of Primary Health Care in a remote rural municipality in northern Brazil
Karina Vasconcelos Rodrigues, Patty Fidelis de Almeida, Lucas Manoel da Silva Cabral, Márcia Cristina Rodrigues Fausto

-
- 1017 Territórios Saudáveis e Sustentáveis: estratégias de cuidado para a saúde da população negra do campo em Caruaru/Pernambuco**
Healthy and Sustainable Territories: health care strategies for rural black population in Caruaru/Pernambuco
Thaís Cecília dos Santos Brito, Bianca Cardoso Peixinho, Juliana Camargo de Faria Pirró, Rosane Suellen de Oliveira, Polyana Loureiro Ferreira de Carvalho, Diogivânia Maria da Silva, Mariana Olívia Santana dos Santos
- 1033 O conflito público-privado no SUS: a atenção ambulatorial especializada no Paraná**
The public-private conflict in SUS: specialized outpatient care in Paraná
Michele Straub, Rogerio Miranda Gomes, Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque
- 1049 A situação da atenção farmacêutica: revolução ou penumbra paradigmática?**
The situation of pharmaceutical care: revolution or paradigmatic twilight?
Thais Penaforte, Sabrina Castro
- 1060 Pagamento por desempenho às Equipes da Atenção Básica: análise a partir dos ciclos do PMAQ-AB**
Performance payment to the Primary Care Teams: analysis from the PMAQ-AB cycles
André Wagner Dantas Rodrigues, Emmanuella Costa de Azevedo Mello, Rozileide Martins Simões Candeia, Geane Silva, Luciano Bezerra Gomes, Juliana Sampaio
- 1075 Atuação das equipes de Atenção Primária à Saúde no teste rápido para Infecções Sexualmente Transmissíveis**
Role of Primary Health Care teams in rapid testing for Sexually Transmitted Infections
Túlio César Vieira de Araújo, Marize Barros de Souza
- 1088 Qualidade da assistência e adesão aos antirretrovirais em serviços especializados em HIV em Pernambuco/Brasil, 2017-2018**
Quality of care and adherence to antiretroviral drugs in specialized HIV services in Pernambuco/Brazil, 2017-2018
Danielle Moraes, Juliana da Rocha Cabral, Regina Célia de Oliveira, Vanessa Alves de Souza

-
- 1101 Representações sociais de pessoas vivendo com HIV: autopercepção da identidade ego-ecológica**
The social representations of people living with HIV: self-perception of the ego-ecological identity
Dayana Souza de Melo, Rosâne Mello
- 1111 Fluxo de internação por Covid-19 nas regiões de saúde do Brasil**
Inpatient flow for Covid-19 in the Brazilian health regions
Everton Nunes da Silva, Fernando Ramalho Gameleira Soares, Gustavo Saraiva Frio, Aimê Oliveira, Fabrício Vieira Cavalcante, Natália Regina Alves Vaz Martins, Klébya Hellen Dantas de Oliveira, Leonor Maria Pacheco Santos
- 1126 Colapso na saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da Covid-19**
Health collapse in Manaus: the burden of not adhering to non-pharmacological measures to reduce the transmission of Covid-19
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, Raimundo Valter Costa Filho, Ronaldo Fernandes Ramos, Luciana Gonzaga de Oliveira, Natália Regina Alves Vaz Martins, Fabrício Vieira Cavalcante, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Leonor Maria Pacheco Santos
- REVISÃO | REVIEW**
- 1140 Relação entre cumprimento das metas dos contratos de gestão e qualidade da atenção à saúde: uma revisão integrativa**
Relationship between goals achievement of management contracts and quality of health care: an integrative review
Mariana Vieira de Melo, Leonardo Carnut, Áquilas Mendes
- 1165 Programa Mais Médicos, uma tentativa de solucionar o problema da distribuição médica no território brasileiro**
More Doctors Program, an attempt to solve the problem of medical distribution in the Brazilian territory
Leonardo Maso Nassar, João Luiz Passador, Gerson Alves Pereira Júnior
- 1183 A tecnossocialidade no cotidiano de profissionais da atenção primária e promoção da saúde: scoping review**
Technosociality in the daily lives of primary care professionals and health promotion: scoping review
Tamires Carolina Silva, Andresa Guerra de Carvalho, Adriana Dutra Tholl, Maria Aurora Rodríguez Borrego, Pablo Jesús López Soto, Selma Maria da Fonseca Viegas
- 1199 Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa**
Challenges for effective popular participation and social control in SUS management: integrative review
José Felipe de Freitas Gomes, Nathalia Halax Orfão

O Cebes na luta durante a pandemia da Covid-19

Lucia Souto^{1,2}, Carlos Silva¹

DOI: 10.1590/0103-1104202113100

NESSES DOIS ÚLTIMOS ANOS, A PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL tem-se traduzido como evento catastrófico, que, para além de expor a ênfase das políticas públicas do governo federal contra os direitos de cidadania conferidos pela Constituição Federal de 1988, evidencia, cada vez mais, determinação política de destruição do papel civilizatório do Estado na garantia de direitos individuais e coletivos.

Essa é uma atitude política criminosa, que desconsidera a vulnerabilidade e a enorme desigualdade na população brasileira, que só fazem aumentar nessa crise sanitária. Ao contrário do que deveria se dar, moral e constitucionalmente, mister fosse implantar políticas voltadas para controle, superação e de redução dos impactos econômicos, sociais, culturais, educacionais e de ciência e tecnologia acirrados pela pandemia. De forma similar, a necessidade de implementar ações emergenciais de reconhecimento científico o em âmbito mundial e nacional, como: disponibilização de vacinas, isolamento social contra situações de aglomerações, uso de máscaras e de álcool em gel, entre outras medidas que reduzissem a transmissão do vírus. Todas essas práticas associadas a medidas de apoio direto às pessoas, famílias e aos trabalhadores, como política de transporte, com apoio a moradias adequadas, acesso à alimentação, entre outras tantas necessidades básicas que deveriam ser minimizadas por auxílio emergencial robusto e com período mais durável até que a situação pandêmica melhorasse.

Hoje, mais do que isso, que se tenha um plano de enfrentamento também das consequências de uma pandemia descontrolada de forma proposital pelo governo federal. Será preciso planejar política que dê alívio, subsídio ao luto pela perda da vida de mais de 600 mil pessoas cujas mortes desampararam inúmeras crianças e adolescentes – hoje órfãos –, desestruturaram famílias cujos idosos (o grupo inicialmente mais vulnerável ao adoecimento e morte pela Covid-19) muitas vezes amparavam suas famílias com a aposentadoria, ainda que de valores mínimos, mas que se responsabilizavam pela renda dessas pessoas todas vulnerabilizadas.

As atividades do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) na luta pela democratização da sociedade e a defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde, foram intensificadas por articulação parceiras de pessoas e instituições, movimentos sociais, comprometidos com a reforma sanitária brasileira na expectativa de fortalecimento e mobilização contra essa atual conjuntura de sucateamento e desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos direitos conquistados por meio da Constituição Cidadã!

A funesta agenda de reformas conduzidas neste período de pandemia, pelos neoliberais, segue centrada na austeridade fiscal e na redução do papel do Estado na economia e na defesa

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. luciafsouto@yahoo.com.br

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



do bem-estar da população. Reformas trabalhista, previdenciária, tributária e de privatizações do Estado que não permitem crescimento e desenvolvimento da nação e que, paulatinamente, levam o País ao desemprego, ao retorno da fome e da miséria com piores indicadores de vida e de saúde, dos indicadores fiscais, contra a política de transparência da utilização dos recursos públicos e de combate à corrupção¹.

A situação só se agrava, desde que foi registrado (26/02/2020) o primeiro caso de Covid-19 no Brasil, o primeiro caso de transmissão interna (05/03/2020) e a notificação da primeira morte por Covid-19 no País (17/03/2020). O SUS, como fortaleza nacional da saúde, por sua descentralização, regionalização e universalidade com capilaridade e cobertura territorial com rede de Atenção Primária à Saúde, contribuiu marcadamente para o enfrentamento da pandemia. Inicialmente, com abertura de leitos hospitalares e maior oferta de cuidados intensivistas, organizando a assistência clínica, para casos graves, na expectativa de redução do número de mortes, seguida da estratégia de dar suporte à saúde da população com atendimento, diagnóstico e acompanhamento dos casos leves a partir dos territórios locais².

Entretanto, no plano de destruição do País e de seus quadros de ciência, de educação, de saúde, de inovação e tecnologia, de pesquisas, da cultura etc., o SUS tem sofrido inúmeros ataques quer com cortes no financiamento, prioridade de recursos para a saúde privada e, por exemplo, com a recente proposta de privatização da Estratégia Saúde da Família (ESF). Isso cria o imperativo ético de as entidades de saúde coletiva, comprometidas com a reforma sanitária brasileira, juntarem-se entre si e em parceria com as de outros setores para enfrentar a reconstrução do Brasil.

A força de um espaço plural suprapartidário – reunindo ativistas, lideranças, pesquisadores, professores, profissionais e estudantes com a perspectiva de se articular e participar de frentes e alianças com diversos movimentos sociais, grupos e entidades da sociedade – pressupõe mais robustez de luta pela democratização da sociedade, pela defesa dos direitos sociais e pela soberania do País. Diante desse sofrimento e de tantos ataques contra a ciência, criam-se resiliência e resistência com mobilização e debates reflexivos que sedimentam a produção de conhecimento por análise crítica das políticas de saúde compartilhada pelos sujeitos que constroem e lutam pela história desta nação. São traçadas, deste modo, estratégias de algumas frentes de ação pela vitória de recondução a justiça, equidade, democracia e soberania de um Brasil de direitos constitucionais.

Referimo-nos, pois, a Frente pela Vida, Frente Brasil Popular, Povo sem Medo, Manifesto Intersetorial Saúde, Educação e Assistência Social, que congregaram inúmeras entidades fortalecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), entre outros.

A mobilização tem sido enorme, e uma das primeiras respostas foi a de criação de um Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia de Covid-19³ criado por instituições ligadas à Frente pela Vida, que o elaboraram diante da omissão, irresponsabilidade e inépcia das autoridades federais ante a pandemia e pela necessidade de a sociedade brasileira superar a crise sanitária e suas consequências.

Foram realizadas ‘Marchas pela Vida’. ‘Manifestações Públicas nas Ruas contra o Governo Federal’ por sua postura genocida, em inúmeras cidades brasileiras, denominadas, respectivamente, por 25M, 19J, 29J, 7S, 02O e outras. Cerimônias de denúncias contra o aumento exponencial de número de mortos pela Covid-19, com entrega de documento ao Legislativo, ao Executivo e ao Judiciário. Reinvidicações de renovação e de desenvolvimento à plena potência do SUS. Argumentos e solicitações contra as iniquidades acentuadas pela pandemia, geradas por raça/cor, classe, etnia, gênero, idade, deficiências, origem geográfica e orientação

sexual. Outrossim, que fossem considerados diferentes segmentos populacionais na produção de dados e estratégias de ação de enfrentamento da pandemia, em especial, a vulnerabilidade dos povos indígenas e outros grupos isolados ou de recente contato, que demandam medidas urgentes e prioritárias⁴.

Outra medida resultante da mobilização das entidades foi a instituição de Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a Pandemia de Covid-19 (CPI da Pandemia), em que a sociedade exige que sejam apuradas atitudes passíveis de ação criminosa por parte de autoridades federais e, em particular, pelo presidente da república, cujo descaso e abandono da população e do direito à vida, a rejeição e a demora na aquisição de vacinas foram suas tônicas, que agravaram a pandemia. As políticas implementadas por eles foram pautadas na busca pela imunidade de rebanho e na ausência de vacinas, que só facilitaram a circulação do vírus, somadas a atitudes contra todas as medidas de prevenção e segurança da população contra a Covid-19, criando falsas notícias, propalando medicamentos não reconhecidos pela ciência para tratamento de pacientes, deixando faltar medicação e equipamentos, sim, básicos para a defesa da vida, como foi o caso da falta de oxigênio, de sedativos e de material de intubação, como ocorreu no estado de Manaus⁵.

Hoje, diante da maior calamidade de nossa história, o governo brasileiro se destaca pelo negacionismo, que levou o Brasil ao maior número de mortes por Covid-19 (607.125 em 29/11/2021)⁶ e à pior gestão da pandemia do mundo, tornando-o uma ameaça global. Nesse contexto, o Cebes vem desempenhando um papel de liderança na defesa da vida e saúde da população brasileira, segue articulado em diversas frentes de luta, fortalecendo a colaboração intersetorial com várias políticas sociais⁷ e estimulando a mobilização da sociedade para a reconstrução do País. É um momento que exige o fortalecimento de nossa união para superarmos essa catástrofe e afirmarmos um projeto de país solidário e soberano, que enfrente a nossa desigualdade explosiva, marca de uma nação escravocrata.

Colaboradores

Souto L (0000-0003-2270-8424)* e Silva C (0000-0002-7550-7610)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Costa AM, Rizzotto MLF, Lobato LVC. Fome, desemprego, corrupção e mortes evitáveis: faces da necropolítica. *Saúde debate*. 2021; 45(130):555-562.
2. Giovanella L, Martufi V, Ruiz DC, et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde debate*. 2021; 45(130):748-762.
3. Frente pela Vida. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19. [acesso em 2021 out 29]. Disponível em: https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19_v3_01_12_20.pdf.
4. Frente pela Vida. Manifesto Dia Nacional da Saúde: em defesa da vida, do SUS e da democracia! [acesso em 2021 out 29]. Disponível em <https://frentepelavida.org.br/>.
5. Brasil. Senado Federal. Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia. Relatório Final. [acesso em 2021 out 29]. Disponível em: http://estaticog1.globo.com/2021/10/26/relatorio_final_26102021_12h40.pdf?_ga=2.30212924.264867225.1635518092-723161694.1619708332.
6. Brasil. Consórcio de veículos de imprensa com dados das Secretarias de Saúde com acesso em 29/10/2021 que registram 607.125 óbitos e 21.780.474 casos de Corona vírus. G1. 2021 out 10. [acesso em 2021 out 29]. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/coronavirus/noticia/2021/10/28/com-media-movel-de-337-mortes-diaras-por-covid-brasil-chega-a-607-mil-vitimas-da-doenca.ghtml>.
7. Frente pela Vida. Manifesto Saúde, Educação e Assistência Social em defesa da vida e da democracia. [acesso em 2021 out 29]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2021/03/entidades-da-saude-educacao-e-da-assistencia-social-orientam-sobre-o-ensino-presencial-na-pandemia/>.

The Brazilian Center for Health Studies in the fight during the Covid-19 pandemic

Lucia Souto^{1,2}, Carlos Silva¹

DOI: 10.1590/0103-11042021131001

OVER THESE LAST TWO YEARS, THE COVID-19 PANDEMIC IN BRAZIL has translated into a catastrophic event, which, in addition to exposing the emphasis of public policies by the federal government against the citizenship rights conferred by the Federal Constitution of 1988, shows, each increasingly, a political determination to destroy the civilizing role of the State in guaranteeing individual and collective rights.

This is a criminal political attitude, which disregards the vulnerability and enormous inequality in the Brazilian population, which are only increasing during this health crisis. Contrary to what should be done, morally and constitutionally, it was necessary to implement policies aimed at controlling, overcoming, and reducing the economic, social, cultural, educational, and science and technology impacts that the pandemic had created. Similarly, the need to implement emergency actions of scientific recognition worldwide and nationally, such as: availability of vaccines, social isolation against crowded situations, use of masks and hand sanitizers, among other measures to reduce virus transmission. All these practices are associated with measures of direct support to people, families, and workers, such as transport policy, with support for adequate housing, access to food, among many other basic needs that should be minimized by robust emergency aid for a more durable period until the pandemic situation improved.

Today, more than that, it is necessary to have a plan to deal with the consequences of a pandemic that was deliberately uncontrolled by the federal government. It will be necessary to plan a policy that provides relief, subsidizes the mourning for the loss of the lives of more than 600,000 people whose deaths left countless children and adolescents – today orphans – behind, disrupted families whose elderly (the group initially more vulnerable to illness and death by Covid- 19) often supported their families with retirement, albeit for minimal amounts, but who were still responsible for the income of all these vulnerable people.

The activities of the Brazilian Center for Health Studies (Cebes) in the struggle for the democratization of society and the defense of social rights, in particular the universal right to health, were intensified by the articulation of partnerships between people and institutions, social movements, committed to reform the Brazilian health in the expectation of strengthening and mobilizing against this current situation of underfunding and dismantling the Unified Health System (SUS) and the rights conquered through the Citizen Constitution!

The disastrous agenda of reforms carried out in this period of pandemic by neoliberals remains centered on fiscal austerity and on reducing the role of the State in the economy and

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. luciafsouto@yahoo.com.br

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



in defending the population's well-being. Labor, social security, tax and State privatization reforms that do not allow the nation's growth and development and that gradually lead the country to unemployment, the return of hunger and poverty with worsening of life and health indicators, of fiscal indicators, against the policy of transparency in the use of public resources and the fight against corruption¹.

The situation only gets worse, since the first case of Covid-19 in Brazil was registered (February 26, 2020), the first case of internal transmission (March 5, 2020), and the notification of the first death by Covid-19 in the country (March 17, 2020). The SUS, as a national health fortress, due to its decentralization, regionalization and universality with capillarity and territorial coverage with a Primary Health Care network, has markedly contributed to fighting the pandemic. Initially, with the opening of hospital beds and greater offer of intensive care, organizing clinical care for severe cases, in the expectation of a reduction in the number of deaths, followed by the strategy of supporting the population's health with care, diagnosis, and following-up of mild cases from local territories².

The strength of a supra-party plural space – bringing together activists, leaders, researchers, professors, professionals, and students with the perspective of articulating and participating in fronts and alliances with various social movements, groups, and entities in civil society – presupposes more robustness in the struggle for the democratization of society, for the defense of social rights, and the sovereignty of the country. In the face of this suffering and so many attacks against science, resilience and resistance are created with mobilization and reflective debates that consolidate the production of knowledge through critical analysis of shared health policies for the subjects who build and fight for the history of this nation. In this way, strategies are outlined for some action fronts for the victory of bringing justice, equity, democracy, and sovereignty to a Brazil with constitutional rights.

We are therefore referring to the Front for Life, Popular Brazil Front, People without Fear, Intersectoral Health Manifesto, Education and Social Assistance, which brought together numerous entities strengthened by the National Health Council (CNS), National Council of Health Secretaries (Conass), National Council of Municipal Health Secretariats (Conasems), among others.

The mobilization has been enormous, and one of the first responses was the creation of a National Plan to Combat the Covid-19³ Pandemic, created by institutions linked to the Front for Life, which drafted it in light of the omission, irresponsibility, and ineptitude of federal authorities in the face of the pandemic and the need for the Brazilian society to overcome the health crisis and its consequences.

'Marches for Life' were carried out. 'Public Demonstrations in the Streets against the Federal Government' for its genocidal stance, in numerous Brazilian cities, called, respectively, 25M, 19J, 29J, 7S, 02O among others. Denunciation ceremonies against the exponential increase in the number of deaths by Covid-19, with the delivery of a document to the Legislative, Executive, and Judiciary branches. Claims for renewal and development to the full power of the SUS. Arguments and requests against the inequities accentuated by the pandemic, generated by race/color, class, ethnicity, gender, age, disability, geographic origin, and sexual orientation. Furthermore, different population segments should be considered in the production of data and action strategies to fight the pandemic, in particular, the vulnerability of indigenous peoples and other isolated or recent contact groups, which demand urgent and priority measures⁴.

Another measure resulting from the mobilization of entities was the institution of the Parliamentary Inquiry Commission on the Covid-19 Pandemic (*CPI da Pandemia*), in which

society demands that attitudes liable to criminal action by federal authorities and, in particular, by the president of the republic be scrutinized, whose neglect and abandonment of the population and of the right to life, his usual rejection and delay in the acquisition of vaccines, which aggravated the pandemic. The policies implemented by them were based on the search for herd immunity and the absence of vaccines, which only facilitated the circulation of the virus, added to attitudes against all prevention and safety measures for the population against Covid-19, creating fake news, promoting medicines not recognized by science for the treatment of patients, leaving a lack of medication and equipment, which are essential for the defense of life, as was the case with the lack of oxygen, sedatives, and intubation material, as occurred in the state of Manaus⁵.

Today, in the face of the greatest calamity in our history, the Brazilian government stands out for its denial, which led Brazil to the highest number of deaths by Covid-19 (607,125 on November 29, 2021)⁶ and the worst management of the pandemic in the world, making it a global threat. In this context, the Cebes has been playing a leading role in defending the life and health of the Brazilian population, continuing to work on several fronts, strengthening intersectoral collaboration with various social policies⁷ and stimulating the mobilization of society for the reconstruction of the country. It is a moment that demands the strengthening of our union to overcome this catastrophe and affirm a project for a solidary and sovereign country, which faces our explosive inequality, the mark of an enslaver nation.

Collaborators

Souto L (0000-0003-2270-8424)* and Silva C (0000-0002-7550-7610)* have equally contributed for the elaboration of this manuscript. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

References

1. Costa AM, Rizzotto MLF, Lobato LVC. Fome, desemprego, corrupção e mortes evitáveis: faces da necropolítica. *Saúde debate*. 2021; 45(130):555-562.
2. Giovanella L, Martufi V, Ruiz DC, et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde debate*. 2021; 45(130):748-762.
3. Frente pela Vida. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19. [acesso em 2021 out 29]. Disponível em: https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19_v3_01_12_20.pdf.
4. Frente pela Vida. Manifesto Dia Nacional da Saúde: em defesa da vida, do SUS e da democracia! [acesso em 2021 out 29]. Disponível em <https://frentepelavida.org.br/>.
5. Brasil. Senado Federal. Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia. Relatório Final. [acesso em 2021 out 29]. Disponível em: http://estaticog1.globo.com/2021/10/26/relatorio_final_26102021_12h40.pdf?_ga=2.30212924.264867225.1635518092-723161694.1619708332.
6. Brasil. Consórcio de veículos de imprensa com dados das Secretarias de Saúde com acesso em 29/10/2021 que registram 607.125 óbitos e 21.780.474 casos de Corona vírus. G1. 2021 out 10. [acesso em 2021 out 29]. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/coronavirus/noticia/2021/10/28/com-media-movel-de-337-mortes-diaras-por-covid-brasil-chega-a-607-mil-vitimas-da-doenca.ghtml>.
7. Frente pela Vida. Manifesto Saúde, Educação e Assistência Social em defesa da vida e da democracia. [acesso em 2021 out 29]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2021/03/entidades-da-saude-educacao-e-da-assistencia-social-orientam-sobre-o-ensino-presencial-na-pandemia/>.

Regionalização e crise federativa no contexto da pandemia da Covid-19: impasses e perspectivas

Regionalization and the federative crisis in the context of the Covid-19 pandemic: deadlocks and perspectives

Helena Shimizu¹, Luciana Dias de Lima², André Luís Bonifácio de Carvalho³, Brígida Gimenez Carvalho⁴, Ana Luiza D'Ávila Viana⁵

DOI: 10.1590/0103-1104202113101

RESUMO A regionalização é um processo complexo condicionado por vários fatores, dentre os quais, destacam-se as desigualdades regionais e as relações federativas. No contexto da pandemia da Covid-19, as fragilidades da organização federativa e regional do Sistema Único de Saúde (SUS) foram expostas de forma aguda, e acentuadas por um cenário de descoordenação e de desmonte do desenho institucional concebido pela Constituição Federal de 1988. Este ensaio teve como objetivo extrair reflexões sobre algumas estratégias construídas nos âmbitos municipal, regional e estadual, para o enfrentamento da pandemia, como resposta ao cenário de crise política e institucional, bem como destacar os desafios atuais e futuros. Foram utilizadas, como base, as sínteses das discussões realizadas, durante a oficina preparatória, e da mesa de debate do IV Congresso de Políticas, Planejamento e Gestão de Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), sobre o tema das relações federativas e da regionalização no cenário da pandemia de Covid-19. Observaram-se a ausência do protagonismo federal e a construção de autonomia delegada dos entes subnacionais na pandemia; a relevância de algumas experiências dos consórcios e de novas parcerias com sociedade; e os desafios e condicionantes de um novo pacto federativo e de novos formatos e desenhos parceiros e solidários para a organização do SUS.

PALAVRAS-CHAVE Regionalização. Coronavírus. Planejamento em saúde.

ABSTRACT *Regional health planning is a complex process conditioned by several factors, among which inequalities and federative relations stand out. In the context of the Covid-19 pandemic, these weaknesses in the federative and regional organization of the Unified Health System (SUS) have been acutely exposed, and accentuated by a scenario of incoordination and dismantlement of the institutional design conceived by the Federal Constitution of 1988. This essay aimed to draw reflections on some strategies built at the municipal, regional and state levels to tackle the pandemic, as a response to the political and institutional crisis, as well as to highlight current and future challenges. The work is based on syntheses of the discussions held during the preparatory workshop and the debate table of the IV Congress on Health Policies, Planning and Management of the Brazilian Association of Collective Health (Abrasco), on the theme of federative relations and regionalization in the scenario of the Covid-19 pandemic. The findings include: a lack of federal protagonism and the construction of delegated autonomy of subnational entities in the pandemic; the importance of some experiences of consortia and new partnerships with society; and the challenges and conditions of a new federative pact and new forms and designs to partner and support the organization of the SUS.*

KEYWORDS *Regional health planning. Coronavirus. Health planning.*

¹Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.
shimizu@unb.br

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

³Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.

⁴Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.

⁵Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.



Introdução

A dimensão territorial das políticas afeta federações, países com mecanismos federalizados e até mesmo o funcionamento dos espaços multinacionais, como é hoje a União Europeia. O impacto da *territorial politics* ocorre em vários países, como Estados Unidos, Itália, Espanha, Alemanha, Índia, México e Brasil. Como ressaltam alguns autores^{1,2}, nesses países, as relações de conflito e a cooperação entre a esfera nacional e os governos subnacionais moldaram, em boa medida, políticas recentes de saúde pública contra a Covid-19. Em algumas dessas experiências, soluções federativas bem-sucedidas explicam parte do êxito no combate à pandemia, como no caso alemão³. Nos casos norte-americanos, na gestão Trump, e no brasileiro, ao contrário, houve dificuldades na luta contra a Covid-19, especialmente, por conflitos e descoordenação intergovernamental¹.

A política territorial ocorre em diferentes escalas territoriais (como região e diferentes espaços subnacionais) e introduziu, ao longo da história, conceitos com amplas e distintas definições. Em sentido amplo, a escala territorial reflete um sistema de ações e de objetos, manifestando-se de forma indissociável, em um certo tempo histórico e em determinado espaço, e não somente um sistema institucional ou organizacional. Nesses espaços, ocorre uma grande diversidade de processos sociais, econômicos e políticos, assim como tendências de transformação, fluxos e redes promovidas pelo Estado, sociedade, agentes privados, entre outros⁴.

No Brasil, antes mesmo da pandemia, não foram consolidadas políticas regionais efetivas para a diminuição da desigualdade socioespacial. Como aponta amplamente a literatura especializada, as políticas regionais implícitas foram bem mais virtuosas do que as explícitas⁵.

Não se constituiu, no período das primeiras décadas do século XXI, uma estratégia voltada para o desenvolvimento territorial integral que viabilize a integração intra e inter-regional, que envolva uma dinâmica articulada de forma

multiescalar, fundamentada em uma base de coalizão social e territorialmente alternativa. Nessa perspectiva, o desenvolvimento da conectividade regional e de frações que consolidam as formas oxigenadoras de *bottom up* de base territorial devem se complementar com as formas de coordenação, ordenamento e fortaleza antifragmentadora próprias da lógica *top down* de base nacional⁶.

Do ponto de vista setorial, as políticas sociais e a de saúde, em particular, também foram desafiadas pela falta de integração escalar e institucional, no mesmo período assinalado (1988-2020).

O Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo dos seus 30 anos de implementação, experimentou diferentes ciclos políticos orientados pela descentralização e regionalização, com formas distintas de intervenção no âmbito da promoção, da prevenção e da assistência (incluindo a atenção primária, de média e de alta complexidade). Sua última fase, constituída pela configuração de regiões de saúde e redes de atenção, avançou na construção de um espaço regional de gestão colegiada – as Comissões Intergestores Regionais (CIR) – em todos os estados brasileiros. Sua equação financeira foi favorecida pelo aporte dos entes subnacionais em um contexto de permanente retração da esfera federal.

Cabe assinalar que são diferentes os contextos políticos, econômicos e sociais dos dois ciclos de organização do SUS. No primeiro, há predomínio da descentralização de serviços, de profissionais e de algumas funções (administrativas e de regulação) para os municípios brasileiros. No segundo ciclo, há ênfase na construção de regiões e de redes de assistência à saúde. O contexto político do primeiro ciclo foi inaugurado com a emergência de uma nova Constituição Federal⁷, da qual afloram os princípios e as diretrizes do novo sistema e o início dos governos democráticos, com protagonismo de políticas neoliberais no comando da economia e uma agenda de política social voltada para a descentralização nos anos 1990. Já as características do segundo ciclo são de

hibridez, com continuidade de ordenamentos neoliberais na economia, com a volta da temática regional nas agendas econômicas e sociais (na primeira e na segunda décadas do século XXI).

O ciclo da regionalização da política de saúde pode ser visto em quatro períodos sucessivos: 1) início dos anos 2000 até 2006, voltado para a construção de instrumentos setoriais de regulação do processo, com destaque para a Norma Operacional da Assistência à Saúde – Noas em 2002; 2) 2006-2012 (Pacto pela Saúde), quando o tema da regionalização ganhou intersetorialidade e se juntou ao debate do desenvolvimento regional; 3) 2012-2016 (Decreto nº 7.508 e Lei Complementar nº 141), continuidade da discussão do desenvolvimento regional, interrompido pela crise econômica e política, cujo desfecho foi o impedimento da presidente eleita; 4) 2018 até os dias de hoje, marcado pelo desmonte do arcabouço político e institucional de políticas públicas pós-Constituição Federal de 1988, com edição de inúmeras leis, decretos e portarias, com abalo das relações federativas e desordem significativa no sistema político, com encerramento do ‘presidencialismo de coalizção’ – dinâmica política que organizava as relações políticas e institucionais⁸ e que foi aprofundada com o pacto federativo da Constituição Federal de 1988.

Estudos nacionais recentes realizados sobre a temática da regionalização evidenciaram a importância da construção de outros elementos, de variáveis e de critérios para a conformação de um planejamento territorial na saúde. Esses estudos sinalizam que há ainda forte concentração de serviços e de recursos em municípios-polo e que a configuração territorial atlântica (litoral do Sul, Sudeste e Nordeste) continua a concentrar a maior parte dos serviços e tecnologias⁹.

Tais estudos sugerem que foram insuficientes os esforços para a conformação das regiões e redes de atenção, tanto na dimensão política – devido, principalmente, ao frágil papel assumido pela esfera estadual por meio

de suas estruturas regionais – quanto na dimensão da estrutura, na qual as desigualdades se evidenciam pela escassa distribuição de recursos e pela alta concentração de serviços em grandes cidades; ou ainda na dimensão da organização, em que se verifica a pouca integração dos diferentes pontos de atenção e as fragilidades do planejamento regional. Outro problema identificado foi a incapacidade de unir desenvolvimento econômico e social e esforços tecnológicos e de conhecimento em prol de regiões mais autossuficientes.

Por isso, o processo de regionalização da saúde no Brasil se diferencia daqueles implantados nos países desenvolvidos, muito voltados para a construção de redes e sistemas de atenção integrados. Estudos internacionais sobre a temática da regionalização sinalizam que os países desenvolvidos estimulam formas de organização de sistemas de saúde com centralidade no paciente, capazes de responder aos desafios epidemiológicos e à melhor performance dos serviços. No Brasil, os problemas de natureza estrutural se sobrepõem a uma oferta incompleta de equipamentos e especialidades (recursos humanos e tecnológicos) pelo território, trazendo para o primeiro plano a questão da equidade territorial como o maior desafio a ser enfrentado para a concretização da diretriz da integralidade no SUS.

As recentes políticas federais e estaduais posicionadas a favor da emergência de um sistema operado no formato redes colocaram o Brasil na posição de (alguma) contemporaneidade com o perfil internacional, ao definir que a organização da assistência dentro dos sistemas de saúde seria operada pelas redes, visando à construção de sistemas integrados de saúde.

Assinale-se que as redes se tornam portadoras de uma nova lógica de gestão e organização dos serviços de saúde, podendo facilitar a integração do ponto de vista territorial ou fragmentar ainda mais o sistema na região. Apontam-se aqui ao menos dois fatores, interligados, propulsores desse desalinhamento: a desarticulação entre as redes temáticas (não

funcionando sistemicamente) e a falta de um protagonismo público na condução dessa integração.

Outro aspecto é o do empresariamento da oferta de serviços de saúde, pois essa forma jurídica dos contratos para a gestão de equipamentos se difundiu pelo País, de maneira a abarcar diferentes níveis de atenção. O peso dos segmentos institucionais, sob a égide do direito privado, apresentou forte crescimento entre 2005 e 2020, o que atesta que a gestão local no Brasil também é caracterizada pela maior presença de atores privados no manejo de determinadas políticas.

Além disso, estudos atuais mostram dificuldade de obter consensos entre os entes federados devido a seu alto grau de complexidade, que envolve condicionantes como: desigualdade na distribuição espacial de equipamentos, insumos e tecnologias e pouca disponibilidade de recursos humanos e financeiros; dificuldades de integração regional das políticas públicas e das ações do Estado nos diversos campos da atenção à saúde; e diversidade de agentes (governamentais e não governamentais, públicos e privados) que participam da gestão e da prestação de serviços no território¹⁰⁻¹³.

Com a pandemia da Covid-19, esse cenário se agudizou devido à crise institucional e política e à necessidade premente de estabelecer uma divisão igualitária e equânime dos recursos da saúde, sejam financeiros, humanos, tecnológicos e de capacidade instalada¹⁴.

Os embates do Presidente da República com governadores e prefeitos levaram à judicialização do tema, com decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) de que a competência da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios é concorrente em matéria de saúde e que, portanto, todos os entes da federação têm autonomia¹⁴ para tomar providências normativas e administrativas relacionadas com a Covid-19. Entretanto, essa decisão não pôs fim às divergências ou gerou espaço para uma ampliação da coordenação federativa no enfrentamento da pandemia.

Como consequência, predomina um contexto de fragmentação e de caos do sistema político, com várias respostas dos entes governamentais, e com ausência de uma coordenação nacional de enfrentamento da pandemia. Pela primeira vez, tivemos, durante um ano de pandemia, um militar como principal autoridade sanitária, fora, portanto, da dinâmica político-partidária. Esse fato agudizou ainda mais a situação de descoordenação federativa, propiciando um insucesso da política brasileira de combate à Covid-19.

Este ensaio tem como objetivo extrair reflexões sobre algumas estratégias construídas nos âmbitos municipal, regional e estadual para o enfrentamento da pandemia, como resposta ao cenário de crise política e institucional, bem como destacar alguns desafios atuais e futuros. Foram utilizadas, como base, as sínteses das discussões realizadas, durante a oficina preparatória, e da mesa de debate do IV Congresso de Políticas, Planejamento e Gestão de Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), sobre o tema das relações federativas e da regionalização no cenário da pandemia da Covid-19.

Ausência do protagonismo federal e construção de autonomia (delegada) dos entes subnacionais na pandemia

A coordenação federativa ou intergovernamental diz respeito às formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta presentes nas federações^{15,16}, aspectos fundamentais para a garantia do equilíbrio entre a interdependência e a autonomia federativa, situações determinantes para o enfrentamento da crise sanitária inerente à pandemia da Covid-19.

A pandemia acentuou a transformação do modelo de Estado em curso em muitos países¹⁷. Desta feita, a gravidade da situação, caracterizada pela complexidade inerente às

sociedades modernas atuais, constituídas por uma extensa e densa organização política administrativa e jurídica em múltiplos níveis¹⁷, exigia e continua exigindo um Estado presente em todos os âmbitos.

No Brasil, desde o início da pandemia, observou-se ausência de protagonismo do governo federal na condução das ações, sobretudo, para articulá-las entre os três níveis de governo. Ao contrário, observou-se a presença do negacionismo^{18,19}, que foi liderado pelo Presidente da República, causando dificuldades de diálogo e desencontros com os outros entes federativos (estados e municípios). Essa situação foi agravada por quatro mudanças de ministros da saúde até o momento.

Na resposta dos países à Covid-19, as seguintes atividades são apontadas como essenciais: i) coordenação e consistência nas ordens para ficar em casa em todas as jurisdições; ii) rápida testagem para identificação do novo coronavírus; iii) melhoria da capacidade de resposta do sistema de saúde¹⁴. Essas ações não foram implantadas, de forma adequada e em tempo oportuno, sobretudo, devido à omissão da coordenação do nível federal, que tem repercutido fortemente na maioria dos estados e municípios, levando-os às tomadas de decisões solitárias, muitas acertadas e outras inócuas ou prejudiciais, diante da necessidade de enfrentamento da doença, com número crescente de infectados e de mortes.

Inicialmente, o Ministério da Saúde (MS) procurou realizar ações voltadas para a área de vigilância em saúde, incluindo a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, com a criação de grupo executivo interministerial, publicação de editais para aquisição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e de emissão de boletins epidemiológicos. Porém, as sucessivas divergências entre o MS e a Presidência da República geraram impasses e atrasos na aplicação dos recursos federais em ações voltadas ao enfrentamento da pandemia^{20,21}.

Ademais, a falta de escuta a estados e municípios nas instâncias de representação,

como também na elaboração de normas para o sistema com a participação da representação das três esferas de governo, desencadeou uma escalada de conflitos na relação tripartite, dentre os quais, destacamos:

a) O não reconhecimento devido, por parte do governo federal, da importância das instâncias de representação dos estados – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) – e municípios – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) – para a gestão do SUS e para a coordenação das ações de resposta à pandemia²².

b) Renúncia do Presidente do Conass, Alberto Beltrame, devido à falta de coordenação do MS na compra de equipamentos, medicamentos, insumos e ampliação de leitos de UTI no contexto da pandemia da Covid-19²³.

c) Publicação de orientação para uso de clo-roquina e hidroxiclороquina no tratamento da Covid-19, à revelia da norma que estabelece a análise pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde²⁴.

d) Atraso na divulgação dos dados e alteração da metodologia de registro dos óbitos por Covid-19, situação que fez o Conass lançar um painel para apresentação dos números de casos e óbitos²⁵.

e) Cancelamento de compras de respiradores e contratação de leitos de UTI por parte do MS²⁶.

f) Publicação da Carta do Conass (01/03/2021) exigindo maior rigor nas medidas de restrição das atividades não essenciais, de acordo com a situação epidemiológica e capacidade de atendimento de cada região, avaliadas semanalmente, a partir de critérios técnicos²⁷.

g) Carta publicada por entidades de saúde coletiva e bioética, manifestando apoio ao posicionamento assumido pelo Conass e

Conasems, por considerarem inoportuna a pactuação e publicação de uma Matriz de Risco, proposta pelo atual Ministro da Saúde, para orientar a flexibilização do distanciamento social no País²⁸.

Essas situações deslocaram estados e municípios para, juntos e/ou de forma isolada, assumirem fortemente o processo de coordenação da resposta à pandemia. Isso ocorreu com grande dificuldade, pois a posição adotada pelo MS ampliou a assimetria de poder, resultando em uma coordenação deficiente, o que propiciou o afastamento de suas responsabilidades e das amarras dos órgãos de controle. Também gerou descontinuidade de uma série de situações em relação à garantia de testes laboratoriais, kits de medicamentos para intubação, oxigênio medicinal, EPI, leitos de UTI, entre outros, resultando em uma coordenação deficiente e um desenvolvimento ineficiente, e no comprometimento da efetividade das ações de vigilância e de assistência à saúde. Essa conjuntura levou o Brasil, com mais de 500 mil mortes, a se tornar o epicentro da pandemia em março de 2021.

Por fim, se, por um lado, a ascensão da participação dos estados e dos municípios se mostrou, de certa maneira, positiva e importante para o enfrentamento da pandemia; por outro, ficou clara a importância de uma coordenação tripartite, tendo o MS como elemento norteador da organização de práticas e os processos de cooperação triparte, capazes de ampliar a capacidade federativa ao enfrentamento de um inimigo comum: a Covid-19.

Experiências dos consórcios e de novas parcerias com sociedade

A necessidade de planejamento e programação regional dos serviços de saúde vem sendo apontada, no âmbito da gestão do SUS, desde o início dos anos 2000; e ficou mais evidente no contexto

da pandemia, especialmente, pela ausência de coordenação do MS para a instituição de medidas abrangentes e que envolvessem a organização dos diferentes entes para o seu enfrentamento.

Destaca-se que a regionalização, apontada no contexto normativo do SUS como necessária para garantia de atenção integral, exige esforços técnico-políticos para a sua efetivação. Os Consórcios Públicos de Saúde foram constituídos como arranjos organizativos entre os entes municipais nessa perspectiva e possuem relevante papel de apoio, ao propiciar a rediscussão do pacto federativo, no sentido de enxergar pontos fracos da região, de verificar onde podem atuar regionalmente e de forma organizada, para enfrentar os desafios comuns.

Essa experiência, desenvolvida inicialmente pelos municípios, inspirou outras modalidades de consorciamento entre os entes. Uma dessas novas modalidades é o Consórcio Vertical, envolvendo o estado do Ceará e os municípios daquele estado. Os consórcios do Ceará foram implantados, tendo como membros os municípios da região e o estado; possuem estrutura organizacional diferenciada dos entes e se constituem como associações públicas de natureza autárquica²⁹.

Instituídos para viabilizar a implantação da atenção especializada no interior do estado, foram fundamentais para organizar a atenção hospitalar à Covid-19. Nesse sentido, por meio dos consórcios, foi viabilizada a reestruturação da rede de serviços hospitalares, iniciando pelos hospitais próprios do estado, acelerando abertura de leitos que estavam em construção e alocando leitos e equipamentos em todas as regiões de saúde, em estabelecimentos próprios e conveniados, em prestadores privados e filantrópicos. Essa forma de atuação possibilitou que as regiões mais distantes da capital do Ceará apresentassem maior envolvimento e participação nas políticas de saúde e se organizassem de modo mais célere que as regiões mais próximas.

Outra modalidade mais recente de consorciamento entre os entes é o Consórcio Nordeste, que se constitui na experiência

mais bem-sucedida de articulação e cooperação entre os entes para o enfrentamento da pandemia. O Consórcio de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste foi criado em 2019, é de natureza pública e congrega atualmente nove estados. Tem o propósito de promover o desenvolvimento sustentável e a cooperação entre os entes consorciados, propiciando, entre outros, ganhos de escala na contratação de bens e serviços e no desenvolvimento de ações, em uma lógica de pactuação interfederativa³⁰.

As experiências de consórcios municipais existentes contribuíram para que o Consórcio Nordeste aprendesse com a lógica e dinâmica de entes consorciados, orientando para onde se caminharia e quais objetivos buscar. Outro fato que facilitou o consorciamento foi a existência do fórum de governadores do Nordeste, existente desde 2004²⁹. Esse fórum se reunia e discutia os desafios e encaminhamentos, mas não tinha gestão. A partir das eleições de 2018, os governadores entenderam que o consórcio poderia ser um instrumento de gestão. Os nove governadores do Nordeste, ainda que de partidos distintos (seis partidos), têm uma coesão muito forte no sentimento, no desafio, na necessidade, nos problemas, ou seja, há muitos elementos em comum na região que favorecem a coesão entre os governadores dos estados.

Em relação à atuação do Consórcio Nordeste no contexto da pandemia, cabe considerar que, embora tenha havido pressão dos governadores para que o governo central adotasse ações de coordenação, essa proposta foi negada. Nenhum dos ministros que assumiu tomou medidas nesse sentido, e os estados se sentiram abandonados à própria sorte. Dessa forma, tiveram que desenvolver ações para as quais não estavam preparados, como, por exemplo, as compras internacionais. Muitos estados foram vítimas de golpes nessa área de compras, porque não tinham expertise nem experiência sobre essa forma de atuação.

Para superar tal situação, foi instituído um 'Comitê Científico', com a finalidade de assessorar os Estados consorciados na adoção

de medidas para a prevenção, o controle e a contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública, bem como contribuir com a estruturação do sistema de saúde para o atendimento da população³⁰.

A questão atual sobre a vacina (episódio triste) foi resultado de grande articulação feita a partir do Consórcio Nordeste, por intermédio do governador Wellington Dias (Piauí), com os demais governadores, o Presidente da República e o Ministro da Saúde, para a compra dos imunizantes, de acordo com a necessidade do País, não importando a origem, desde que comprovada a segurança. Feito o acordo, houve um encontro em Brasília no MS, ocasião em que estava a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Tudo estava acertado, mas, por pressão dos seguidores e por pressão internacional, o Presidente voltou atrás e negou a compra da vacina chinesa. Isso tudo aumentou o desafio, pois os governadores passaram a se organizar para a necessidade eventual de ter que comprar diretamente para a região, mesmo considerando incorreta a compra apenas para uma região do Brasil.

Cabe ressaltar que se mantém o entendimento de que o MS tem responsabilidade constitucional legal de coordenação nacional e que se essa atuação tivesse ocorrido, provavelmente, a situação sanitária do País seria diferente da vivenciada atualmente. Portanto, é necessário que se continue cobrando essa postura do Ministério. No entanto, para suprir, ainda que parcialmente, a falta de liderança e coordenação nacional pelo governo federal, outras formas de organização foram efetivadas nesse período. Foi criado o Consórcio da Amazônia Legal, além do estímulo ao funcionamento de um outro consórcio que já existia, que é o Consórcio Brasil Central, e da reativação do fórum nacional de governadores.

Uma lição que fica é que os Consórcios têm cumprido um importante papel para o enfrentamento conjunto da pandemia por parte dos entes, na lógica da colaboração, da gestão compartilhada, com foco no cuidado da

saúde das pessoas. Porém, a discussão do pacto federativo necessita ser retomada. Existem muitas distorções que precisam ser corrigidas; e, atualmente, é necessário enxergar quais são as fragilidades, onde e como se pode avançar e como a sociedade alcançará outro patamar que distancie o País da situação catastrófica atual.

Condicionantes, desafios e perspectivas para o aprimoramento da governança federativa do SUS

A pandemia de Covid-19 acentuou o cenário de instabilidade política no Brasil, desencadeando uma crise marcada por embates entre os governos, descoordenação de políticas e judicialização das relações federativas¹. Como condicionantes da crise, destaca-se a existência de um projeto político sistemático de desmonte e a fragilização da capacidade de intervenção pública do Estado, em curso no País desde 2016. Esse projeto possui orientação neoliberal e se ancora em um modelo de desenvolvimento econômico autoritário, subordinado às economias centrais e dependente delas, no cenário global, de caráter concentrador e excludente, que gera e agrava as desigualdades, depreda o meio ambiente e despreza a vida. Além disso, ressaltam-se os fatores, de ordem política e institucional, relativos à atuação dissonante do governo federal em relação às medidas de controle e mitigação da pandemia, às especificidades do arranjo federativo e à desestruturação da institucionalidade conferida pela Constituição Federal de 1988^{14,31}.

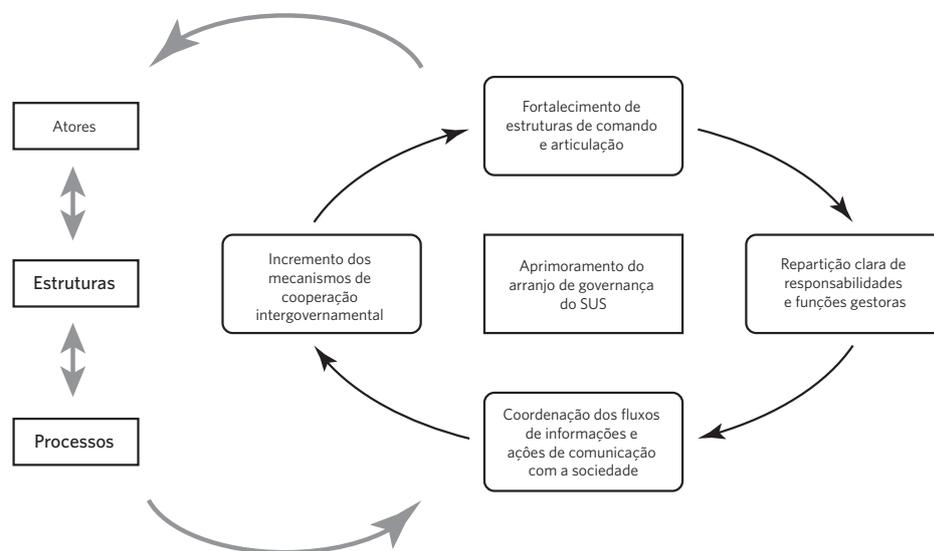
Nesse contexto, diversos estados e municípios desenvolveram estratégias e mecanismos

próprios para mitigar a ausência de liderança e de coordenação nacional e para fortalecer a cooperação intergovernamental em diferentes escalas regionais. Entretanto, tais medidas perdem efetividade e tendem a reforçar a iniquidade entre os entes, ante o cenário de desigualdades socioespaciais e de fragilização do Estado e do próprio SUS, submetido a um subfinanciamento crônico e ao desfinanciamento imposto à política social por meio da Emenda Constitucional nº 95.

Atualmente, a federação brasileira se encontra em uma encruzilhada. Que escolhas deverão ser feitas e quais as perspectivas para o pacto federativo na saúde? Antes de tudo, é preciso alterar a direcionalidade de atuação do Estado. A base para essa transformação envolve um novo pacto social, sustentado por diferentes atores do Estado e da sociedade, em defesa da democracia e da vida. Nesse projeto, certamente, o SUS deverá ter um lugar de destaque e precisará ser fortalecido por meio de seu arranjo de governança.

Os arranjos de governança abrangem os atores, as estruturas e os processos que conformam o exercício da autoridade e as decisões de políticas públicas^{32,33}. As experiências desenvolvidas, no plano internacional e nacional, no contexto da pandemia sugerem quatro eixos estratégicos para o aprimoramento futuro do arranjo político-institucional de governança do SUS: 1. fortalecimento de estruturas de comando e articulação; 2. repartição clara de responsabilidades e funções gestoras; 3. incremento dos mecanismos de cooperação intergovernamental; 4. Coordenação dos fluxos de informações e ações de comunicação com a sociedade relativas ao quadro sanitário, às decisões e às ações de enfrentamento da emergência, de forma oportuna, inclusiva e transparente, conforme *figura 1* abaixo.

Figura 1. Aspectos estratégicos para o aprimoramento do arranjo de governança do SUS



Fonte: Elaboração própria.

No primeiro eixo, destaca-se a importância do fortalecimento de estruturas de comando e articulação em cada nível de governo, entre diferentes esferas de governos, e que envolvam diversas organizações do Estado e da sociedade. O arcabouço institucional de gestão do SUS é constituído por Comissões Intergestores Tripartite, Bipartites e Regionais (CIT, CIB e CIR respectivamente) e Conselhos de Representação de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde em nível nacional e estadual (Conass, Conasems e Conselhos de Secretários Municipais).

Trata-se de estruturas de negociação e formulação de políticas de saúde com participação de diferentes esferas de governo. Tal característica configuram-nas como fóruns, que precisam ser tratados como espaços para o planejamento de políticas e de ações conjuntas entre os gestores do SUS, favorecendo a elaboração de uma pauta de negociação voltada para integrar políticas e serviços (redes de atenção à saúde), promover investimentos e lidar com situações geográficas específicas (regiões metropolitanas, áreas fronteiriças,

zonas limítrofes entre estados, áreas de proteção ambiental e reservas indígenas, entre outras). Além disso, possibilita o intercâmbio de experiências entre estados e municípios, abrindo espaço para a cooperação técnica entre eles. Faz-se necessário que as Comissões Intergestores sejam apoiadas por Comitês de Assessoramento, compostos por especialistas e representantes de movimentos, organizações e entidades representativas da sociedade civil. Além disso, as comissões devem funcionar, de modo articulado, com os Conselhos de Saúde nas diferentes esferas de governo.

O segundo eixo estratégico se refere à definição clara de responsabilidades e funções gestoras, a partir de planos nacionais, estaduais e regionais acordados entre os entes. Entre as responsabilidades dos gestores, cabe destacar a criação de mecanismos de acompanhamento das medidas implementadas e os seus resultados e de informação e comunicação permanente com o conjunto da sociedade. A definição de responsabilidades entre os entes federativos deve considerar o grau de efetividade que se pode alcançar com a concentração

ou a desconcentração das funções necessárias ao alcance dos objetivos dos planos. Considera-se uma função precípua da União garantir o financiamento adequado do SUS. Além disso, cabe ao MS articular ações com os Ministérios da Economia e do Trabalho, entre outros, para oferecer garantias de proteção social e econômica da população.

Em um terceiro eixo, destaca-se a necessidade do incremento dos mecanismos de cooperação intergovernamental voltados para o fortalecimento das capacidades político-institucionais dos governos no plano subnacional. Nesse sentido, dois elementos são fundamentais: a ampliação dos gastos diretos e das transferências da União para estados e municípios, que permitam repor as perdas de arrecadação e que garantam os investimentos e o custeio adequado de serviços; e o fortalecimento de consórcios públicos verticais (com a participação de diferentes níveis de governo) e horizontais (intermunicipais e interestaduais), cuja atuação na área da saúde se dê de forma articulada às Comissões Intergestores, visando à ampliação da escala de provisão de políticas e ações.

Por fim, um quarto eixo importante é o de informação e comunicação social. Essa dimensão envolve aspectos como a disponibilização de informações de saúde confiáveis para toda a população, de forma oportuna, contínua e em linguagem acessível e adequada aos diferentes grupos sociais. Em países federativos como o Brasil, é fundamental o fluxo ágil de informações entre governos das diferentes esferas, bem como a coordenação das ações de comunicação pública, relativas à situação epidemiológica, ao cenário do sistema de saúde e às estratégias de enfrentamento de emergências sanitárias. O SUS compreende sistemas de informações relevantes, de diversos tipos, inclusive na área de vigilância em saúde, que devem alimentar análises estratégicas para orientar a tomada de decisões e permitir a comunicação clara e fundamentada com a sociedade.

Entretanto, reconhecer que os arranjos político-institucionais importam para o aprimoramento da governança do SUS não é o

mesmo que dizer que só as instituições importam. Não há sistema político que funcione de modo independente das escolhas e da definição de objetos e estratégias dos atores políticos que o sustentam. As transformações acima exigem alianças em torno de uma agenda positiva comum que reverta o quadro atual de desmonte e reoriente a atuação do Estado em uma conjuntura marcada por enormes desafios para o avanço das políticas públicas e do SUS.

Considerações finais

A pandemia da Covid-19 trouxe à tona a agudização da crise institucional e da política vigente no Brasil, mostrando, como destacado no ensaio, a dificuldade em obter consensos entre os entes federados. Nesse sentido, merece destaque a postura negacionista do chefe do executivo nacional ao quadro pandêmico e uma condução desarticulada por parte do MS, agudizada pelas sucessivas trocas no cargo de ministro, no que tange às ações aos estados e aos municípios.

Vimos, assim, a corporificação de inúmeros embates entre o presidente da República com governadores e prefeitos, situação que ampliou a tensão, levando essa temática a ser judicializada perante o STF, que decidiu pela autonomia dos entes federados no que tange à adoção de providências normativas e administrativas relacionadas com a Covid-19. Mesmo assim, nem as divergências foram dirimidas, tampouco foi ampliado o canal de diálogo para a qualificação da coordenação federativa no enfrentamento da pandemia.

Podemos, assim, observar e depreender que as consequências de tais situações nos levaram a um contexto de mais fragmentação e caos do sistema de saúde, acarretando várias consequências que agudizaram ainda mais a situação de descoordenação federativa, contribuindo para o insucesso da política brasileira de combate à pandemia da Covid-19.

Tal situação obrigou os entes federados a buscar caminhos e a encontrar saídas para o

enfrentamento da pandemia, processo capitaneado fortemente pela edição de normas (decretos e leis) que tiveram campos distintos de intervenção: da gestão territorial à regulação, do desenvolvimento de políticas de saúde e expansão de serviços à proteção do emprego, renda e finanças. No que tange ao setor saúde, vimos a forte relação dos gestores às diretrizes emanadas pela Organização Mundial da Saúde na defesa do isolamento social, na adoção de medidas de restrição de circulação e aglomeração para evitar o colapso do setor saúde, com base nas orientações epidemiológicas e de gestão de crise.

Os gestores procuraram se organizar; e, nesse contexto, a atuação do Conass e do Conasems foi de extrema importância para a manutenção do equilíbrio federativo. Destaca-se também o desenvolvimento de algumas experiências de consórcios e novas parcerias com a sociedade, que se mostraram relevantes.

Contudo, persistem os desafios e as condições necessárias para um novo pacto federativo, que possam contribuir, de forma efetiva, no combate à pandemia e a superar as sequelas que ela irá deixar para o setor saúde e para a sociedade. A superação desse quadro exige mudança de rumo, que passa pela transformação da direcionalidade de atuação do Estado. Exige também a mobilização de diferentes

forças políticas e de atores do Estado e da sociedade em torno de novo pacto social, em defesa da democracia, do fortalecimento do SUS e da vida.

Agradecimentos

Lima LD é bolsista de produtividade em pesquisa e Cientista do Nosso Estado e agradece o apoio recebido, respectivamente, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio de Janeiro (Faperj). Shimizu H é bolsista de produtividade do CNPq e agradece apoio à pesquisa recebido em Edital do CNPq e do Decit/MS.

Colaboradores

Shimizu H (0000-0001-5612-5695)*, Lima LD (0000-0002-0640-8387)*, Carvalho ALB (0000-0003-0328-6588)*, Carvalho BG (0000-0003-3850-870X)* e Viana ALD'Á (0000-0003-4498-899X)* participaram igualmente do estudo que embasa o artigo, da concepção, da redação das diversas seções e da revisão final do texto. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Abrucio FL, Grin EJ, Franzese C, et al. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Rev Adm. Pública*. 2020; 54(4):663-677.
2. Região e Redes. O planejamento regional é estratégico no enfrentamento da pandemia da COVID-19. [acesso em 2021 jun 23]. Disponível em: <https://www.res-br.net.br/>.
3. Pereira AMM. Estratégias de enfrentamento da pandemia pela COVID-19 no contexto internacional: reflexões para a ação. Nota Técnica. Observatório Fiocruz-COVID-19. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. [acesso em 2021 jun 23]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/notatecnica_adelynepereiraestrategias_de_enfrentamento_da_pandemia_pela_COVID-19_no_contexto_internacional_reflexoes_para_a_acao.pdf.
4. Viana ALD'A, Iozzi FL. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(supl2):e00022519.
5. Resende GM. Avaliação de políticas públicas no Brasil: uma análise da Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR). Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2017.
6. Fernández VR. Desenvolvimento regional sob transformações transescalares: por que e como recuperar a escala nacional? In: Brandão CA, Fernández VR, Ribeiro LCQ, organizadores. Escalas espaciais, reescalamentos e estatalidades: lições e desafios para América Latina. Rio de Janeiro: Letra Capital; Observatório das Metrôpoles; 2018. p. 276-325.
7. Viana ALD'A, Silva HP. Desenvolvimento e institucionalidade da política social no Brasil. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 31-60.
8. Abranches S. *Presidencialismo de Coalizão: Raízes e Evolução do Modelo Político*. São Paulo: Companhia das letras; 2020.
9. Mello GA, Pereira APC, Uchimura LYT, et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(4):1291-1310. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016>.
10. Viana ALD'A, Ferreira MP, Cutrim MAB, et al. O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. *Rev Bras Saúde Mater. Infant*. 2017; 17(supl1):27-43.
11. Albuquerque MV, Lima LD, Oliveira RAD, et al. Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(10):3151-61.
12. Ibañez N, Tardelli R, Viana ALD'A, et al. Gestão regional e redes: estratégias para a saúde em São Paulo. São Paulo: Edições Manole; Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo; 2020.
13. Noronha JC, Lima LD, Chorny AH, et al, organizadores. *Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
14. Vieira F, Servo L. COVID-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. *Saúde debate*. 2020; 44(esp4):100-113.
15. Abrucio FL. A coordenação Federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev Soc. Política*. 2005; 24(41):41-67.
16. Lima LD. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030: organização e gestão do sistema de saúde*. v. 3. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; Presidência da República; 2013. p. 73-139.

17. Vidal JP. Pandemia de COVID-19 y Estado: ¿Hacia una nueva configuración administración-Estado? *Cad. EBAPE.BR.* 2020; 18(4):924-935.
18. Morel APM. Negacionismo da COVID-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. *Trab. Educ. Saúde.* 2021; (19):e00315147.
19. Apostolidis T, Santos F, Kalampalikis N. Society against COVID-19: challenges for the socio-genetic point of view of social representations. *Papers on Soc. Represent.* 2020; 29(2):3.1-3.14.
20. Croda JHR, Garcia LP. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2020; 29(1):e2020002.50.
21. Afonso JR, Pinto EG. A velha falta de prioridade e uma nova tragédia anunciada. *Poder 360.* 2020 maio 18. [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://bit.ly/2Atrp9R>.
22. Brasilino CE. Conselhos de secretários de Saúde são barrados na posse de Teich: Ministro enviou ofício aos presidentes do Conass e do Conasems onde pede desculpas pelo constrangimento ocorrido na cerimônia no Planalto. *Metrópoles* 2020. [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://bit.ly/3cUwYLQ>.
23. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota oficial: renúncia do presidente Alberto Beltrame. [acesso em 2020 jun 12]. Disponível <https://www.conass.org.br/nota-oficial-renuncia-do-presidente-alberto-beltrame/>.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da COVID-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>.
25. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Painel Conass: COVID-19. Brasília, DF: Conass; 2020. [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconassCOVID-19/>.
26. Bertoni E. Os atrasos e omissões de um Ministro da Saúde provisório. *Nexo Jornal.* 2020 jun 1. [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://www.nexo-journal.com.br/expresso/2020/06/01>.
27. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Carta dos Secretários Estaduais de Saúde à Nação Brasileira. Brasília, DF: Conass; 2021. [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/carta-dos-secretarios-estaduais-de-saude-a-nacao-brasileira/>.
28. Carta em apoio ao CONASS e CONASEMS: A saúde e a vida das pessoas não podem esperar. 2020. [acesso em 2020 jun 12]. Disponível: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/05/Carta-em-apoio-ao-Conass-e-Conasems-A-SA%C3%9ADE-E-A-VIDA-DAS-PESSOAS-N%C3%83O-PODE-ESPERAR-1.pdf>.
29. Julião KS, Olivieri C. Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2020 [acesso em 2021 abr 10]; 36(3):e00037519. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000305001&lng=en.
30. Consórcio Nordeste. Ações de Combate à Pandemia 2021. [acesso em 2021 jun 19]. Disponível em: <http://www.consorcionordeste-ne.com.br/compras-conjuntas-combate-a-pandemia/>.
31. Lima LD, Pereira AMM, Machado CV. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. *Cad. Saúde Pública.* 2020; 36(7):e001852200.
32. Rhodes RAW. The new governance: governing without government. *Political Studies.* 1996; (XLIV):652-67.
33. Stoker G. Governance as theory: five propositions. *Int Soc Sci J.* 1998; 50(155):17-28.

Recebido em 14/04/2021

Aprovado em 23/07/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 07/2020. Processo nº 403141/2020-6

Intersectorialidade e Atenção Básica à Saúde: a atenção a mulheres em situação de violência

Intersectoral collaboration and Primary Health Care: attention to women in situation of violence

Emmanuela Gonsalves¹, Lilia Blima Schraiber²

DOI: 10.1590/0103-1104202113102

RESUMO A atuação em rede intersectorial constitui um desafio para a atenção a mulheres em situação de violência de gênero. A pesquisa qualitativa de que trata este artigo se utilizou de um estudo de caso para investigar as possibilidades de construção de uma rede intersectorial entre a Atenção Básica à Saúde e serviços especializados no atendimento àquelas mulheres, especificamente na região Centro do Rio de Janeiro. Os dados levantados por meio de entrevistas semiestruturadas e observação dos serviços foram submetidos à análise de conteúdo. Para o presente artigo, analisaram-se: a trama de serviços atualmente existente; a relação entre atenção básica e serviços especializados; e o lugar da atenção básica na atenção integral a mulheres em situação de violência. Os resultados apontam que há tendencialmente potencial para a construção de uma assistência em rede, ainda que diversos obstáculos institucionais e da cultura assistencial de cada tipo de serviço gerem uma configuração ainda pouco integrada enquanto uma rede. Mesmo assim, os resultados também mostram que os centros de referência para a atenção em violência de gênero são os serviços, atualmente, com maior potencial para atuar em rede, especialmente na relação com o setor saúde.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Violência de gênero. Assistência integral à saúde.

ABSTRACT *Actions that happen through an intersectoral network are challenging for the care of women in situations of gender violence. The qualitative research developed in this article used a case study to investigate the possibilities of building an intersectoral network between Primary Health Care and specialized services in the care of those women, specifically in the central region of Rio de Janeiro. Data collected through semi-structured interviews and observation of the services were submitted to content analysis. In this article we analyzed: the network of services currently in place; the relationship between primary care and specialized services; and the place of primary care within the comprehensive care of women in situations of violence. The results indicate that there is a tendency towards building a networked assistance, even though several institutional obstacles and the culture of assistance work in each type of service generate a still scarcely integrated configuration as a network. Even so, the results also show that the reference centers for assistance to gender violence are currently the services with the greatest potential to act in a network, especially in relation to the health sector.*

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. emmanuelaneves@yahoo.com.br

²Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

KEYWORDS *Primary Health Care. Gender-based violence. Comprehensive health care.*



Introdução

Este artigo aborda a violência de gênero contra mulheres. Considera-se gênero, conforme Scott¹ e corroborado por Safioti & Almeida² e Heise et al.³, como um conjunto objetivo de referências que estrutura a percepção e a organização material de toda a vida social, sendo o núcleo essencial dessa definição baseado na conexão integral entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder, resultando na desigualdade de gênero, construção da dimensão relacional, no exercício das feminilidades/masculinidades, que produz e reproduz a desigualdade de poder, com o domínio do masculino. Nestes termos, entende-se violência de gênero como o fenômeno sociocultural e histórico que conforma comportamentos masculinos de aculturação da mulher em sua condição de subalternidade, prevenindo mudanças e reproduzindo o domínio do masculino, ou conforma comportamentos masculinos que, em efetivas situações sociais de ameaças de ruptura da dominação tradicional, constituem tentativas de retomada pela força daquela hierarquia de dominação⁴.

Reconhecendo-se que a violência de gênero traz grandes impactos na saúde das mulheres e baseando-se o presente estudo nos marcos dos direitos humanos, direito à saúde e direitos das mulheres a uma atenção integral à sua saúde⁵, apresenta-se uma análise sobre as relações estabelecidas entre Unidades Básicas de Saúde (UBS) e serviços especializados no atendimento a mulheres em situação de violência no que se refere às potencialidades de construção de uma rede intersetorial para a atenção à violência de gênero, na região Centro da cidade do Rio de Janeiro, a partir de dados coletados em pesquisa de doutorado.

Ao se considerar que, como apresentado em diversos estudos^{4,6-9}, a violência contra as mulheres constitui um problema de ordens social, cultural, de direitos humanos e de saúde

pública, que demanda uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, em que as ações profissionais e os serviços se complementam na atenção integral ao enfrentamento da violência, importa compreender como os diferentes setores sociais se articulam na atuação junto a mulheres em situação de violência, verificando se existem potencialidades de atuação em rede, bem como investigar empiricamente que dados referendam essas potencialidades ou seus obstáculos.

Reconhecida mundialmente como uma questão de saúde pública⁹, a problemática da violência de gênero conquista espaço no campo da saúde coletiva com pesquisas, propostas de intervenção e políticas específicas para lidar com o fenômeno¹⁰, que destacam, inclusive, que a saúde constitui uma porta de entrada privilegiada para assistência às mulheres em situação de violência⁶⁻⁸.

Para a presente reflexão, consideramos central a discussão sobre o princípio da integralidade. Pensada da perspectiva dos processos de trabalho em saúde, a integralidade, enquanto trabalho que responde às necessidades sociais em saúde, remete a uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial¹¹. A intersetorialidade ganha, assim, articulações necessárias com a interdisciplinaridade e a atuação em equipe multiprofissional, permitindo-se pensá-la sob o mesmo referencial que articula a complexidade de trabalhos parcelares especializados também internamente ao campo da saúde.

Considerando, portanto, tal complexidade e a incompletude institucional representada pela atenção segmentar de cada setor para lidar sozinho com a questão, a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM-PR) publicou o documento 'Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres' que estabelece diretrizes da intersetorialidade. Ao considerar que rede de atendimento às mulheres em situação de violência se refere,

[...] ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores [...] que visam à ampliação e

à melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e ao encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência e à integralidade e humanização do atendimento¹²⁽⁰⁸⁾.

Institui que a rede de atendimento inclui serviços especializados e não especializados de atendimento à mulher, subdivididos em quatro áreas principais: justiça, assistência social, saúde e segurança pública.

Em termos do setor saúde, é importante destacar a inclusão da Atenção Básica à Saúde (ABS) como um dos serviços não especializados que atuam na rede de atenção às mulheres em situação de violência. Como porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), a ABS configura-se com a proposta de Estratégia Saúde da Família (ESF), organizando o atendimento já enquanto atenção prestada por uma equipe multiprofissional, composta, no mínimo, de enfermeiro, médico e agentes comunitário, responsáveis por um território específico. Nesse modelo de atenção, a equipe será o primeiro contato da população com os serviços de saúde, devendo estabelecer vínculo com a população adstrita, a partir do qual serão empreendidas ações coletivas e individuais, dentre elas os encaminhamentos para outros serviços e a atenção longitudinal¹³.

O cuidado longitudinal e o estabelecimento do vínculo entre profissional e a mulher atendida propiciam, além da relação mais próxima entre serviço de saúde e comunidade, o cuidado de problemas de saúde mais comuns, muitas vezes relacionados aos impactos da violência de gênero. Assim, estudos têm dado destaque à atenção primária, enquanto setor saúde, para o trabalho junto a mulheres em situação de violência¹⁴⁻¹⁶.

No sentido de participar a saúde da construção de uma rede de serviços, em estudo que aprofunda o conceito de rede, Schraiber et al.¹⁶ compreendem que diferentemente de um sistema, a rede estabelece as tramas a partir das necessidades situacionais, é horizontal, não tem uma única porta de entrada ou fluxos

pré-estabelecidos e os serviços inseridos em uma determinada rede podem atuar em diferentes redes ao mesmo tempo. Vale destacar que uma rede é sempre plástica, não obedece rigidamente a fluxogramas, nem estruturas preestabelecidas. Ela se recompõe no tempo e no espaço. Uma rede se estrutura a partir de ‘princípios organizadores nucleares’, são eles: a relação entre as ações profissionais; a comunicação entre os profissionais; e a interação entre os serviços. Desta forma, é necessário que haja uma integração assistencial para a formação de uma rede.

Esse estudo ainda chama a atenção para o fato de que, se os serviços atuarem como um conjunto, ainda que não necessariamente integrado, constituirão não uma rede, mas uma trama de serviços. Assim, trama se refere a um agrupamento de serviços que podem ter algumas ações articuladas, mas esse aspecto é insuficiente para construir uma atenção integral, que requer a existência de um projeto assistencial que seja comum, compartilhado, entre os serviços envolvidos. E, para tal, a assistência a ser oferecida deve ser construída a partir do diálogo entre os serviços que resulta da interação entre os profissionais; interação voltada a delimitar horizontes assistenciais que lhes sejam comuns¹⁶.

Metodologia

O presente artigo baseia-se em pesquisa qualitativa de estudo de caso, que tomou a região Centro do município do Rio de Janeiro para investigar as relações entre a ABS e os serviços especializados de atendimento às mulheres em situação de violência¹⁷.

Foram escolhidas três UBS, duas unidades exclusivamente organizadas sob o modelo ESF, sendo que uma delas contava com o suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e uma unidade mista, na qual funcionava um Centro Municipal de Saúde (CMS) e uma Clínica da Família (CF). Participaram da pesquisa, também, quatro serviços especializados

no atendimento às mulheres em situação de violência: dois centros de referência, um serviço policial e um serviço judiciário.

No trabalho de campo, foram realizadas observação institucional e entrevistas com trinta e seis profissionais nos sete serviços. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas. A observação institucional foi registrada em caderno de campo e usada de modo complementar às entrevistas. A partir da análise de conteúdo¹⁸ dos dados levantados, foi possível selecionar três categorias de análise: (1) Mapeamento da Trama de serviços; (2) Relação entre ABS e serviços especializados; (3) Lugar da ABS na atenção integral a mulheres em situação de violência. Esclareça-se que se usa a denominação trama para o conjunto de serviços estudados, em substituição à usual denominação de rede, tendo em vista o propósito do estudo de verificar se há de fato atuação em rede ou não, conforme o conceito de rede antes definido¹⁶.

Para garantir o sigilo das instituições e das entrevistadas, os serviços de saúde foram nomeados como 'UBS1, UBS2 e UBS3' e os especializados como 'Especializado1, Especializado2, Especializado3 e Especializado4'. As

entrevistas foram nomeadas a partir das letras 'EE', para as profissionais dos serviços especializados, e 'ES', para as profissionais dos serviços de saúde, seguidos da numeração de 1 a 36, correspondente às entrevistadas.

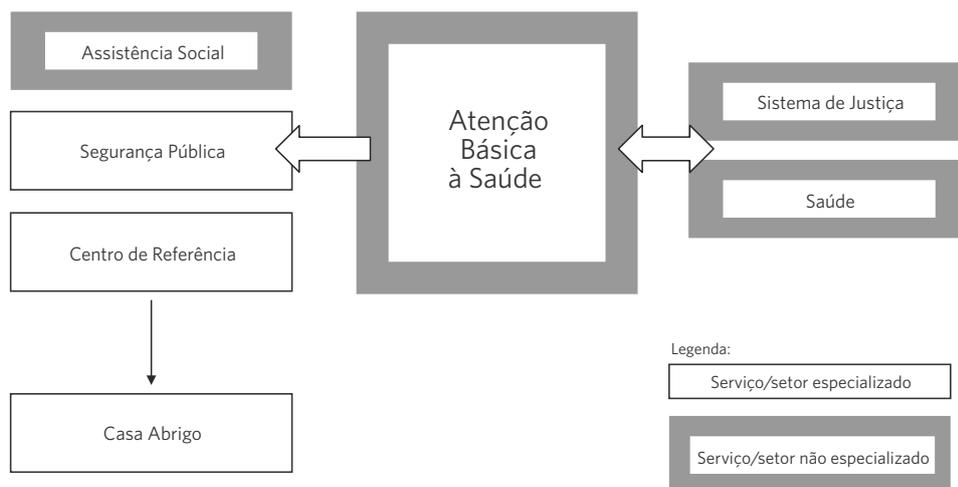
Aprovada e registrada em dois Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) sob os números de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 62891516.7.0000.0065 (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) e 62891516.7.3001.5279 (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro), a ética da pesquisa com seres humanos foi devidamente observada nos termos da legislação brasileira.

Resultados e discussão

Apresentação da trama de serviços

Na *figura 1*, está representado o fluxo de relações estabelecidas entre as UBS e outros serviços para o atendimento a mulheres em situação de violência, de acordo com os dados coletados na pesquisa.

Figura 1. Trama setor Atenção Básica à Saúde



Fonte: Elaboração própria.

Conforme o depoimento das entrevistadas, ao receber para o atendimento uma mulher em situação de violência, as profissionais das UBS relataram realizar encaminhamentos para serviços de assistência social, serviços especializados da segurança pública, centros de referência, serviços do sistema de justiça e outros serviços de saúde. Como se vê na figura, com estes dois últimos (sistema de justiça e saúde), há uma relação de reciprocidade nos encaminhamentos, em que as UBS também recebiam encaminhamento de mulheres em situação de violência que acessaram primeiramente esses outros serviços.

Na representação dos encaminhamentos entre as instituições, foram diferenciados os serviços especializados dos não especializados. Sobre os serviços não especializados para o atendimento a mulheres em situação de violência, temos a ABS que ocupa lugar central, dado que a figura foi construída, principalmente, a partir das entrevistas com as profissionais das UBS; a assistência social, como os Centros de Referência de Assistência Social (Cras) e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas); sistema de justiça, como as defensorias públicas e os núcleos de aconselhamento jurídico; o setor saúde, serviços de atenção primária, secundária e terciária. Ainda sobre o setor saúde, as entrevistadas deram destaque para os encaminhamentos de mulheres em situação de violência para os serviços de saúde mental.

Sobre os serviços especializados no atendimento a mulheres em situação de violência, de que trata a presente figura, temos as casas abrigo, instituições especializadas para receber mulheres em situação de risco por um período determinado; os centros de referência, que são organismos específicos e exclusivos para o atendimento e acompanhamento longitudinal a mulheres em situação de violência, no caso em questão ligados à política de assistência social, mas em outras regiões e em outros municípios há centros de referência ligados diretamente a estruturas governamentais de políticas para as mulheres

municipais, governamentais e federal; e, por fim, o setor de segurança pública através das delegacias especializadas de atendimento à mulher.

Cabe destacar que não há um fluxo direto entre Casa Abrigo e UBS, pois o acesso às Casas Abrigo se dá através de avaliação de equipe técnica especializada dos centros de referência, em concordância com o fluxo nacional de abrigamento estabelecido¹⁹.

Relação entre ABS e serviços especializados

Foi possível verificar que a relação entre UBS e cada um dos serviços especializados no atendimento a mulheres em situação de violência se dava de forma diferente.

As entrevistadas do serviço policial relataram não haver o direcionamento de mulheres em situação de violência para UBS. As policiais apontaram para uma distância na relação do Especializado1 com os serviços de saúde: *“Não, Clínica de Família nunca vi, nunca recebi ninguém deles aqui...”* (Entrevista EE3, p. 26).

Só esse mesmo, que é a questão de enviar para o médico, fazer o boletim de atendimento médico, depois ela volta à Delegacia, ou vai primeiro ao médico e já traz o BAM... tudo mais... Mas não é uma relação assim... íntima... [...] a única coisa que a gente pergunta - foi ao médico? -, - não foi ao médico?, tá, a gente vai fazer o registro do mesmo jeito -, - foi ao médico?, cadê o número do BAM -. Se a vítima estiver muito machucada vai, depois volta. Que às vezes ela está reclamando de dor de cabeça e não sei... pode acontecer alguma coisa. Mas... como eu te disse, quando elas vêm, nunca nenhuma chegou para mim e falou - não, foi o próprio médico, a própria enfermeira que disse para eu procurar a Delegacia -, vir aqui registrar, comigo. Comigo nunca procurou. (Entrevista EE2, p. 31).

As profissionais do serviço de orientação jurídica afirmaram que a relação com os serviços de saúde se dava de forma bastante pontual e as estagiárias entrevistadas salientaram não haver relação com os serviços de saúde,

especialmente de atenção básica. De fato, este serviço não foi mencionado em nenhuma das entrevistas no campo da saúde como uma possibilidade de encaminhamento ou de parceria.

Algumas entrevistadas que atuavam no setor afirmaram realizar encaminhamentos para a atenção básica, considerando que a ABS constituía porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS), assim, esse tipo de encaminhamento não era necessariamente para o trabalho de cuidado em saúde da mulher em situação de violência na atenção básica, mas para encaminhamento para outros níveis da atenção à saúde:

Normalmente é a Clínica da Família, né, porque a Clínica da Família que faz essa... que faz essa... por causa do SISREG, né... é a Clínica da Família que faz. (Entrevista EE8, p. 27).

Dos serviços especializados no atendimento às mulheres em situação de violência, a relação mais aproximada com as UBS se dava a partir dos centros de referência. Apesar das entrevistas das profissionais dos centros de referência mostrarem uma relação mais próxima com os serviços de saúde mental, que incluía espaços de estudos de caso interinstitucional e participação das profissionais dos centros nos *rounds* da saúde, as UBS, também, foram relacionadas como parceiras para o atendimento das mulheres em situação de violência.

O caso relatado a seguir, que trata de encaminhamento entre a UBS2 e o Especializado4, explicita essa relação de encaminhamento entre unidade básica e centro de referência:

Então, teve uma vez que recebi uma senhora, da área antiga ainda, que ela chegou desabando aqui... Ela chegou desabando e dizendo que o esposo dela era usuário de drogas, que ele bebia bebida alcoólica e que ele batia nela desde sempre, e que ela tem dois filhos e que os filhos dela ficam vendo aquilo e que ela... chegou aqui arrasada. E a minha sorte foi que eu estava com uma residente... eu tinha acabado de chegar na unidade, então assim... eu não sabia muito bem os fluxos, para

onde encaminhar essa mulher. Eu chamei a médica para fazer uma interconsulta, a médica passou uma medicação para ela, que ela falou que não estava conseguindo dormir, que ela não conseguia fazer nada... que ela só ficava chorando, já estava com um quadro depressivo... a gente encaminhou para o setor de psicologia que a gente tem aqui no H e a psicóloga... Não... era uma assistente social que estava aqui comigo... ela falou de um... do Especializado4, que tem aqui perto da nossa área, para ela ir lá, conversar... com as pessoas e tal... para a gente tentar fazer esse processo mesmo. (Entrevista ES28, p. 19).

As entrevistas apontaram para o centro de referência 'Especializado4' como o mais importante interlocutor entre a atenção básica e os serviços especializados de atendimento às mulheres em situação de violência da região. Uma das entrevistadas do Especializado4 fez o seguinte relato sobre atuação junto à UBS1:

A gente já fez até atendimentos juntos assim... para abrigamento, uma situação que eles perceberam de abrigamento e aí... Então... um caso de articulação de equipe e até extra... que foi bem sucedido. Eles atendiam uma moça que... [...] ...ela ia... porque ela ia para o atendimento de... Pré-natal... então acho que era o serviço... a enfermagem... com a ginecologista...era enfermagem e ginecologia a princípio mesmo, que atendia. E elas perceberam que a moça... às vezes ela ia acompanhada do marido, ele ficava do lado de fora assim, e ela entrava para consulta. Uma moça jovem... e aí algumas vezes ela chorou no atendimento e aí relatou, que ela vivia em situação de cárcere... então o cara não deixava ela sair para nada... ele acompanhava as consultas e ficava vigiando. Então, era de casa para... só fazia isso... só essas saídas vigiadas... que ela não aguentava mais, ela morava na casa da família dele... era todo... o tempo todo vigiada. Que ela tinha vontade de sair daquilo ali, mas ela não sabia como fazer... parece que a família dela era de um outro estado. Aí essa equipe sugeriu... perguntou se não queria abrigamento, falou que não... que não ia fazer, que tinha medo dele... Mas aí depois assim... com

algumas idas... ela disse que ela gostaria, mas que não sabia como fazer, porque ela tinha medo. Aí elas vieram aqui... contaram o caso e aí... [...] é, acho que foi a enfermeira mesmo com o ACS, que atendia... que é... acho que é aqui perto... ela morava aqui perto a menina... só que... sempre ia só com ele... Então... até quando ia na visita, que ela fazia visita, chegava lá e ele não deixava elas entrarem... uma coisa meio assim... E um casal jovem assim... Aí... ela marcou... contou para a gente e aí a gente combinou... tinha combinado com a menina, ela falou que era isso que ela queria, que ela queria sair e tal... E combinou na próxima consulta a gente ir até lá e de lá mesmo a gente esquematizar para que ela fosse para... abrigada. Aí foi feito assim... A gente foi para lá, esperou ela chegar, que aí não desconfiava que a gente estava lá, aí a gente fez o atendimento lá... preenchemos o pedido que precisava preencher, levantamos o resto da história e tudo mais. E aí de lá a gente levou ela para o abrigo... e aí... depois ela... a equipe do abrigo conseguiu encaminhá-la... acho que era do Espírito Santo... encaminhá-la para o abrigo, então assim... foi um trabalho junto com a equipe também de saúde, que conseguiu visualizar e tudo mais... e a gente conseguiu articular isso juntos. (Entrevista EE18, p. 27-29).

Essa prática de atendimento interinstitucional foi apontada como uma possibilidade, principalmente, em casos de necessidade de abrigamento de mulheres.

Encontramos neste relato de atendimento conjunto para a decisão de abrigamento um exemplo de superação de uma relação em trama de serviços para uma atuação em rede de serviços, tendo em vista que a partir da interação entre equipes de dois serviços (Especializado4 e UBS1), junto a uma mulher em situação de violência, as duas equipes, juntamente com a mulher, puderam decidir sobre as possibilidades de intervenção e encaminhamento para garantir a sua segurança e construir, em conjunto, caminhos de superação da situação de violência, portanto, um projeto assistencial comum.

Em suma, temos, então, algumas pistas de ações pontuais desenvolvidas de forma

articulada entre os serviços, certo nível de interação entre algumas profissionais entre serviços específicos através do contato interinstitucional, do diálogo e das trocas. Todavia, ao serem questionadas sobre a relação entre os serviços de saúde de atenção básica e os serviços especializados, as afirmações das profissionais de ambos os campos revelaram o afastamento entre o setor saúde e os demais participantes de uma possível rede de atenção, resultado também encontrado em outras pesquisas sobre a temática^{14,20,21}.

Além dos encaminhamentos interinstitucionais, uma ação realizada entre os serviços de atenção básica e os serviços especializados diz respeito ao trabalho de capacitação em violência de gênero e rede de atendimento efetuado pelas profissionais da rede especializada em UBS.

EE18 apontou para atividades de palestras em unidades de saúde como um trabalho preventivo de violência. Afirmou que, no ano anterior, foram a alguns postos de saúde do entorno para falar sobre violência de gênero, atendimento à mulher em situação de violência e a rede de atendimento com as equipes de saúde.

Confirmando os relatos das profissionais dos centros de referência, uma profissional de saúde, 'ES31', afirmou que já participou de capacitação sobre violência de gênero no Especializado4.

Lugar da ABS na atenção integral a mulheres em situação de violência

Considerando que a mulher tem maior acesso à UBS que a outros serviços de atenção especializada, ou mesmo mais distantes de sua residência, as entrevistadas das UBS concordaram que a atenção básica constituiria a porta de entrada não só da RAS, mas também da rede especializada de atendimento às mulheres em situação de violência, corroborando os dados de pesquisa apresentados até aqui.

A violência, pela proximidade do território, possibilita muito... que muitos mais casos venham à luz...

sejam atendidos... porque talvez essa mulher não vá ao DEAM, não vá ao CEAM... não vá a outros dispositivos, mas ela vem na Clínica para uma consulta. (Entrevista ES36, p. 20).

Porque é muito mais fácil a mulher chegar aqui... que está me vendo todos os dias, me conhece... já me chama pelo nome... me adiciona no facebook, então tem um vínculo muito maior para ela falar da violência do que ela chegar no hospital, com uma pessoa que ela nunca viu na vida e falar - ah, meu marido me bate -, de repente uma sala cheia de gente. Aqui eu acho que é um espaço muito mais fácil, por isso a gente notifica muito, às vezes, entendeu? Eu acho inacreditável quando às vezes uma Clínica não notifica, - gente, tem alguma coisa errada no acesso ou no vínculo -, porque imagina... se ela falar de violência... muito melhor falar com a pessoa que você está mais próxima, que você já chama pelo nome, tudo. Agora, chegar em um hospital... já trabalhei em hospital e vi situação de violência... [...] a mulher senta na sala e fala alto para todo mundo escutar, é muito difícil. (Entrevista ES35, p. 26).

Tais dados vão ao encontro do documento da Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, da SPM-PR, que estabelece as UBS como parte desta rede de enfrentamento, como serviço não especializado, compondo a porta de entrada para os serviços especializados no atendimento às mulheres em situação de violência, e da literatura sobre o tema, como já especificado^{6-8,12,21}. Mas ainda que a ABS seja uma porta de entrada privilegiada para os casos de violência, há grande dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com a problemática da violência. De acordo com Diniz⁸⁽³¹⁾, a saúde deve se responsabilizar por “[...] pelo menos identificar esses casos e referi-los adequadamente”. Neste sentido, d’Oliveira e Schraiber²²⁽¹³⁵⁾ afirmam:

[...] os profissionais nos serviços de saúde têm dificuldades para lidar com problemas como a violência, que são problemas mais identificados ao social e às normas culturais da sociedade ou

identificados a comportamentos pessoais. São dificuldades que não se prendem apenas ao quê fazer, dentro de um leque de atuações bem delimitadas como intervenções sobre as doenças, mas dizem respeito, previamente, ao reconhecimento dessa situação de violência como pertinente ao campo de atuação em saúde.

Não obstante tal aspecto a argumentação de ES35 citada anteriormente traz uma similaridade com o que afirmam Menezes et al.⁷⁽⁷⁸⁴⁾:

Nessa perspectiva, vale mencionar o papel dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), isso porque, na maioria das vezes, a Unidade de Saúde da Família (USF) se apresenta como porta de entrada para essas mulheres. Neste sentido, a equipe de Saúde da Família deveria aparecer como protagonista no processo de acompanhamento das mulheres em situação de violência, uma vez que trabalha com uma população adstrita, secundária ao processo de territorialização, o que permite um maior envolvimento com a comunidade, e conseqüentemente o reconhecimento e a compreensão de suas necessidades.

A presente pesquisa constatou que nas UBS2 e UBS1 prevaleceu o desconhecimento das profissionais sobre o trato com a questão da violência de gênero e as dificuldades de manejo quanto às possibilidades de encaminhamento dos casos para os serviços especializados, assim como apontam os estudos de Moreira et al.¹⁵ e Osis, Duarte e Faúndes²³.

ES22 afirmou que não havia aproximação da UBS1, em que atuava, com os serviços especializados de atendimento às mulheres em situação de violência e que não conhecia a rede para atendimento a mulheres em situação de violência, não saberia para onde encaminhar a mulher em situação de violência:

Mas eu não fui instrumentalizada... assim que fala, né?, eh... sobre esse fluxo de violência aqui na CAP 1.0. Eu não sei quais são as redes que a gente tem... como que a gente faz... o que eu posso... qual o

apoio que eu posso oferecer? O que me vem imediatamente é a psicologia, o matriciamento... um momento para eu poder abrir e falar. (Entrevista ES22, p. 16).

ES20 disse que não era rotina encaminhar mulheres em situação de violência para outros serviços, por conta da violência.

P: no caso então, voltando um pouco à questão do atendimento à mulher em situação de violência... vocês costumam encaminhar a mulher em situação de violência para outros serviços?

R: não, por isso assim, não. (Entrevista ES20, p. 29).

ES20, também, afirmou que não conhecia os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência e que não havia relação da UBS1 com os serviços de atenção às mulheres em situação de violência.

ES22 disse que não existia uma relação direta da UBS1 com os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência.

Na UBS1, foi comum ouvir das profissionais de saúde que nunca atenderam mulheres em situação de violência.

De acordo com estudos já citados, podemos inferir que o não atendimento de mulheres em situação de violência pode estar mais relacionado à dificuldade da profissional de manejar a situação, de identificar a violência e lidar com o fato, do que à ausência das mulheres em situação de violência nas unidades básicas.

Concordamos com Berger²⁴ que identificar a violência é diferente de rastrear uma doença. Considerando que a atenção em saúde para a questão da violência é insatisfatória, a autora discute os aspectos relacionados à formação profissional em saúde que ainda está fundamentado no modelo biomédico e os processos de trabalho em saúde centralizados no profissional médico. De acordo com a autora, essas questões constituem entraves para a atuação do campo da saúde na atenção às mulheres em situação de violência.

Borsoi et al.²⁵ a partir de pesquisa realizada em duas unidades de ABS no município

do Rio de Janeiro, apontam que as mulheres atendidas nos serviços que participaram da pesquisa vivenciam no cotidiano a violência doméstica e que, apesar de os profissionais identificarem a situação de violência, existe a dificuldade de lidar com a questão e efetuar encaminhamentos.

Não obstante estes aspectos, há que se destacar que na UBS3, unidade que mais notificava violência na Área de Planejamento, as equipes eram bastante sensíveis à questão da violência de gênero. De acordo com relatos, os casos de violência eram identificados e, com o apoio do Nasf e da gerência, as equipes manejavam os casos e contatavam serviços de outros setores de acordo com a necessidade da mulher. Como já apontado, o serviço especializado mais solicitado a atuar junto aos casos que chegavam na UBS3 era o centro de referência 'Especializado4'.

A presença do Nasf nesta unidade pode ser um fator facilitador para o reconhecimento de situações de violência e manejo dos casos. Como reconhecido na literatura, os profissionais de saúde da família consideram o Nasf um suporte importante para a lida com casos complexos no cotidiano, especialmente os relacionados à violência¹⁵.

Outro aspecto facilitador relevante pode ser o fato desta unidade ser uma unidade-escola, em que havia uma atuação orgânica de residência e suas preceptorias. O contato estreito com a universidade pode favorecer a capacitação profissional para lidar com os casos mais complexos de diferentes âmbitos que surgem no cotidiano. As outras unidades também contavam com apoio de residentes e graduandos, mas de forma mais periférica.

Considerações finais

A relevância do campo da saúde para a discussão sobre violência de gênero pode ser visibilizada, também, ao considerarmos a centralidade do conceito de integralidade, um dos princípios do SUS, para pensar sobre

o atendimento multiprofissional, interdisciplinar, intersetorial a mulheres em situação de violência, dada a complexidade da questão.

No campo da assistência, portanto, o conhecimento sobre as relações entre a ABS e os serviços especializados no atendimento às mulheres em situação de violência, no que se refere às potencialidades de trabalho em rede, faz-se necessário considerando a relevância do campo da saúde, especialmente da atenção básica, para a identificação dos casos de violência, o acolhimento dessas mulheres e as possibilidades de referência e contrarreferência com outros serviços de outros setores para o cuidado.

Não se pode questionar a efetiva preocupação da saúde no que se refere ao enfrentamento à violência contra as mulheres desde a década de 1980²⁶. Como aponta Diniz⁸⁽³⁰⁾, “um excelente exemplo de infiltração de gênero no desenvolvimento de respostas em violência contra a mulher no Brasil são as políticas de saúde”.

Como salientam D’Oliveira e Schraiber²², muitas foram as conquistas no âmbito da implementação de serviços e da proposição de legislações voltadas para o enfrentamento à violência contra as mulheres, no entanto muitos são os obstáculos para que estas diversas instituições governamentais e não governamentais construam um mosaico inter-relacionado e bem articulado entre si, promovendo assim a assistência de qualidade às mulheres.

Consideramos, ainda, que privadas de seus direitos a uma atenção integral, as mulheres ficam sujeitas a outro tipo de violência de gênero: a violência institucional, compreendendo-se esta última também como uma crise em relações hierárquicas, mas neste caso da hierarquia entre profissionais da saúde e as

mulheres usuárias desse serviço²⁷. Contudo, envolvendo a complexa relação hierárquica de autoridade técnico-científica, a violência institucional remete a questões bastante próprias e que devem ser mais aprofundadas em novos estudos.

A promoção da atenção integral a mulheres em situação de violência e sua concretização através de um trabalho multidisciplinar, interprofissional, intersetorial, em rede, demanda a ampliação de espaços de formação em saúde que versem sobre estes temas. A aproximação entre universidades e serviços de atenção à saúde da população pode ser um caminho exitoso, como apontam os dados da pesquisa. E, ainda, consideramos potente a consolidação de projetos políticos que integrem profissionais de diferentes áreas a partir de uma perspectiva dialógica do cuidado.

O escopo da presente investigação pode ter grande valia para o cotidiano dos serviços e para provocar os profissionais e os serviços quanto às possibilidades de estabelecer espaços de diálogos para viabilizar a formação de redes.

A partir da proposta desta pesquisa, buscamos contribuir para a compreensão sobre a constituição das redes de atendimento às mulheres em situação de violência, bem como de que forma o campo da saúde interage com esses serviços, ampliando, assim, o conhecimento da saúde coletiva sobre a temática.

Colaboradoras

Gonsalves E (0000-0002-2170-2269)* e Schraiber LB (0000-0002-3326-0824)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Scott J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. *Educ. realid.* 1995; (20):71-99.
2. Saffioti H, Almeida SA. *Violência de Gênero*. Rio de Janeiro: Revinter; 1995.
3. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Populat. Repor.* 1999; XXVII(4).
4. Schraiber LB, Oliveira AFLP, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25 (supl 2):S205-16.
5. Schraiber LB, d' Oliveira AFPL, Falcão MTC, et al. *Violência dói e não é direito. A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Ed. UNESP; 2005.
6. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França Junior I, et al. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. *Saúde e Soc.* 2000 [acesso em 2021 mar 12]; 9(1/2):3-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v9n1-2/02.pdf>.
7. Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, et al. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação inter-setorial e atenção integral. *Saúde Soc.* 2014 [acesso em 2021 fev 6]; 23(3):778-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300778&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
8. Diniz SG. Violência contra a mulher: estratégias e respostas do movimento feminista no Brasil (1980-2005). In: Diniz SG, Silveira LP, Mirim LA, organizadores. *25 anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher*. São Paulo: Coletivo Feminista e Saúde; 2006. p. 15-44. [acesso em 2021 out 28]. Disponível em: <https://www.mulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/04/25anos-completo.pdf>.
9. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al, editores. *World report on violence and health*. World Health Organization: Geneva; 2002. [acesso em 2021 jan 16]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf.
10. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Portella AP, et al. Violência de gênero no campo da saúde coletiva: conquistas e desafios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(4):1019-27.
11. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc.* 2009 [acesso em 2021 maio 12]; 18(supl2):11-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902009000600003&script=sci_abstract&tlng=pt.
12. Brasil. Secretaria de Política para as Mulheres. *Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília, DF: SPM; 2011. [acesso em 2021 fev 12]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>.
13. Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A. Organização da atenção primária à saúde no Brasil e os desafios para a integração em redes de atenção. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al., organizadores. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2018. p. 51-72.
14. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde [periódico na internet]. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009 [acesso em 2021 fev 2]; 14(4):1037-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000400011&script=sci_abstract&tlng=pt.
15. Moreira TNF, Martins CL, Feuerwerker LC, et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saúde Soc.* 2014; (23):814-827.

16. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Hanada H, et al. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. *Athenea Dig.* 2012; 12(3):237-254.
17. Gonsalves EN. As relações entre a atenção básica à saúde e os serviços especializados no atendimento a mulheres em situação de violência: um estudo de caso sobre as potencialidades de rede. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2019.
18. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2011.
19. Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Diretrizes Nacionais para o Abrigamento de Mulheres em Situação de Risco e Violência. Brasília, DF: SPM; 2011. [acesso em 2021 mar 15]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/diretrizes-nacionais-para-o-abrigamento-de-mulheres-em-situacao-de-risco-e-de-violencia>.
20. Rolim KI, Falcke D. Violência conjugal, políticas públicas e rede de atendimento: percepção de psicólogos(as). *Psic. Cienc. e Profissão.* 2017 [acesso em 2021 maio 10]; 37(4):939-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n4/1414-9893-pcp-37-04-0939.pdf>.
21. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Mulher em situação de violência: limites da assistência. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015 [acesso em 2021 jan 18]; 20(1):249-58. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00249.pdf.
22. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes interseccionais de atenção. *Rev Med.* 2013 [acesso em 30 abr. 2021]; 92(2):134-40. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79953/83887>.
23. Osís MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev saúde pública.* 2012 [acesso em 2021 mar 15]; 46(2):351-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102012000200018&lng=e&tlng=pt.
24. Berger SMD. Violência entre parceiros íntimos: Desafios no ensino e atenção em saúde. *Rev Bras Ed Médica.* 2011; 35(4):526-534.
25. Borsoi TS, Brandão ER, Cavalcanti MLT. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. *Interface (Botucatu).* 2009 [acesso em 2021 fev 15]; 13(28):165-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000100014&script=sci_abstract&tlng=pt.
26. Silveira LP. Serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência. In: Diniz SG, Silveira LP, Mirim LA, organizadores. *Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: alcances e limites.* São Paulo: Coletivo Femin e Saúde; 2006. p. 45-77 [acesso em 2021 fev 12]. Disponível em: <http://www.mulheres.org.br/site/wp-content/uploads/2012/05/25anos-completo.pdf>.
27. Aguiar JM, Azeredo YN, d'Oliveira AFPL, et al. Violência institucional, direitos humanos e autoridade tecno-científica: a complexa situação de parto para as mulheres. *Interface (Botucatu).* 2020; (24):e200231.

Recebido em 15/05/2021

Aprovado em 06/10/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Urgências de baixo risco: análise da integração entre atenção primária e Unidade de Pronto Atendimento

Low risk emergencies: integration analysis between primary care and Emergency Care Unit

Luana Rodvalho Constantino¹, Gisele O'Dwyer¹, Vera Lucia Barbosa dos Santos¹, Marismar Horsth de Seta¹

DOI: 10.1590/0103-1104202113103

RESUMO O estudo objetivou analisar a atenção prestada às urgências de baixo risco em área metropolitana de alta vulnerabilidade socioambiental na cidade do Rio de Janeiro, no âmbito da Estratégia Saúde da Família e da Unidade de Pronto Atendimento local. A metodologia utilizou triangulação de dados obtidos em prontuários, observação direta, entrevistas e grupos focais com gestores, trabalhadores e usuários (108 participantes). Analisaram-se os atendimentos segundo diagnóstico, tipo e horário de ocorrência e dados sociodemográficos; os dados qualitativos, mediante análise temática, geraram as categorias: que urgência para que serviço; questões territoriais; acesso; aspectos positivos e negativos dos serviços. Como resultado, a Estratégia Saúde da Família assume a função de atender às urgências segundo dados de produção. Experiências anteriores influenciam o padrão de acesso de usuários. A fragilidade socioambiental incrementa a demanda, tensiona o atendimento programático da Estratégia e pode gerar riscos pelo atendimento rápido na Unidade de Pronto Atendimento, que tem funcionado como lugar de internação, pela escassez de leitos em hospitais. Os dois tipos de serviços funcionam parcialmente integrados. Conclui-se que o nível de satisfação com a Estratégia Saúde da Família destacado pela população e a centralidade da Estratégia para as redes assistenciais são potencializados pelo acolhimento às urgências.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Emergência. Serviços de saúde. Necessidades e demandas de serviços de saúde.

ABSTRACT *The study aims to analyze the attention given to low risk emergencies in an area of high socio-environmental vulnerability in Rio de Janeiro, within the scope of the Family Health Strategy and the local Emergency Care Unit. The methodology used relied on a triangulation of data and sources obtained from medical records, direct observation, interviews, and focal groups with managers, workers and users. The service was analyzed according to diagnosis, type of occurrence, and sociodemographic data; the qualitative data was analyzed through thematic analysis, generating the categories: which urgency for which service; territorial issues; access; positive and negative aspects of services. As a result, the Family Health Strategy takes on the function of answering to urgencies. Previous experiences influence the pattern of users' access. Socio-environmental fragility increases demand, stresses the Strategy's programmatic service, and can generate risks by the fast treatment at the Emergency Care Unit, which has been a place of hospitalization, due to the scarcity of hospital beds. The two services work with partial integration. The conclusion shows that the levels of satisfaction with the Family Health Strategy indicated by the population and its centrality to the care networks are enhanced by the accommodation of urgencies.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Emergency. Health services. Health care needs and demands.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
lrconstantino@gmail.com



Introdução

Com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), houve considerável ampliação do serviço de Atenção Primária à Saúde (APS), com impactos positivos sobre a saúde dos brasileiros¹. Outra conquista do SUS, a política de urgência, propõe uma rede que articula serviços de níveis assistenciais distintos para garantir, de forma oportuna, o acesso integral aos usuários.

O serviço de APS é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, responsabilizando-se pela resolução das urgências de baixo risco e estabilização dos casos graves até a transferência para uma unidade de maior complexidade. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA), componente da política de urgência implantado em 2008, atuam como intermediários entre a APS e os hospitais e atendem a, pelo menos, 50 mil habitantes.

A efetiva participação da APS na atenção às urgências, responsabilizando-se pelo primeiro cuidado, pode ampliar o acesso às urgências². Entretanto, há sobrecarga de atendimentos de baixo risco nas UPA que poderia ser solucionada pela APS^{3,4}, que, por sua vez, nem sempre é capaz de acolher as urgências diante da prioridade de outras tarefas e da falta de qualificação e estrutura adequada⁴.

Na APS, a distinção dos atendimentos é feita, muitas vezes, somente em Demanda Programada (DP), que consiste em atendimento mediante agendamentos prévios, assim como por Demanda Espontânea (DE), que são atendimentos não agendados.

A dupla função da UPA e da APS no atendimento às urgências justifica a análise do acesso, da oferta e da qualidade do uso desses serviços, em especial, se compuserem uma rede assistencial local sob gestão única.

Incorporando a visão de gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços, focalizando a atenção ao atendimento por DE e às urgências de baixo risco, este artigo analisa a atenção prestada em uma área de alta vulnerabilidade socioambiental. Essa

vulnerabilidade do território se expressa nas condições de vida de suas populações (baixa renda e baixa proteção social) que habitam áreas de risco ambiental, nas margens de rios degradados⁵. Com aproximadamente 46 mil habitantes, o território tem cobertura estimada em APS de 100% da população por meio de duas unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), que totalizam 13 equipes, e possui uma UPA III contígua a uma das unidades.

Material e métodos

O estudo foi feito com triangulação de dados e de fontes sobre o atendimento prestado pela ESF e pela UPA, que articula dados secundários sobre a utilização dos serviços com dados primários produzidos em entrevistas, grupos focais e observação. Além disso, na análise dos dados, houve triangulação de investigadores, pois foram quatro os investigadores que aportaram suas perspectivas, reflexões e interpretações⁶.

Nesta pesquisa, o termo urgências de baixo risco designa o universo de acometimentos classificados como verdes e azuis, pela classificação de Manchester, o qual opera associando a situação de urgência ao tempo de espera, e é representado por cores: vermelho (emergência / 0 min), laranja (muito urgente / 10 min), amarelo (urgente / 60 min), verde (pouco urgente / 120 min) e azul (não urgente / 240 min)⁷.

Inicialmente, analisaram-se dados secundários obtidos nos prontuários eletrônicos utilizados na ESF e na UPA. Os atendimentos foram caracterizados por idade, sexo, diagnóstico e horário e tipo de demanda (DP e DE) para identificar as urgências de baixo risco dos dois serviços.

Os atendimentos da ESF correspondem ao somatório dos atendimentos realizados pelas duas unidades da área. Para a UPA, computaram-se apenas aqueles originados da região em estudo realizados durante o horário de funcionamento da ESF. Excluíram-se as DE caracterizadas como administrativas (remarcação de consulta, troca de receita etc.).

O motivo de consulta (queixa principal) dos atendimentos na ESF e na UPA também foi analisado considerando a Classificação Internacional de Doenças (CID). Os 20 diagnósticos mais registrados foram organizados por grupos de doenças, segundo os capítulos da CID 10. Frequências absolutas foram calculadas de acordo com sexo, faixa etária,

classificação de risco e doenças de maior prevalência.

Em outra etapa, realizou-se pesquisa de campo, que abrangeu: 1) observação do atendimento nas três unidades de saúde, totalizando 120 horas de observação nos dias úteis da semana, com registro em diário de campo; 2) entrevistas e grupos focais.

Quadro 1. Entrevistas e grupos focais realizados por número e tipo de entrevistado e duração do campo

Técnica utilizada	Duração de cada técnica	Tipo de participantes	Total
Entrevista	60 minutos	Médicos plantonistas da UPA	5
		Enfermeiros plantonistas da UPA	5
		Gestores e Responsável Técnico (médicos e enfermeiros) da UPA e ESF	9
Grupo focal	90 minutos	Médicos e Enfermeiros ESF	32
		ACS ESF	37
		Usuários	20
Total de participantes do estudo			108

Fonte: Elaboração própria.

Os roteiros das entrevistas e grupos focais abrangeram questões sobre: tipo de urgência atendida na unidade; facilidades e dificuldades para atendimento de urgência de baixo risco em cada tipo de unidade; integração entre os serviços; e estratégias para melhor atender à demanda. Para os usuários, indagou-se acerca do que eles entendiam como urgência; quando e quais os benefícios de procurar a UPA e/ou ESF, e sobre dificuldades de acesso ao atendimento.

Participaram coordenadores e responsáveis técnicos identificados como gestores (G); médicos e enfermeiros, como profissionais de nível superior (PS); Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e usuários (U). A origem de gestores e profissionais de nível superior, se ESF ou UPA, foi identificada.

A triangulação efetuada na análise abrangeu: dados, fontes e investigadores, conforme registro anterior. Utilizou-se análise temática⁸ para análise qualitativa do material de campo, cujo resultado dialogou com os dados quantitativos submetidos à análise estatística descritiva.

A pesquisa foi aprovada pelos Certificado de Apresentação para Apreciação Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, números 81927618.3.0000.5240 e 71283317.8.3001.5279.

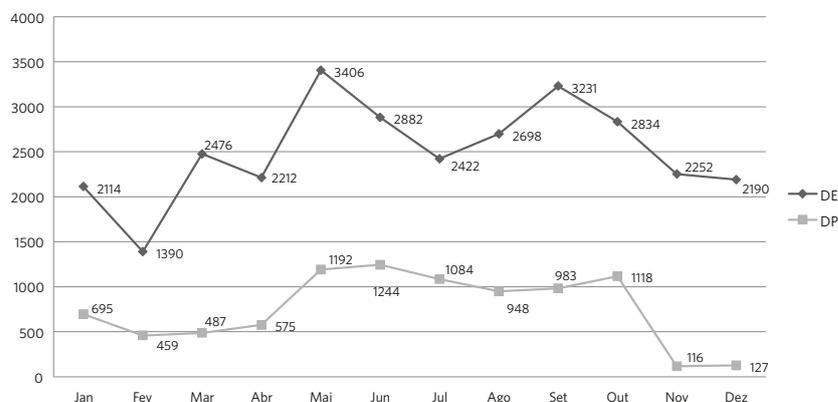
Resultados

Os resultados estão organizados em informações sobre atendimentos, observação nos serviços e segundo as categorias analíticas que emergiram da análise temática que consistem em: que urgência para que serviço; acesso; questões territoriais; aspectos positivos dos serviços; e aspectos negativos do serviço.

Informações sobre atendimentos

Na ESF, em 2017, foram realizados 39.135 atendimentos, sendo 76,9% por DE (30.107) e 23,1% de DP (gráfico 1).

Gráfico 1. Atendimentos da Estratégia Saúde da Família segundo tipo de demanda e mês de ocorrência, 2017

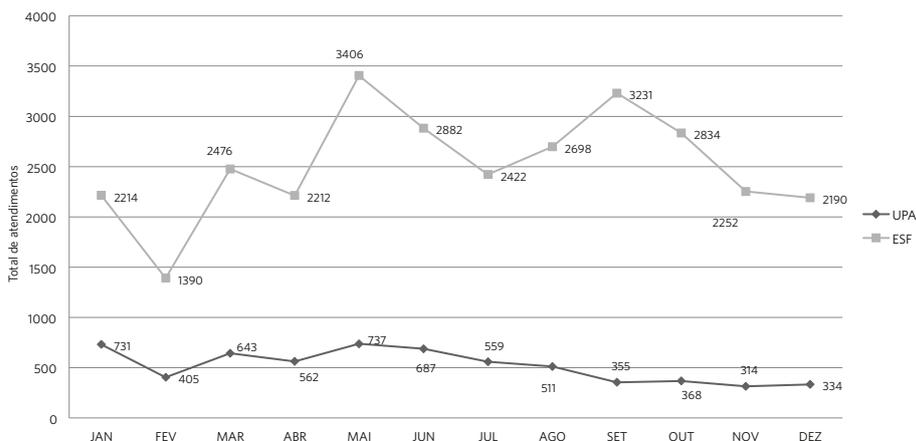


Fonte: Elaboração própria.

Na UPA, em 2017, no horário das 8h às 17h, ocorreram 6.206 atendimentos aos usuários moradores do bairro estudado, distribuídos,

segundo o grau de risco, em: vermelhos (0,4%), amarelos (17,4%), verdes (82%) e azuis (0,2%).

Gráfico 2. Atendimentos às urgências de baixo risco segundo tipo de unidade e mês de ocorrência, 2017



Fonte: Elaboração própria.

Com relação ao gênero, predominou o sexo feminino nos atendimentos por DE na ESF (70%). Na UPA, não houve diferença significativa em relação ao sexo.

Acerca da distribuição etária dos atendimentos, observou-se que, na UPA, 65% (n=3.315) era de adultos, seguido de crianças com 21%

(n=1.050), idosos com 8% (n=409) e adolescentes com 6% (n=328). Na ESF, 63% eram adultos (n=9.043); 18%, idosos (n=5.583); 14%, crianças (n=4.211); e 4% (n=1.270), adolescentes.

As doenças infecciosas e parasitárias, endócrinas e metabólicas e as doenças do aparelho circulatório foram frequentes na

clínica de APS. Já as doenças do aparelho respiratório apareceram nos dois tipos de serviço. Na UPA, há um número elevado de diagnósticos inespecíficos. Evidenciaram-se,

na UPA, o volume de doenças osteomusculares, sobretudo, as queixas de dores e um número elevado de diagnósticos inespecíficos (*quadro 2*).

Quadro 2. Principais diagnósticos registrados nos atendimentos de demanda espontânea/urgências de baixo risco nas unidades analisadas

Grupo de doenças	ESF		UPA			
	CID	n. registros	Total	CID	n. registros	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A09- Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	1.452	5.196	*	*	*
	A59- Tricomoníase urogenital	746				
	B37- Estomatite por Cândida	706				
	B86- Escabiose	704				
	B359- Dermatofitose não especificada	574				
	A15- Tuberculose pulmonar	507				
	B309- Conjuntivite viral não especificada	507				
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	E119- Diabetes mellitus não insulino-dependente - sem complicações	2.189	3.926	*	*	*
	E109- Diabetes mellitus insulino-dependente - sem complicações	806				
	E66- Obesidade devida a excesso de calorias	623				
	E39- Transtorno endócrinos não especificados	308				
IX. Doenças do aparelho circulatório	I10- Hipertensão essencial (primária)	3.114	3.114	*	*	*
X. Doenças do aparelho respiratório	J00- Nasofaringite aguda (resfriado comum)	695	695	J00	269	269
XIII- Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	*	*	*	M791- Mialgia	556	742
				M545- Dor lombar baixa	186	
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais no exame clínico e laboratorial	*	*	*	R05- Tosse	425	675
Outros registros de CID			17.288			3.031
Total de atendimentos de demanda espontânea/ Verdes e Azuis			30.107	-		5.102

Fonte: Elaboração própria.

Nota: O uso do "*" designa valores inferiores a 150 atendimentos que foram contabilizados como 'outros registros de CID'.

Observação nos serviços

Na sala de espera da UPA, a maioria dos usuários não entendia a organização do atendimento por classificação de risco e havia conflitos quando aqueles classificados como verdes aguardavam, independentemente da ordem de chegada.

Nas duas clínicas de ESF, havia usuários aguardando a hora de abertura gerando uma fila diária. O primeiro atendimento para DE é atribuição do ACS e é organizado segundo equipe de referência. Técnicos de enfermagem e enfermeiros apoiam a recepção do usuário. Além disso, o principal critério de acesso era a ordem de chegada.

Os profissionais da ESF eram receptivos e afetuosos, valorizando as demandas. Atenção especial era prestada aos grupos prioritários, como crianças menores de 5 anos, gestantes, puérperas e usuários com tuberculose. Profissionais e usuários se conheciam pelo nome, evidenciando o vínculo estabelecido.

A primeira pergunta feita pelos usuários era se ‘havia médico para atender no dia’. Os médicos realizam, além do atendimento, visita domiciliar e atividades em grupos. Eventualmente, os usuários não aceitam ser atendidos por enfermeiros na ausência do médico.

Não há um padrão para compatibilizar o atendimento por DE e DP. Predominava a forma intercalada de atendimento das duas demandas.

Uma das clínicas trabalhava mais próxima da metodologia ‘acesso avançado’, que prevê atendimento preferencialmente dentro de 24 horas, seja por demanda de urgência ou rotina⁹. A demora para atendimento médico era de até três horas. No decorrer do estudo, ocorreu uma greve de profissionais, durante a qual os atendimentos foram reduzidos a 30%. No decurso a greve, a sala de espera foi um espaço para discussão com a população sobre os problemas enfrentados na área da saúde.

Os dois tipos de serviço têm estrutura para o atendimento às urgências.

Que urgência para que serviço

Os gestores concordam que o melhor lugar para atendimento às urgências de baixo risco é a ESF e que a UPA deve atendê-las somente fora do horário de funcionamento da APS. Entretanto, acham legítimo a população acessar o serviço preferido.

Os profissionais reconhecem que as urgências de baixo risco deveriam ser atendidas na APS devido à possibilidade de acompanhamento do usuário, porém, alguns atendimentos verdes poderiam ser compartilhados com a UPA: “eu acho que tem como dividir o verde” (PS-UPA). Apenas um profissional médico defendeu que todos os atendimentos de baixo

risco devem ser exclusivamente atendidos pela APS: “Nem azul e nem verde deveriam ser da UPA, caberia a gente atender” (PS-ESF).

Um médico destacou que, diante de situações clínicas de maior gravidade, fica nítido para os usuários para onde eles devem se dirigir (às UPA e/ou aos hospitais), todavia, nas questões de urgência de baixo risco, o critério que define a escolha entre UPA e ESF é a facilidade de acesso:

Se for trauma ou um acidente, está claro para ele que é para UPA, mas se sente dor de cabeça, vômito, crise hipertensiva, asma, eles querem ser atendidos onde é mais perto. (PS-ESF).

Preocupa aos gestores a dificuldade da população em utilizar os serviços adequadamente nas demandas de urgência, além da falta de esclarecimento por parte dos próprios profissionais responsáveis pela seleção, que não estão preparados para orientar os usuários. Os profissionais de saúde manifestaram que, em determinadas situações, eles próprios ficam em dúvida para definir o papel da UPA e da ESF, confundindo o usuário:

Realmente em algumas situações a gente também fica confuso no dia a dia com relação ao que deve ser atendido na UPA e o que deve ser atendido na ESF. (PS-ESF).

Dizer exatamente o que é da UPA e o que é da ESF é uma pergunta que precisa pensar mais. (PS-ESF).

Eu acho que é a falta de preocupação dos médicos de orientar mais, porque você [usuário] não sabe o que você tem que procurar, então a gente não tem um posicionamento mais certo. (U).

Os usuários corroboram a definição técnica de urgência:

Atendimento de urgência é quando a pessoa vem passando mal mesmo, para morrer. Uma pessoa completamente ferida, tiro, princípio de um infarto, né? Uma criança com falta de ar é um atendimento com um risco. (U).

Para os usuários, tanto a ESF como a UPA devem atender às pequenas urgências, sendo o principal diferencial o horário de atendimento: *“Na UPA quando a clínica [ESF] está fechada. A médica da UPA disse, vou passar remédio, mas procure sua doutora”* (U).

No entanto, reconhecem que eventualmente a clínica (ESF) não é vista como lugar de atendimento às urgências:

A Clínica da Família é mais acompanhamento da gestante, com uma doença crônica pra fazer tratamento. A diferença de um para o outro é isso, a Clínica da Família faz tratamento e a outra [UPA] é mais urgência. (U).

Questões territoriais

Para os profissionais, a pobreza, a violência e a falta de acesso a outros recursos sociais produzem demandas:

Você tem determinantes sociais que levam a população a buscar mais a urgência [...] você tem uma população com dificuldade financeira, que tem uma relação trabalhista das piores possíveis, então essa população não vai a grupo informativo, ela não pode ficar faltando o trabalho para ir no médico, tenta resolver a vida dela na urgência [...] Ele vai otimizar o tempo. (ACS).

A gente trabalha com uma população extremamente vulnerável, a gente fica com as equipes insufladas de usuários. (PS-ESF).

A questão da vulnerabilidade do território esteve presente nas falas de profissionais e da maioria dos gestores como um fator contribuinte para a sobrecarga do serviço. A realidade da precarização das relações de trabalho entre a população é apontada como um direcionador da sua preferência pela UPA para otimização do tempo, proporcionando acesso para satisfação de suas demandas por exames de sangue e imagem, nem sempre prescritos.

O número de pessoas cadastradas por equipe, superior ao de outros sistemas universais, é visto como um grande entrave, especialmente pela fragilidade social da população do território:

Mas é essa questão de a gente trabalhar com uma adscrição de clientela muito maior do que a média dos países que trabalham com atenção primária, com certeza é um gargalo. A gente trabalha com população muito vulnerável, tem muita necessidade de acesso ao Serviço de Saúde, inclusive para coisas que não são estritamente biológicas. É um desafio, uma conta que nunca fecha. (PS-ESF).

Eventos, tais como tiroteios, fecham ocasionalmente as clínicas de saúde da família, assim como enchentes em períodos de muita chuva, que alagam as casas, gerando prejuízos materiais:

A gente tem uma população bastante adoecida, por toda violência, também. Na beira rio as pessoas que perderam tudo, é muito rato, nós vamos começar a ter leptospirose. Têm pessoas com fome, sem esgoto, sem luz, sem água, sem nada, perderam documentos, remédios, alimentos. (PS-ESF).

Muitos profissionais destacaram a violência no território como um fator limitador para o trabalho, seja na UPA ou na ESF, com confrontos frequentes entre policiais e traficantes com uso de armas de fogo, assim como a presença do tráfico próximo à unidade: *“tem tráfico, tem tiro, isso torna mais complicado. E, às vezes, tem dificuldade para acessar a unidade, profissional e usuário”* (PS-UPA).

O protocolo de acesso seguro, com critérios para fechamento das clínicas de família quando há tiroteio, incrementa a demanda, pressionando o atendimento na UPA:

A ESF é restringida e fecha o atendimento, para onde vai quem tinha consulta marcada? O usuário sai daquela porta e entra na nossa UPA a dor de garganta, prurido, pediculose, fora aquele que vem diário, que vem da baixada fluminense ou de uma outra área com cobertura insuficiente de ESF. (G-UPA).

Um gestor da ESF entende que a abordagem do usuário na UPA deve considerar a fragilidade social. A utilização da classificação de risco como critério exclusivo para atendimento na UPA, valorizando apenas sintomas, implica a negação do atendimento: “Sabendo de toda vulnerabilidade do território, muitos usuários recorrem ali, porque é onde tem. E acaba negando atendimento a um usuário que merece aquele atendimento” (G-ESF).

Alguns gestores da UPA apontaram conflitos com a população. Os usuários seriam imediatistas, descuidados consigo mesmo, dissimulados e acomodados:

O usuário, ele tem aquela expectativa de imediatismo, aquela coisa ‘hospitalocêntrica’. O usuário se sente mal, ‘vou procurar o UPA’, ele não procura antes fazer o acompanhamento da hipertensão, da diabetes. (G-UPA).

As pessoas já aprenderam o que dizer na porta de classificação de risco e quando chega no médico não é aquilo que foi falado. (G-UPA).

Eu acho que tem a modificação da questão da cultura. Às vezes tem muitos usuários que procuram aqui [UPA] simplesmente por comodidade porque vai demorar o atendimento lá [ESF], então ele vem para a UPA por qualquer coisa. (G-UPA).

Os profissionais da ESF destacam a baixa escolaridade do usuário, que traz dificuldade no seu seguimento na ESF, e a ausência de um prontuário comum:

O grau de escolaridade dos usuários, na maioria das vezes, é muito baixo. Não sabem de fato o que motivou o atendimento, quais foram as condutas dos colegas na UPA, dificultando um pouco o seguimento da gente da ESF. (G-ESF).

Acesso

O acesso por DE na ESF é garantido diariamente, embora eventualmente possa ocorrer

alguma restrição por capacidade de atendimento ou pela autonomia com que as equipes funcionam:

Não sei se há equipes que, quando chegam usuários à tarde diz: porque você não veio de manhã? O horário de demanda é às 8h da manhã para poder encaixar. (G-ESF).

A utilização do ‘acesso avançado’ auxilia na compatibilização DE/DP, e o atendimento ocorre no mesmo dia: “a gente vai vendo que, quanto mais você abre a porta e faz menos agenda, mais você garante acesso” (PS-ESF). Todavia, dificuldades nessa compatibilização foram apontadas: “Tem os agendados e às vezes pode ser que alguma coisa não possa ser encaixada naquele mesmo dia” (G-ESF).

Como a ESF é tensionada pela DE, o acesso a uma consulta de maior qualidade foi questionado:

A gente não consegue fazer promoção e prevenção à saúde, a gente só trabalha com atendimento, atendimento... um atrás do outro e o que é proposto mesmo a gente não consegue fazer. Isso é muito ruim (PS-ESF).

Alguns profissionais até gostariam de absorver mais a DE, porém, sentem-se sobrecarregados devido ao tamanho da população adscrita das equipes:

[...] idealmente eu gostaria de atender todas as demandas da população adscrita da minha área, mas no dia a dia a gente vê que não é possível porque a gente fica sobrecarregado. Talvez se a gente tivesse 1000, 1500 usuários teria bastante vaga para atender todo mundo que demanda. (PS-ESF).

Na ESF, há preocupação em otimizar as consultas e abordar o usuário da melhor forma possível, pois os usuários com demandas reprimidas oportunizam a DE para solucionar problemas além da queixa atual. Assim, é possível identificar que, mesmo com o grande

volume de atendimentos, busca-se abordar mais do que somente a queixa dos usuários:

A consulta é diferente, tudo é mais detalhado, não se vê só o caso: tá com dor? Passa o remédio para dor, quer saber da família, o que está acontecendo, porque que chegou essa dor, demora mais. (ACS).

A queixa é uma dor de cabeça crônica ou uma febre e quando ele está no consultório ele aborda outras questões e aí ele sai dali com um encaminhamento. Então de uma consulta de DE faz uma consulta completa. (ACS).

Um médico destacou que, apesar das dificuldades, o profissional comprometido com o propósito da ESF pode buscar incluir ações de prevenção/promoção nos atendimentos por DE, visto que o usuário se encontra na unidade:

O maior desafio é você conseguir oportunizar e fazer prevenção, promoção com usuário de demanda espontânea. No meio do atendimento: você já faz mamografia? Está na época. Posso pedir? E você acaba oportunizando. (PS-ESF).

Havendo indicação de internação, a forma de acesso prevista para a ESF é solicitar vaga pelo sistema de regulação do município: “A gente regula o usuário, é um pouco burocrático porque você precisa ligar, mandar e-mail, confirmar, e só pode ser médico” (G-ESF).

A UPA local é o principal destino dos usuários que são internados: “Em 90% dos casos, a vaga sai para UPA ao lado. Não precisa de ambulância, só esperar, é muito bom!” (G-ESF).

Quando o usuário necessita de tecnologia mais complexa para o atendimento de urgência, se ele está na clínica contígua à UPA, a ESF utiliza, sem barreiras, os recursos da UPA.

É possível acompanhar se a ambulância foi acionada e para onde o usuário será levado enquanto está aguardando: “Eu fico quando tem internação com eles após horário, eu falo das dificuldades da rede, divido as situações” (G-ESF).

Apesar de certa facilidade para o usuário ser deslocado da ESF para a UPA, questiona-se

esse envio visto que, ao solicitar internação, espera-se que o usuário acesse o leito hospitalar:

Nós necessitamos de hospital, mas eles mandam pra UPA e vira uma bola de neve porque a UPA não tem como fazer diagnóstico, fica em observação e vai embora. (G-ESF).

O gargalo para o leito na UPA repercute na ESF:

A gente vê uma dificuldade de leito de CTI, existe uma demanda muito grande. Em 2013, a gente tirava usuários com mais facilidade, a gente tinha um tempo de permanência menor. Agora eu não consigo efetivamente transferir para internar, numa média de 4, 5 dias eu dou alta em torno de 50% do meu movimento. (G-UPA).

[...] muito ruim e decepcionante pro profissional ver que não foi pro hospital e que a UPA que deu alta, e o usuário vai voltar no dia seguinte ou daqui a dois dias. É desgastante pro profissional, pro usuário e infelizmente tem cada vez menos oferta de leito. (G-ESF).

Os profissionais da UPA identificam o excesso de atendimentos de baixo risco como um problema de acesso: “São poucas as emergências mesmo. Fazemos atendimento de atenção primária” (PS-UPA).

Por outro lado, os gestores da ESF reclamam de não haver uma referência formal para acessarem o atendimento dos seus usuários que saíram da UPA. O prontuário poderia ser um elemento de integração e continuidade do cuidado.

Para o usuário, a eleição de cada tipo de equipamento é determinada pelo vínculo e atendimento mais humanizado (ESF) e por rapidez no atendimento e acesso a exames (UPA):

Temos direito tanto na Clínica, como na UPA. Na clínica, às vezes não tem vaga para atendimento, mas eles estão sempre encaixando e o cuidado deles é sempre melhor. (U).

O direcionamento do usuário de baixo risco da UPA para a ESF não é isento de conflitos com o próprio usuário, que busca garantir seu atendimento na UPA:

Você tem uma porta de entrada, você tem o médico ali pra resolver o problema. Você atende, mas referencia. O problema é que com isso o usuário cria um vício. É muito mais fácil ele chegar na UPA com a porta aberta e ser atendido logo, do que se fidelizar na APS. (G-UPA).

Persiste um conflito acerca do lugar oportuno para o atendimento, gerado pelo próprio serviço, que expulsa o usuário da APS e da UPA. Apesar de não ser prevalente no local estudado, a peregrinação por atendimento ainda é um signo do atendimento de urgência:

Vou à UPA no caso de febre. Aí eles me olham e me encaminham para a Clínica da Família. Aí a Clínica da Família me encaminha de novo para a UPA. Assim, não dá! Aí eu fico em casa. Então eu pego dinheiro e vou para o Hospital Salgado Filho, lá eles me atendem. (U).

E quando a pessoa está passando muito mal, quando chega num lugar e não é atendido e tem que correr para outro lugar? (U).

Aspectos positivos dos serviços

A maior vantagem da UPA, sob o ponto de vista do atendimento às urgências, é a qualificação dos profissionais e a capacidade de recursos materiais, como exames e RX:

Na UPA é mais fácil por causa da qualificação, tem a sala de retaguarda com equipamentos que não vão ter na ESF. (G-UPA).

Quando ele chega aqui com a pressão alta eu acho que ele vai ter um atendimento muito melhor que lá [na ESF]. (PS-UPA).

A gestão da ESF também considera que tem estrutura e recursos para o atendimento das demandas espontâneas. É positivo o fato de os usuários terem o hábito de procurar a ESF para atendimentos de urgência, considerado o melhor lugar pelo vínculo e continuidade da atenção: *“Tem continuidade do atendimento, tem o médico que acompanha, sabe seu histórico, um atendimento longitudinal” (G-ESF).*

Os usuários declararam um nível alto de satisfação com o trabalho na ESF:

Já cheguei com a pressão de 22 e fui bem recebida. Ninguém faz cara feia para mim. (U).

Tenho sido atendida aqui pelos médicos com amor, carinho, com beijo e com abraço, as enfermeiras também. (U).

Para os profissionais da ESF, a possibilidade de acompanhar o paciente confere qualidade técnica ao atendimento e previne iatrogenias:

A gente percebe que, pelo fato de orientar para que o paciente retorne para fazer o acompanhamento, diminui inclusive o grau de hiperintervenção e até de iatrogenias. Entre uma dúvida se é infecção bacteriana ou viral eu posso pedir para ele retornar em um, dois dias. E se ele não retornar eu posso ir buscar. (PS-ESF).

Para os gestores da ESF, a proximidade e a boa relação com a UPA são vantagens: *“Ter um intervalinho de 5 minutos entre um usuário e outro e saber como tá seu usuário internado na UPA” (G-ESF).*

A interação entre a UPA e a ESF foi identificada como positiva pelos gestores da UPA: *“O benefício é ter um feedback, da clínica para a UPA e de usuários em observação, que é do território e o médico da equipe vem acompanhar” (G-UPA).*

No entanto, houve divergência ao julgar positivamente a interação entre a UPA e a ESF:

É complicada a relação. A gente chega às vezes para passar um caso e a gente é visto como um

médico do posto que não sabe nada e que está levando um caso que não é urgência. (PS-ESF).

Contudo, apesar das divergências, o reconhecimento da fragilidade social e a capacidade da APS de acolher a DE, atendendo os pacientes com integralidade, foram identificados positivamente.

Aspectos negativos do serviço

Para os gestores, nos anos de 2017 e 2018, ocorreram cortes no financiamento e outras ameaças ao SUS. Na APS, houve greve, aumentando a dificuldade para a UPA: *“Momento político, momento de vai embora, não vai, é demitido ou não. Isso interfere”* (G-UPA).

A forma de atendimento da UPA, centrada na queixa, foi vista como negativa:

Na UPA cada vez que você vem é atendido por um profissional diferente, é sempre um plantonista. Se sua queixa hoje é de dor de cabeça ele vai atuar naquela dor de cabeça. A UPA não investiga nenhum tipo de doença. (G-ESF).

Os médicos da UPA reforçam que, além do olhar mais focado nos sintomas, o excesso de demanda reduz o tempo disponível para o contato com os usuários: *“Meu contato com o usuário é mínimo, eu tenho que ser extremamente rápido, me exponho mais ao erro porque eu tenho que atender muita gente muito rápido”* (PS-UPA). Muitas vezes, há insegurança e risco para o profissional: *“A gente acaba não dando atenção para o usuário quando ele não tem risco no momento”* (PS-UPA).

A rapidez no atendimento é percebida negativamente também pelo usuário:

Aqui eles parecem que são o gênio da lâmpada. (UPA).

Te olham e dizem: isso é virose, não colocam nem a mão na gente para dizer que a gente tem. (U).

O atendimento na UPA foi criticado pelos usuários em função da classificação de risco e da demora no atendimento:

Porque, às vezes, você chega e não tem médico, aí você tem que esperar 4, 5 horas. Vão passando outros na frente, vão ficando pior do que quando chegaram. (U).

O gestor da UPA identificou como dificuldade atender usuários da ESF de outros territórios:

Dificuldade é quando recebo um usuário de fora que vou encaminhar para o território dele e ele fala que não adianta mandar para clínica da família porque lá não funciona e como aqui ele foi bem atendido ele começa a querer resolver o problema dele aqui. (G-UPA).

O encaminhamento da UPA para a ESF sobrecarrega a clínica do território porque os usuários não cobertos pela ESF entendem que a clínica ao lado deve recebê-lo:

A UPA orienta o usuário a procurar a clínica da família só que não explica que tem que ser onde a pessoa mora. Então a gente [da ESF] acaba atendendo o usuário para ele não ficar prejudicado. (G-ESF).

A qualificação inadequada dos médicos da ESF foi apontada como uma dificuldade por um gestor da UPA: *“A dificuldade de atender urgência e emergência na ESF é a qualificação do médico”* (G-UPA). Apesar da percepção de pouca qualificação ter sido um relato isolado, essa compreensão é negativa considerando que a integração entre os serviços necessita de apoio dos gestores envolvidos. A insuficiente qualificação técnica do médico da APS já havia sido apontada por médicos da UPA⁴.

A porta de entrada da ESF é vista como insatisfatória. Apesar de ser uma atribuição de todos, somente os ACS assumem majoritariamente a função de acolhimento. Ademais, essa é uma questão que gera bastante insatisfação entre esses profissionais: *“E quando fala que o acolhimento é de toda a equipe eles enxergam só o ACS”* (ACS).

A responsabilidade pelo acolhimento causa insegurança aos ACS para atuar na

identificação de riscos: “O receio de todos os agentes de saúde é lidar com as emergências. Porque dá insegurança” (ACS).

Houve queixa do usuário sobre o sistema de credenciamento:

Porque eu nunca conseguia atendimento na clínica. Toda vez que eu vinha para fazer a ficha, diziam: espera, o Agente de Saúde vai na sua casa. O Agente de Saúde até hoje não descobriu

a minha casa. Então, eu, particularmente, prefiro a UPA. (U).

As experiências ruins com o atendimento em qualquer um dos equipamentos de saúde definem a escolha do usuário.

A seguir, será apresentado um quadro-síntese da análise das categorias, representando o conteúdo qualitativo dos resultados, por categoria profissional e local.

Quadro 3. Análise das categorias, por tipo de entrevistado e serviço de origem

Categorias	ESF		UPA		USUÁRIOS
	Gestores	Profissionais	Gestores	Profissionais	
QUE URGÊNCIA PARA QUE SERVIÇO	Concepção adequada.	Concepção adequada, sem unanimidade.	Concepção adequada.	Concepção adequada, sem unanimidade.	Concepção adequada, sem unanimidade, porém a experiência anterior nos serviços é determinante para a escolha.
QUESTÕES TERRITORIAIS	Reconhece que a fragilidade social do território produz demandas.	A fragilidade social do território é potencializada pela adscrição de clientela maior do que em outros sistemas.	A fragilidade social desqualifica o usuário.	Violência no território prejudica não só a população residente, mas também o fluxo do trabalho.	As condições socioambientais do território não apareceram como uma questão trazida pela população, mas foi evidente sua interferência nos atendimentos.
ACESSO	Há dúvida se o profissional atende demanda espontânea durante todo o dia. Lamenta que a vaga para internação seja direcionada para a UPA, e não para o hospital. É positivo o acesso prioritário à vaga da UPA local.	A demanda espontânea tenciona a qualidade do atendimento e as ações de prevenção e promoção.	O usuário superutiliza a UPA. O principal problema é o não acesso ao leito hospital.	Reclamam do excesso de demanda de baixo risco.	Entendem que têm o direito de usar o serviço que lhe for mais conveniente. Reclamam do direcionamento para a ESF Eventual peregrinação por serviços.
ASPECTOS POSITIVOS	O vínculo com a população e a proximidade de uma UPA no território.	O acompanhamento clínico que produz qualidade.	Capacitação do médico e os recursos materiais e tecnológicos A interação com a ESF local.	Qualificação do médico e os recursos tecnológicos.	O respeito e o carinho no atendimento pela ESF.
ASPECTOS NEGATIVOS	O desfinanciamento e o contexto adverso da atenção à saúde. O atendimento centrado na queixa. Acomodação de demandas espontânea e programada. Atender usuários de outros territórios da ESF, encaminhados pela UPA.	O excesso de demanda espontânea, que interfere na qualidade do atendimento à demanda programada. A porta de entrada sob responsabilidade dos ACS, que gera insegurança para eles mesmos.	O desfinanciamento e o contexto adverso da atenção à saúde. O atendimento centrado na queixa. A qualificação insuficiente dos médicos da ESF para atender urgências. Dificuldade de atender usuários de outros territórios. O fechamento da ESF durante os tiroteios, que sobrecarrega a UPA.	O excesso de demanda interfere na qualidade do atendimento e gera riscos para o profissional.	Rapidez durante o atendimento na UPA. Longa espera pelo atendimento na UPA. Classificação de risco na UPA. Dificuldade de ser cadastrado na ESF.

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

O foco nos atendimentos por DE às urgências de baixo risco e a incorporação da visão de diferentes atores proporcionaram a análise, ainda que parcial, da atenção prestada em área de alta vulnerabilidade socioambiental.

Pelos dados de produção, pode-se afirmar que a ESF local assume a função de atender às urgências, responsabilizando-se por 82,4% da demanda total. Isso sugere um avanço em relação a estudos anteriores, que apontaram a não implementação desse atendimento^{2,3}. A abrangência populacional adscrita às equipes constitui um desafio para a missão de pronto atender na APS². Além disso, há dificuldade de acessar a ESF para o atendimento às urgências de baixo risco mediante DE, bem como de oferecer ações programáticas, de prevenção e promoção, a despeito do esforço de conciliação de atividades diversas¹⁰, mormente em territórios de alta vulnerabilidade, como o estudado.

O acesso avançado – uma das formas para gerir a demanda que privilegia o atendimento no mesmo dia – tem o potencial de reduzir o tempo de espera dos usuários para consultas. O atendimento no mesmo dia aumenta a satisfação do usuário e diminui o absenteísmo nas consultas de DP. Entretanto, não há evidências científicas robustas de que o acesso avançado se traduza em melhores resultados de saúde¹¹. Ademais, há risco de o acesso avançado reduzir a continuidade dos cuidados, afetando o acompanhamento de portadores de condições crônicas, que necessitam de consultas regulares agendadas⁹.

A ESF atendeu um percentual maior de idosos do que a UPA, o que pode significar vínculo e adesão à APS. Entretanto, o expressivo percentual de atendimentos a crianças na UPA – que, na época, tinha deixado de ter pediatra – pode representar resistência ou inadaptação da população local a essa perda.

Contraopondo-se a estudo, no qual o gênero feminino foi mais prevalente¹², na UPA, não houve diferença significativa em relação ao gênero. Na ESF, o atendimento ao sexo feminino tem predominado^{13,14} por razões não

especificadas, mas que devem relacionar-se com a cultura de frequentar as unidades pelos programas de saúde da mulher e criança, com o horário de funcionamento das unidades, por questões de inserção no mercado de trabalho, entre outras. Além disso, deve ser considerada a resistência dos homens em buscar a assistência primária, razão que motivou a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Na clínica de APS, a diversidade de diagnósticos foi maior do que na UPA, com predomínio de doenças infecciosas e parasitárias, endócrinas e metabólicas, e doenças do aparelho circulatório. De forma semelhante ao encontrado neste estudo, apontou-se o predomínio da dor lombar e das afecções osteomusculares, seguido das doenças infecciosas nos atendimentos realizados na UPA^{15,16}.

O elevado número de registros de CID inespecíficos na UPA parece indicar foco na identificação dos sintomas, sem privilegiar um diagnóstico preciso, apesar de a política de urgência precenizar para a UPA um atendimento mais integrado e menos centrado em queixa/condução¹⁷. De forma coerente, entretanto, com a política de urgência, os gestores da UPA identificaram como ponto negativo o atendimento centrado na queixa; ao mesmo tempo que os profissionais da UPA informaram temer o aumento do risco de erros, decorrente da rapidez do atendimento pelo excesso de demanda.

A rapidez no atendimento é vista negativamente também pelos usuários da UPA. Um deles sugeriu jocosamente ser o médico o 'gênio da lâmpada', apontando nitidamente para o atendimento sem realização de exame físico, o que contraria a política de urgência e as boas práticas clínicas.

A mensuração dos tempos de espera não foi possível devido à falta de registros; mas, como resultado da observação dos serviços, encontrou-se uma espera para o atendimento médico que alcançou três horas – o que não destoia muito da literatura que relata que, apenas 'na maioria dos casos', esse tempo não ultrapassa duas horas –, sendo o tempo de

espera ainda mais elevado na UPA¹³. A ausência do profissional médico na ESF – ainda que justificada pela execução de outras atividades – gera conflitos. Nesse sentido, é importante registrar que houve uma greve que causou uma redução da capacidade de atendimentos durante o período do estudo.

Reconhecer a perspectiva do paciente é importante para a compreensão dos profissionais sobre as demandas. No entanto, não altera a sensação negativa dos profissionais da UPA sobre atenderem a maioria de pacientes verdes, largamente apontada na literatura em estudos nacionais^{3,15}, assim como locais^{12,13,17}.

A procura pelos serviços de urgência pode decorrer das experiências pessoais dos usuários, de autopercepção quanto à gravidade da doença, por conveniência e/ou crença em maior resolutividade desse tipo de serviço¹². Os gestores e os profissionais compreendem que a urgência de baixo risco deve ser incorporada pela APS. Poucos profissionais ainda creem que a APS não é lugar para a urgência, como alguns ACS. Autores indicam que APS com processo de trabalho pautado no atendimento de rotina gera lacunas que não possibilitam uma porta de entrada abrangente¹⁸, que acolhe as demandas de urgência.

Os usuários reconhecem a APS como lugar de atendimento imediato, como em outra área do município com UPA integrada à APS¹⁶. A escolha da UPA está condicionada à gravidade e à avaliação de que a APS não irá resolver o problema do usuário¹³. Os usuários, apesar de praticarem uma boa utilização dos diferentes serviços, utilizam sua experiência como definidora de escolhas.

O território é produtor de mobilização e demandas¹⁹. A territorialização, no cenário da ESF, também no presente estudo, permanece como um grande desafio a ser enfrentado no cotidiano, pois agrega os espaços de poder, determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado e equipamentos sociais²⁰. O número ainda elevado de pessoas atendidas por equipe e a alta vulnerabilidade social complexificam o trabalho das equipes¹⁰.

Evidenciou-se, pela experiência dos gestores e profissionais, que a demanda é fortemente influenciada pela pobreza e fragilidades socioambientais. A ESF mostrou-se mais sensível às questões sociais, invisibilizadas em outros contextos¹⁴. Houve insatisfação dos profissionais da UPA com o fechamento da APS durante tiroteios, o que tem ocorrido frequentemente no território estudado no Rio de Janeiro¹⁰.

O acesso é um componente estrutural para a obtenção do cuidado na APS²¹. Para ser coordenadora do cuidado, a APS precisa estar integrada em rede¹. Identificou-se maior capacidade de atendimento na APS, com a UPA como retaguarda, além de sincronia entre os serviços¹⁶.

Os gestores da UPA confiam mais na ESF local do que na APS de outros territórios. Entretanto, persistem dúvidas sobre a qualidade técnica para atender urgências na ESF²².

Sob o ponto de vista dos profissionais que atuam na ESF, acolher o paciente por equipe foi um ponto valorizado, já que vínculos fortalecidos proporcionam potência para compreensão das demandas²³.

Apesar do benefício do vínculo, há um questionamento de o primeiro contato no serviço estar sob a responsabilidade do ACS, mesmo havendo apoio da equipe de enfermagem. As equipes de ESF avaliam os riscos e vulnerabilidades de acordo com seus conhecimentos e vivências práticas, o que legitima a sensação de insegurança. Há ausência de protocolo de avaliação de riscos para apoiar o acolhimento^{24,25}.

Outra questão que mobilizou os entrevistados foi a permanência, na UPA, de pacientes com indicação de internação pela ESF, caracterizando dificuldade de acesso ao leito hospitalar. Essa preocupação local com a internação na UPA já foi evidenciada no município do Rio de Janeiro²², fato que se caracteriza como um fenômeno nacional³.

A atual crise na saúde do município foi apontada firmemente pelos gestores como um importante obstáculo à qualidade do atendimento. Houve, a partir de 2016, a diminuição da

receita municipal destinada a 'Ações e Serviços Públicos de Saúde', assim como o aumento do número de equipes da ESF sem médicos e diminuição significativa de leitos disponíveis para regulação, configurando baixa prioridade à saúde por parte da gestão municipal²⁶.

Considerações finais

A proximidade entre a UPA e a APS pode ser um elemento produtor de integração entre os serviços. Além de interagirem bem e com um nível razoável de confiança, a integração faz-se mais importante ante a dificuldade de acesso ao leito hospitalar.

Houve apropriação da ESF do seu papel de atender a pequenas urgências e da complementariedade da UPA. Entretanto, a compatibilização entre a DE e a DP aparece como um grande entrave, apesar das estratégias para ações de prevenção e promoção da saúde.

A fragilidade social produz demandas, e a ESF foi mais potente para acolhê-las do que a UPA. A fragilidade dos vínculos trabalhistas da população corrobora o padrão de atendimento centrado na urgência, devido à qual o usuário não consegue aderir à APS.

O acesso, mesmo que positivo, ainda é constrangido por longos tempos de espera para o atendimento. Um limitador deste estudo foi

não poder aferir esse tempo de espera por indisponibilidade da informação.

O nível de satisfação da população com a ESF foi significativo. O fato de ter ocorrido uma greve durante a pesquisa evidenciou que os profissionais da ESF, que fizeram parte deste estudo, dialogaram com a população sobre a crise na área da saúde.

A centralidade da APS para as redes assistenciais é potencializada pelo acolhimento das situações de urgência, especialmente se há, como neste caso, relação de complementariedade com a UPA.

Algumas estratégias podem contribuir para integrar os serviços como gestão única, sistema de informação compartilhado e oportunizar aos profissionais, como forma de capacitação, acompanhar o trabalho entre as unidades.

Colaboradoras

Constantino LR (0000-0002-2363-5557)* e O'Dwyer G (0000-0003-0222-1205)* contribuíram para a concepção, realização da pesquisa, redação e revisão do artigo. Santos VLB (0000-0002-6167-9833)* contribuiu para a realização da pesquisa e redação do artigo. Seta MH (0000-0003-4764-5159)* contribuiu para a concepção da pesquisa e redação do artigo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(8):e00037316
2. Soares SS, Lima LD, Castro ALB. O papel da Atenção Básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. *Manag Prim Health Care*. 2014; 5(2):170-177.
3. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputt LP, et al. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2017; 51(125).
4. Konder MT, O'Dwyer G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface*. 2016; 20(59):879-892.
5. Alves HPF. Vulnerabilidade socioambiental na metrópole paulistana: uma análise sociodemográfica das situações de sobreposição espacial de problemas e riscos sociais e ambientais. 2006. *Rev. Bras. Estud. População*. 2006; 23(1):43-59.
6. Denzin N, Lincoln Y. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage; 2000.
7. Junior WC, Torres BLB, Rausch MCP. Sistema Manchester de Classificação de Risco: comparando modelos. [acesso em 2021 fev 2]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/15263026-Sistema-manchester-de-classificacao-de-risco-comparando-modelos-welfane-cordeiro-junior-barbara-lobes-de-brito-torres-maria-do-carmo-paixao-rausch.html>.
8. Deslandes SF. Revisitando as Metodologias Qualitativas nas Pesquisas de Avaliação: vertentes, contribuições e desafios. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV, organizadoras. *Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. p. 193-217.
9. Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced Access Scheduling Outcomes: A Systematic Review. *Arch Intern Med*. 2011; 171(13):1150-1159.
10. Neto GCC, Antunes VH, Oliveira A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(1).
11. Camargo DS, Castanheira ERL. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). *Interface*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 24(supl1):e190600. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190600>.
12. Godoi VCG, Ganassin GS, Inove KC, et al. Acolhimento com classificação de risco: caracterização da demanda em unidade de pronto atendimento. *Cogitare Enfer*. 2016; 21(3):1-8.
13. Pires MRGM, Göttems LBD, Cupertino TV, et al. A Utilização dos Serviços de Atenção Básica e de Urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. *Saúde Soc*. 2013; 22(1):211-223.
14. Ribeiro LA, Scatena JHG. Avaliação da qualidade da Estratégia de Saúde da Família em um município de porte médio. *Saúde debate*. 2019; 43(7):126-140.
15. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília, DF: CONASS; 2015 (CONASS Documenta, 28). [acesso em 2021 fev 2]. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf.
16. Soares SS. Desigualdade e Dupla porta de entrada no território: desafios para organização da atenção às urgências de baixo risco no município do Rio de Janeiro. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2017. 95 p.
17. Konder MT, O'Dwyer G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Physis: Rev de Saúde Colet*. 2015; 25(2):525-545.

18. Silva AS, Fracolli LA. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saúde debate*. 2014; 38(103):692-705.
19. Machado FRS, Guizardi FL, Lemos ASP. A burocracia cordial: a implantação da estratégia de apoio institucional na política nacional de atenção básica em saúde. *Trab. educ. saúde*. 2019; 17(3):e0022151.
20. Lima CA, Moreira KS, Costa GS, et al. Avaliação do processo de trabalho entre equipes de saúde da família de um município de Minas Gerais, Brasil. *Trab. Educ. Saúde*. 2019; 17(1):e0018710.
21. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(4):725-737.
22. Konder MT, O'Dwyer G. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. *Physis: Rev Saúde Colet*. 2019; 29(2).
23. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde Soc*. 2015; 24(1):165-179.
24. Faria RC, Campos EMS. Demanda Espontânea na Estratégia de Saúde da Família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. *Revista de APS*. 2012; 15(2):148-157.
25. Vieira EW, 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):448-462.
26. O'Dwyer G, Graever L, Britto FA, et al. A Crise e a Saúde: Implicações para a Política, a Gestão e o Cuidado. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019; 24(12):25.

Recebido em 24/07/2020

Aprovado em 20/04/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Pesquisa Teias Manguinhos. ENSP-043-PPE-14-2-4

Trabalho em equipes multiprofissionais na atenção primária no Ceará: porosidade entre avanços e desafios

Multiprofessional teams in Ceará primary health care: porosity between advances and challenges

Maria de Fátima Antero Sousa Machado¹, Samyra Paula Lustoza Xavier², Andreza de Lima Rodrigues², Thiago Fernandes Lima², Lielma Carla Chagas da Silva³, Marina Pereira Moita⁴, Maria Socorro de Araújo Dias⁴

DOI: 10.1590/0103-1104202113104

RESUMO Com o objetivo de analisar a atuação das equipes multiprofissionais conformadas nos Núcleos Ampliados de Apoio à Família e Atenção Básica, frente às dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil, delineou-se estudo multicêntrico, de natureza qualitativa, realizado no período de 2018 a 2020, em três municípios no estado do Ceará. A coleta de dados ocorreu através de observação e grupo focal com as equipes multiprofissionais. Os registros das observações e dos discursos dos grupos focais foram tabulados no *software* Interface de R pour L Analyses Multidimensionnelles de Textes L de Questionnaires (IRAMUTEQ®). Na Classificação Hierárquica Descendente, obteve-se um aproveitamento de 75,46% do *corpus* textual, formando cinco classes, cujos vocábulos têm associação estatisticamente relevante ($p < 0,0001$). Os resultados evidenciam avanços na atuação das equipes multiprofissionais na produção do cuidado integral dos indivíduos e coletivos, a partir de ações de planejamento e tomada de decisões compartilhadas com vistas à melhoria da qualidade de vida destes. Outrossim, identifica-se uma ênfase na dimensão clínico-assistencial do cuidado, o que torna a dimensão técnico-pedagógica um desafio. Contudo, reconhece-se o potencial indutor da atuação das equipes para um trabalho colaborativo e orientado pela interprofissionalidade, corroborando o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Política de saúde. Promoção da saúde. Saúde.

ABSTRACT In order to analyze the performance of the multiprofessional teamwork at the Family Primary Health Care Expanded Support Centers, regarding the clinical-assistance and technical-pedagogical dimensions in Brazilian Primary Health Care, a multicentered study was outlined. This study is qualitative and descriptive in nature, and it was carried out between 2018 and 2020 in three northeast Brazilian towns. Data were collected through observation and focus groups with multiprofessional teams which worked in Primary Health Care. Observations were made during the baseline phase, follow-ups one and two. Documentation of observations and focal group's speech were tabulated using the Interface de R pour L Analyses Multidimensionnelles de Textes L de Questionnaires (IRAMUTEQ®) software. 106 text units were identified in the Descending Hierarchical Classification, with 807 follow-ups, 28.304 occurrences, 1.809 active forms with average frequency $\geq 3:737$, $\chi^2 \geq 57,64$, and 75.46% use of textual statistics, which formed five classes of statistically relevant words ($p < 0,0001$). The results show advances in the work done by the multiprofessional teams on the production of comprehensive care of both individuals and collectivity, due to action plans and collaborative decision seeking improvements in the quality of life of individuals and collectivity. It is also possible to identify emphasis on the clinical-assistance dimension of care and that makes the technical-pedagogical dimension a challenge. However, we highlight the teams' collaborative driving force that was guided by the interprofessionality, corroborating, thus, the strengthening of Primary Health Care.

KEYWORDS Primary Health Care. Health policy. Health promotion. Health.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Universidade Regional do Cariri (Urca) – Crato (CE), Brasil.
samyrallustoza@gmail.com

³Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.

⁴Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) – Sobral (CE), Brasil.



Introdução

Ao longo de pouco mais de 30 anos, desde a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado brasileiro, com vistas a garantir os princípios da universalidade e da integralidade da atenção à saúde, vários programas e políticas foram criados e implementados para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, entre eles, estratégias indutoras para a formação de equipes multiprofissionais.

Nesta senda, equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) ganharam vertiginoso significado e espaço no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)¹, com subsequente ampliação a partir da incorporação de outras categorias profissionais que pudessem contribuir para o alcance de níveis máximos em saúde.

Assim, em janeiro de 2008, por meio da Portaria nº 154, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que, em 2017, se converteram em Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), com o propósito de atuarem em parceria com os profissionais da ESF, compartilhando a responsabilidade pelas práticas de saúde no território adscrito, dando apoio matricial nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica a todos os atores envolvidos²⁻³.

Compete ao Nasf-AB compartilhar práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, contribuindo no manejo e na resolução de problemas clínicos e sanitários, ao agregarem tecnologias de trabalho que ampliem o escopo das ofertas de cuidados nas dimensões referidas³. Compreende-se que as práticas de saúde realizadas pelo Nasf-AB se refletem diretamente na qualidade de vida dos usuários da atenção básica, na perspectiva da realização de atividades integrativas, que contemplam aspectos sociais, físicos e emocionais dos indivíduos, mostrando-se como importantes ferramentas no âmbito da promoção da saúde⁴.

A promoção da saúde se articula ao conceito de qualidade de vida na medida em que torna visíveis vulnerabilidades no enfrentamento de

riscos e agravos à saúde. Assim, a articulação intersectorial surge como proposta para a mobilização de outros campos de saberes e práticas, que ampliam a capacidade de enfrentamento dos determinantes socioambientais a favor de melhores condições de vida⁵.

Esse entendimento é válido para consolidar práticas de promoção da saúde voltadas para indivíduos e coletivos, em uma perspectiva multidisciplinar, que visa a um cuidado integral e em redes, com ampla participação e controle social⁶.

Ciente da complexidade dos aspectos que são requeridos para atender as necessidades populacionais, é preciso que a atuação multiprofissional seja organizada e implementada de forma colaborativa, de modo que não haja sobreposição e/ou hiatos assistenciais. Ademais, a expectativa é que as ações desenvolvidas sejam efetivas e colaborem para a segurança e satisfação dos pacientes. Por isto, o Nasf-AB é tão importante enquanto equipe multiprofissional capaz de fortalecer a responsabilidade social da APS, a partir da produção do cuidado fundamentada na territorialização, no trabalho em equipe e na clínica ampliada, assim garantindo a integralidade e a autonomia do indivíduo no processo saúde-doença⁷.

O cuidado em saúde, ainda que, por vezes, esteja relacionado como função precípua de uma categoria profissional específica, é um aspecto central em todas as dimensões do trabalho de quaisquer profissionais de saúde, pois nele está imbricada uma relação clínica na qual o outro – usuário ou profissional – é um ator essencial no campo dos elementos subjetivos que envolvem o processo saúde-doença⁸.

Nesse contexto de problematização, foram levantadas as seguintes questões de pesquisa: Como a atuação multiprofissional contribui para a qualificação do cuidado na APS? A equipe multiprofissional assenta suas atividades nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica? Parte-se da hipótese de a presença dos Nasf-AB no contexto da APS brasileira qualificar o cuidado e atuar com focos assistenciais e pedagógicos.

Espera-se, com este estudo, produzir evidências sobre a atuação de equipes multiprofissionais no campo da APS, com ênfase na promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida e, a partir destas, inferir potencialidades que possam ser difundidas para outros territórios de atuação e necessidades de aprendizagem dos profissionais, que possam orientar os planos municipais, estaduais e nacional de educação permanente em saúde e contribuir para o aprimoramento dos processos de matrícula e desenvolvimento profissional dos que compõem os Nasf-AB, com impacto esperado na melhoria dos processos de trabalho em equipe, do exercício da promoção do cuidado e da autonomia dos usuários, consequentemente colaborando para a resolutividade da APS.

Nesse sentido, este estudo tem o objetivo de analisar a atuação das equipes multiprofissionais conformadas em Nasf-AB frente às dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica no contexto da atenção primária.

Material e métodos

Pesquisa multicêntrica, de natureza qualitativa, do tipo descritiva. Realizada em três municípios situados no estado do Ceará, Região Nordeste do Brasil, sendo uma metrópole e dois grandes municípios localizados ao norte e ao sul do estado.

A definição de tais municípios se justifica por apresentarem Índice de Desenvolvimento Humano por Município (IDHM) médio de 0,7, variando entre 0,6694 e 0,754. No campo da saúde, eles se apresentam como as três maiores referências do estado do Ceará, sendo responsáveis por uma cobertura de APS superior a 75%, em uma complexa rede assistencial. Esta caracterização é indicativa de sistema de saúde que requer, de modo mais expressivo, uma atenção multiprofissional às necessidades da população, ao mesmo tempo em que requer maior resolutividade da APS.

Em cada município foram identificados dois Centros de Saúde da Família (CSF),

apresentando equipes multiprofissionais reduzidas, compostas por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista e profissionais técnicos; e dois CSF apoiados por equipe multiprofissional ampliada, contendo não somente os profissionais referidos nas equipes reduzidas, mas também profissionais vinculados à nutrição e à assistência social, e profissionais de educação física, fisioterapia e fonoaudiologia, entre outros, configurando os arranjos institucionais Nasf-AB.

A coleta de dados foi ancorada nas técnicas de Observação Participante (OP) e Grupo Focal (GF), norteadas por um roteiro adaptado do instrumento de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para o Nasf-AB.

As nove observações foram realizadas em três períodos distintos: baseline (primeiro encontro), segmento 1 (seis meses depois) e segmento 2 (um ano após a baseline). No que se refere aos GF, foram realizados seis, sendo dois em cada centro de pesquisa, com duração média de 78 min cada, e variação de, no mínimo, 60 min e, no máximo, 95 min. Nos GF foram abordados aspectos relacionados aos conceitos fundamentais de atuação do Nasf-AB e sua aplicabilidade no cotidiano do processo de trabalho das equipes. Participaram 43 profissionais vinculados às 4 equipes de Nasf-AB e às 9 equipes de Saúde da Família (eSF) estudadas, sendo: 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 4 educadores físicos, 2 dentistas, 4 psicólogos, 3 nutricionistas, 4 farmacêuticos, 2 assistentes sociais, 9 enfermeiros, 2 fisioterapeutas e 1 agente administrativo. As duas técnicas de coleta de dados foram aplicadas em diferentes dias de rotina programada das equipes Nasf-AB, entre os anos de 2018 e 2020.

Os dados provenientes das OP e dos GF foram registrados, respectivamente, em relatórios e gravações de áudio, posteriormente transcritos na íntegra para o programa LibreOffice® Versão 6.2.4.2 (x64) e processados no *software* Interface de R pour L Analyses Multidimensionnelles de Textes

L de Questionnaires (IRAMUTEQ®), versão 0.7 alfa 2^o. O programa gerou a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que subsidiou as análises descritiva e discursiva, com base nas evidências científicas disponíveis na literatura afim.

Ressalta-se que foram resguardadas as identidades dos profissionais, os serviços e os municípios. Nesta garantia, eles encontram-se codificados como ‘PeNasf-AB’ para profissionais do Nasf-AB; ‘PeSF’ para eSF; e ‘Loc’ para municípios de referência destas equipes. Ademais, registra-se que a pesquisa foi conduzida em conformidade com os princípios da bioética em saúde, ancorada na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁰ brasileiro, que regulamenta a pesquisa com

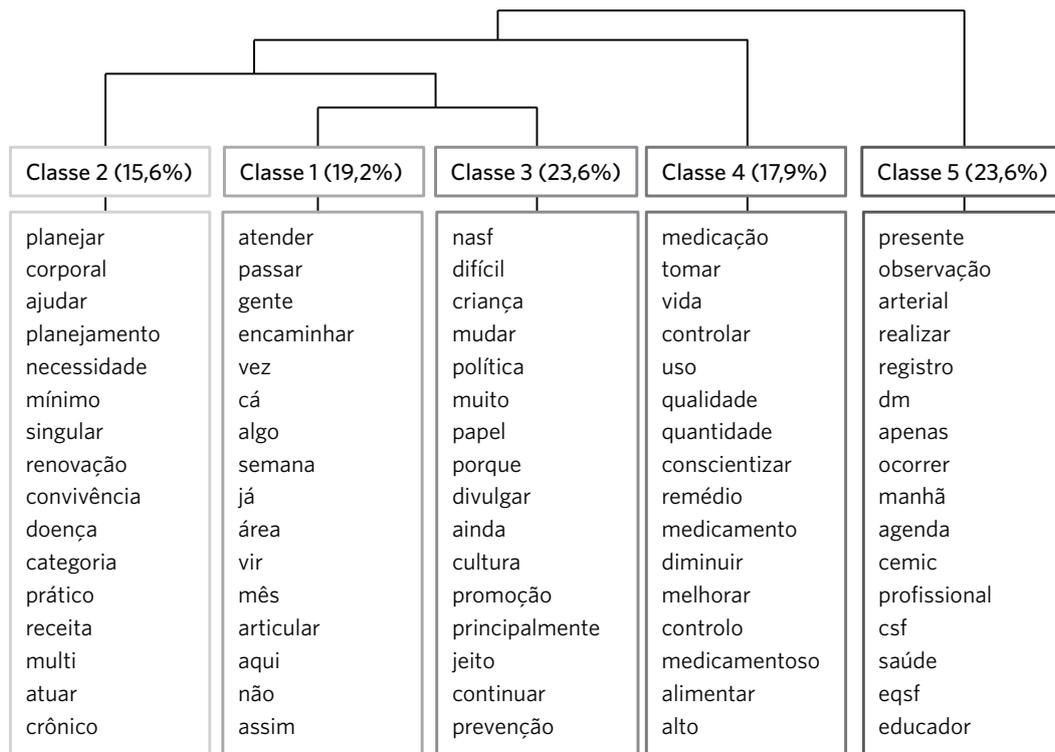
seres humanos, obtendo aprovação ética através do parecer 2.113.413.

Resultados

O processamento dos dados no IRAMUTEQ® possibilitou a identificação da raiz semântica das palavras e extraiu as classes de enunciados, gerando a CHD.

A CHD (figura 1) reconheceu 106 unidades de texto, 807 segmentos de texto, 28.304 ocorrências, 1.809 formas ativas com frequência média $\geq 3:737$ e qui-quadrado (χ^2) $\geq 57,64$, gerando um aproveitamento de 75,46% do corpus textual, formando 5 classes, cujos vocábulos têm associação estatisticamente relevante ($p < 0,0001$).

Figura 1. Classificação Hierárquica Descendente. Ceará, 2020



Fonte: Elaboração própria.

O conjunto da análise demonstra que as classes 3 e 5 apresentam-se mais evidenciadas, seguidas das classes 2, 4 e 1, nesta sequência. Destaca-se a classe 5, que apresenta significativa representatividade e relação direta com as demais, com maiores aproximação e grau de concordância com as classes 2 e 4, e, por fim, as classes 1 e 3. Tais classes retratam, em termos gerais, o fazer do Nasf-AB na APS, anunciando aspectos potencializadores da atuação multiprofissional em saúde e situações que se configuram como desafiadoras para esta atuação.

A classe 3 obteve 23,6% de representação das Unidades de Contexto Elementar (UCE) ($\chi^2=63,78$; $p<0,0001$) com tema central do 'processo de trabalho do Nasf-AB na APS'. Esta classe se relaciona aos aspectos que se apresentam como pontos de fortaleza e de fragilidades sobre o papel do Nasf-AB em apoio à eSF, considerando seu objetivo de contribuir na ampliação do acesso e na melhoria da qualidade da atenção, provocando mudanças nos estilos de vida, a partir da promoção da saúde e prevenção de agravos.

Percebe-se uma similaridade entre dois dos três centros de pesquisa, evidenciando o reconhecimento do papel do Nasf-AB em apoio às eSF, seja nas ações de cunho clínico-assistencial, seja na dimensão técnico-pedagógica, como pode ser observado nos registros de fala, a seguir:

O Nasf-AB trabalha em sintonia com a equipe, principalmente com as agentes comunitárias de saúde, que são a porta de entrada da nossa instituição, do nosso posto [...]. (Loc02, PeSF07).

Com certeza, eles [Nasf-AB] fazem muito esse trabalho [...] e, a partir de uma demanda também dos profissionais, eles fazem as educações permanentes, e ajudam até aquelas questões que vão gerando dúvida. Eles vão nos ajudando. (Loc03, PeSF02).

Tem sim alguns pacientes que a gente consegue fazer esse cuidado integral, com a ajuda do Nasf, com certeza. (Loc03, PeSF05).

As falas ecoam sinais de um trabalho em equipe multiprofissional, com o estabelecimento de comunicação das necessidades e suporte para dúvidas e/ou cuidados que podem ser apoiados pela equipe Nasf-AB, a partir de um objetivo comum, que é o cuidado integral da população, garantido pela proposta de um trabalho colaborativo.

As semelhanças entre os aspectos apontados na classe 1, com 19,2% das UCE ($\chi^2=57,64$; $p<0,0001$), e na classe 4, com 17,9% das UCE ($\chi^2=171,81$; $p<0,0001$), aqui denominada 'Atendimentos do Nasf-AB', possibilita que estas sejam unificadas, com vistas a favorecer a compreensão das amplas dimensões dos atendimentos realizados pelo Nasf-AB, os quais acontecem a partir dos encaminhamentos feitos pelos profissionais da eSF, conforme demandas de saúde nas áreas adscritas.

Eu só sei que o encaminhamento, quando vem pra mim [...] eu tento fazer essa conscientização no atendimento individual e nos grupos, mas, ainda assim, 'tá muito difícil'. (Loc01, PeNasf-AB04).

Orientação medicamentosa, a prática de atividade física em forma de controle e alimentação saudável, pr'a questão da obesidade, que vai envolver hipertensão e diabetes. (Loc01, PeNasf-AB01).

Acho que o diferencial entre atividades do Nasf-AB e aquelas que eles participam do posto é a questão da linguagem acessível. (Loc01, PeNasf-AB01).

Quando a gente faz as orientações, a gente sempre busca contextualizar as orientações na realidade de vida dos indivíduos, a depender da renda e do tipo de atividade que eles fazem. (Loc01, PeNasf-AB04).

Verifica-se uma intencionalidade para a re-orientação de um cuidado individualizado, assim como são observadas ações coletivas, como a prática de atividades físicas e orientações sobre alimentação, visando à promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. Um grande atributo destas ações é o uso de linguagem e

metodologias acessíveis para cada realidade social do território.

Uma vez, eu vi uma crítica [...] que no posto de saúde tinha zumba, mas não tinha médico. Então, a população não entende que atividade física é uma promoção da saúde. É tudo muito centrado no atendimento médico. (Loc01, PeNasf-AB06).

É difícil para a população ir pro posto toda semana, para estar no grupo. Geralmente, só vai pro posto pra olhar a fila de espera. Então, é uma cultura que a gente tem ainda que quebrar. (Loc01, PeNasf-AB06).

No que se refere à classe 2, com 15,6% das UCE ($\chi^2=54,47$; $p<0,0001$), intitulada ‘Planejamento das ações’, emergem as possibilidades para discutir a importância deste planejamento pela equipe de saúde como forma de garantir que as ações desenvolvidas estejam de acordo com as demandas dos usuários, e que sejam efetivas.

O planejamento, geralmente se reúne, nós, equipe do Nasf-AB [...] com antecedência e, dentro desses meses, planejamos os encontros que vão ter e para que tema a gente vai direcionar. Quando possível [...] a gente traz a equipe da atenção básica para participar do planejamento com a gente. (Loc01, PeNasf-AB01).

A gente tem essa equipe multidisciplinar, que realiza grupos e que faz essa atenção especial para os portadores. Mensalmente, a cada final do mês, senta toda a equipe: agente comunitário de saúde, enfermeira, médico e a equipe do Nasf, para que seja feito em sintonia esse calendário de atendimento, mensalmente, aos usuários. (Loc02, PeSF07).

As ações são planejadas assim: os diabéticos e hipertensos, em algumas unidades que a gente trabalha [...] têm o hiperdia, que já trabalha a questão dos diabéticos e hipertensos em outras unidades. A gente planeja as atividades nos grupos de práticas corporais [...] a gente sempre trata

de planejar temas pertinentes pra eles, como alimentação saudável, práticas de exercícios; tenta sempre trazer pra eles dentro dos grupos sobre a temática, e tentando melhorar a qualidade de vida deles. (Loc03, PeNasf-AB011).

Como se pode ver, as ideias expressas não são uniformes em todos os centros de pesquisa, assim como também há variações entre equipes, de modo que os processos de trabalho são influenciados por: realidade social, formas de organização, visão dos papéis pelas equipes etc. Neste cenário desafiador, observam-se a desarticulação e a ‘incompreensão’ na definição dos papéis de cada equipe, sendo ainda visível o desconhecimento da proposta do Nasf-AB em relação a ser o apoio para a eSF. Os trechos abaixo realçam a dificuldade de integração e compartilhamento das responsabilidades individuais e coletivas no cuidado com os usuários:

Infelizmente, como a gente nem conhece a equipe, eu não sei todos os médicos, nem os nomes. Eu só sei que o encaminhamento, quando vem pra mim, não consigo nem articular, tentar fazer uma interconsulta, porque, às vezes, o paciente vai pro retorno do médico só pra mostrar exames e renovar uma receita, e pronto: gastou 20 minutos ali e não teve uma efetividade, que teria se tivesse sido atendido conjuntamente. (Loc01, PeNasf-AB04).

O paciente vai para um profissional e, às vezes, a própria equipe não é integrada, porque não tem reunião da equipe. Então, é preciso ter essa integração para realmente poder ter um plano de cuidados pros pacientes. (Loc01, PeSF02).

Outro aspecto identificado refere-se ao fato de que, além das problemáticas relacionadas à baixa integração da equipe, também podem ser observadas a rotatividade dos profissionais e uma elevada demanda para a equipe do Nasf-AB, uma vez que este se configura como referência para mais um território de atuação da ESF.

Também existe essa situação, d'eles terem vários territórios. Tem uns que a gente consegue. Às vezes, tem semana que uns não vêm porque o outro território absorve os dias todos. Depois, também vêm pra cá e o outro território fica sem eles. Então, existem essas limitações. (Loc03, PeSF02).

Os dados compilados na classe 5 ($\chi^2=73,7$; $p<0,0001$), com 23,6% das UCE, destacam os desafios do cotidiano das atividades desenvolvidas pela equipe Nasf-AB na ESF, inferidos a partir dos registros de observação da realidade.

Verifica-se a necessidade de melhoria nas formas de monitoramento das atividades desenvolvidas, incluindo o processo de registro das ações realizadas. A observação do campo e os trechos discursivos dão conta de que esta necessidade é percebida pelos profissionais, e que são realizadas ações de educação permanente com a eSF, contudo, não há a incorporação da sistemática de registro, o que limita a autoavaliação e a avaliação externa. O trecho a seguir realça o dito:

Há uma tentativa, da equipe do Nasf, de realizar educação permanente mensal com os agentes comunitários de saúde, de acordo com a demanda de temas solicitados por eles [...] porém, dificilmente é feito um registro. (Relatório OP Loc01).

Outro aspecto que demonstra a insuficiência da efetividade do processo de trabalho das equipes multiprofissionais é a frágil articulação entre as equipes com outros pontos da rede de atenção à saúde, o que dificulta a integralidade do cuidado, principalmente diante de casos complexos, que requerem mais integração entre os vários serviços de saúde, conforme registro de observação realizada pelos pesquisadores.

Não há articulações junto às equipes de atenção básica com outros pontos da rede de saúde [...]. Não há um registro específico para acompanhar o número de encaminhamentos do Nasf-AB para atenção especializada [...]. (Relatório OP, Loc01).

A proposta do Nasf-AB tem como referencial a clínica ampliada na perspectiva multiprofissional, contudo, ainda é um desafio sua realização de forma efetiva, principalmente no que compete às ferramentas de apoio para sua prática, como a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) ou consultas compartilhadas envolvendo ambas as equipes, pois tais consultas, quando são realizadas, não envolvem as equipes básicas e ampliadas, como destacado nos registros das observações realizadas.

Os profissionais sinalizam que é muito difícil ocorrer as atividades, discussão de casos, PTS ou até mesmo consultas compartilhadas entre as equipes Nasf e Saúde da Família. Mas, que geralmente ocorrem entre os profissionais da equipe Nasf. E as visitas domiciliares pouco acontecem, pois há um distanciamento também com os ACS. (Relatório OP, Loc02).

Os registros de observação reforçam impressões já sinalizadas pelos GF, no que compete à integração entre as equipes e o planejamento das ações, sempre com potencialidades e dificuldades em sua efetivação. Os momentos, em sua maioria, são reconhecidos como pontuais e nem sempre envolvem ambas as equipes. Entretanto, apesar da restrita integração entre as equipes na maioria dos CSF, há, em outros, vinculação e compartilhamento de planejamento, e propostas de cuidado com o reconhecimento da potencialidade do apoio do Nasf-AB às eSF.

As informações de saúde da população são compartilhadas entre equipe Nasf-AB e eSF durante reuniões mensais, em que são discutidos os casos e planejado ações necessárias. Nestas reuniões de planejamento, estão presentes ACS, enfermeiros, gerente e profissionais do Nasf-AB. (Relatório OP, Loc03).

As reuniões são mais voltadas para organizar o calendário mensal. (Relatório OP, Loc02).

Considerando que o processo de trabalho do Nasf-AB encontra-se fundamentado em quatro conceitos, que versam sobre territorialização, trabalho em equipe, integralidade e produção da autonomia dos sujeitos e coletivos, e estão ancorados nas dimensões técnico-assistencial e pedagógica, prossegue a discussão dos resultados aqui descritos com fulcro nestas premissas anunciadas.

Discussão

O Nasf-AB apresenta-se como uma estratégia brasileira de ampliação da equipe de apoio, que tem como objetivo fortalecer as ações da APS, ofertando métodos para a melhoria da qualidade de vida da população¹¹.

Contudo, há desafios para a operacionalização do trabalho de forma plena e conjugada às ações das eSF. Os impasses são relacionados à lógica do modelo medicalocêntrico e ao curativismo, bem como à resistência das equipes apoiadas na compressão do modelo de apoio matricial¹².

Um estudo realizado no estado de Pernambuco, Brasil, identificou que as barreiras para o atendimento do Nasf-AB, enquanto apoio matricial, apresentam-se desde a própria interação com a eSF, onde o dispositivo Nasf-AB é enxergado como um sistema de referência para casos complexos e não como apoio¹³. Esta realidade também é identificada nos resultados, existindo insuficiência de compreensão na definição dos papéis de cada equipe e na efetivação das propostas das políticas de saúde.

Os resultados apontam que a integração das equipes não é uniforme em todos os centros de pesquisas estudados. Em dois dos três municípios, é possível atestar uma prática colaborativa entre as equipes mínima e a equipe multiprofissional ampliada, colaborando para maiores segurança e qualidade do cuidado. Em outro centro, no entanto, tem-se uma atuação do Nasf-AB paralela ao processo de trabalho da eSF, considerando as demandas de saúde da

população da área adscrita. Indo de encontro aos resultados de um estudo realizado em São Paulo, Brasil, no ano de 2015, que também apresentaram diferenças diante das eSF e das Nasf-AB de cada território, na maioria das vezes, existe a falta de interação entre tais equipes¹⁴.

Para a atuação efetiva das equipes multiprofissionais, acredita-se que seja necessária uma harmonia entre elas, a partir da realização de um planejamento conjunto, com definição de objetivos e metodologias para as ações a serem desenvolvidas nos serviços de saúde, priorizando a assistência multidisciplinar e integral, objetivo primeiro da ampliação da equipe da APS. Ademais, o sentido de pertencimento é aflorado quando todos os integrantes se sentem parte de uma só equipe, embora sejam assegurados seus objetivos específicos.

Considerando o exposto, tem-se que os resultados expressos pelas equipes não traduzem em plenitude a efetividade ordenada do planejamento e da avaliação das ações nos serviços de saúde, na expectativa do ideal. Outrossim, foi evidenciada a adoção de reuniões mensais para o planejamento dos atendimentos e, com menor frequência, para outras pautas, como o desenvolvimento de ações compartilhadas. Esse resultado foi apresentado de forma semelhante em outros estudos^{13,15}, nos quais a discussão sobre as ações foi realizada em momentos pontuais, e não como uma agenda de livre demanda. Ou seja, não se constituiu como cultura institucional.

Esse modo de agir, por vezes ainda compartimentalizado, se reflete nas relações entre as equipes, as quais deveriam compartilhar o mesmo sentimento de pertencimento. Apesar de ser inferido nos GF que existe interação entre as equipes Nasf-AB e eSF, os momentos de observação verificaram aspectos desafiadores no que compete à garantia dessa integração de forma efetiva, resultando na sobreposição de ações ou hiatos assistenciais, dada a frágil efetividade da colaboratividade.

O entrosamento entre as equipes faz-se necessário para a efetivação da proposta de

apoio matricial, considerando a necessidade do agir interprofissional para uma melhor resolutividade de casos complexos, por meio da longitudinalidade do cuidado, para que se cumpra o princípio da integralidade¹⁶. Ressalta-se que o sentimento de pertencimento é indutor também de ações dirigidas à promoção da saúde, com vistas a fortalecer os vínculos e colaborar para a autonomia dos usuários em seu processo de melhoria da qualidade de vida.

A equipe multidisciplinar, mais do que ser um aspecto organizacional, deve obter uma função de arranjo estruturado para o processo do trabalho em equipe¹⁵, sendo este o principal suporte para a assistência integral e igualitária em saúde, facilitando a abordagem à população através da soma dos distintos olhares e conhecimentos envolvidos, favorecendo a qualidade na assistência¹⁷.

Ademais, ressentem-se que o agir das equipes multiprofissionais ampliadas centra suas ações na dimensão clínico-assistencial do cuidado, com espaço limitado para o agir concernente à dimensão técnico-pedagógica. Embora entenda-se que deva haver indissociabilidade entre tais dimensões, observa-se a prevalência da primeira sobre a segunda. Para Marin e Ribeiro¹⁸, é reconhecido que a atenção à saúde orientada para a integralidade dos sujeitos e da comunidade requer que a multidisciplinaridade reflita um modelo de atenção acolhedor, que compreenda as diversidades do sujeito, do usuário do sistema e do território de saúde no qual ele está inserido. Para tanto, rompem-se as barreiras das abordagens uniprofissionais, limitadas diante do processo saúde-adoecimento, e lançam-se ao exercício da busca da interprofissionalidade, na perspectiva do desenvolvimento de práticas colaborativas.

Conclusões

Ciente de que o cuidado é uma prática intrínseca ao trabalho em saúde, e que a efetivação da promoção da saúde é um desafio que perpassa

múltiplas questões (inter)setoriais, o processo de trabalho na APS requer o aprimoramento e a integralidade de suas ações, visto que ela se manifesta como uma estratégia potente para o fortalecimento da APS.

Diante do exposto, mediante a análise sobre a atuação multiprofissional na qualificação do cuidado, reconhece-se o potencial indutor da atuação das equipes do Nasf-AB para um trabalho colaborativo, orientado pela interprofissionalidade e corroborando a qualificação do cuidado na APS. No entanto, os dados sinalizam que o arranjo organizacional do trabalho realizado pelo Nasf-AB tem se dado, predominantemente, na dimensão clínico-assistencial.

Ademais, o percurso a ser trilhado, de uma atuação multiprofissional efetiva que seja convergente para um trabalho em equipe colaborativo, com abordagem interprofissional, requer maior interação da equipe, o desenvolvimento de competências colaborativas e de estratégias de planejamento, bem como a implementação e a avaliação de planos de cuidados comuns e afins, critérios parcialmente desenvolvidos nos centros de estudo desta pesquisa.

Reconhece-se que estudos que tenham como *corpus* de análise a atuação profissional em equipes multiprofissionais – aqui exemplificado por Nasf-AB e eSF – devem ser cautelosos em virtude de diversos fatores que podem influenciar, principalmente, as diferenças entre as realidades locais regionais. Assim, há a necessidade de estudos que possam analisar em profundidade medidas de enfrentamento para os desafios sinalizados.

Colaboradores

Machado MFAS (0000-0002-2541-8441)*, Xavier SPL (0000-0002-5295-7627)*, Rodrigues AL (0000-0001-9181-0970)*, Lima TF (0000-0002-4154-945X)*, Silva LCC (0000-0002-2688-9309)*, Moita MP (0000-0002-1920-480X)* e Dias MSA (0000-0002-7813-547X)* contribuíram igualmente para a elaboração deste manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Souza TS, Medina MG. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2020 ago 6]; 42(21):45-158. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S210>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*. 24 Jan 2008. [acesso em 2010 jan 30]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 Set 2017. [acesso em 2019 dez 7]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
4. Fernandes ETP, Souza MNL, Rodrigues SM. Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. *Physis: Rev. Saúde Colet*. 2019 [acesso em 2020 ago 7]; 29(1):1-18. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290115>.
5. Silva KL, Sena RR, Akerman M, et al. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014 [acesso em 2021 abr 7]; 19(11):4361-4370. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kzQjPDPNKsbsG8mjghv9Jjr/?format=pdf&lang=pt>.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: MS; 2018.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento da Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n. 39. Núcleo de apoio à saúde da família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, DF: MS; 2014. [acesso em 2020 ago 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf.
8. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2017 [acesso em 2021 abr 7]; 41(115):1177-1186. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2017v41n115/1177-1186/pt>.
9. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*. 2013; 21(2):513-518.
10. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário oficial da União*. 12 Dez 2012. [acesso em 2020 abr 30]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
12. Nascimento AG, Cordeiro JC. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: análise do processo de trabalho. *Trab. Educ. Saúde*. 2019 [acesso em 2020 ago 29]; 17(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00194>.
13. Nascimento CMB, Albuquerque PC, Sousa FOS, et al. Configurações do processo de trabalho em núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado integral. *Trab. Educ. Saúde*. 2018 [acesso em 2020 ago 10]; 16(3):1135-1156. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00154>.
14. Santos RABG, Uchôa-Figueiredo LR, Lima LC. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. *Saúde debate*. 2017

- [acesso em 2020 ago 7]; 41(114):694-706. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711402>.
15. Reis ML, Medeiros M, Pacheco LR, et al. Evaluation of the valuation of the multiprofessional work of the family health support center (NASF). *Texto contexto – Enferm.* 2016 [acesso em 2020 ago 8]; 25(1):1-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720160002810014>.
16. Hirdes AA. Perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde sobre o apoio matricial em Saúde mental. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(2):371-382.
17. Silva MVS, Miranda GBN, Andrade MA. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. *Interface* (Botucatu). 2017 [acesso em 2020 ago 8]; 21(62):589-99. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0420>.
18. Marin J, Ribeiro CDM. Problemas e conflitos bioéticos da prática em equipe da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bioética.* 2018 [acesso em 2020 jul 17]; 26(2):291-301. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018262250>.

Recebido em 25/11/2020

Aprovado em 23/08/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação Cearense de Apoio ao

Desenvolvimento Científico e Tecnológico (número do processo:

PP3-0118-00048.01.00/17)

Organização da Atenção Primária à Saúde em um município rural remoto do norte do Brasil

Organization of Primary Health Care in a remote rural municipality in northern Brazil

Karina Vasconcelos Rodrigues¹, Patty Fidelis de Almeida¹, Lucas Manoel da Silva Cabral², Márcia Cristina Rodrigues Fausto³

DOI: 10.1590/0103-1104202113105

RESUMO O objetivo do artigo foi caracterizar a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) e suas interfaces com os demais serviços da rede assistencial em um Município Rural Remoto (MRR). Foi realizado estudo de caso único em Assis Brasil (AC), por meio de entrevistas com usuários, gestores e profissionais de saúde. Os resultados indicaram distribuição desigual de estabelecimentos de saúde com áreas descobertas; dificuldades de acesso por condições climáticas; barreiras econômicas para custeio de transporte; promoção de ações itinerantes na zona rural; descontinuidade e insuficiência de medicamentos; dificuldades para a fixação de profissionais; escassez de recursos tecnológicos; falta de acesso à internet; necessidade de adaptação cultural; concentração de serviços especializados do SUS na capital. Foram identificados esforços da gestão local para manutenção da Estratégia Saúde da Família (ESF) e adequação dos processos de trabalho para atendimento ao grande fluxo de demanda espontânea, estrangeiros e população indígena. Argumenta-se que o MRR e suas populações somam vulnerabilidades econômicas, sociais e de acesso aos serviços de saúde, parcialmente atendidas pelas políticas nacionais, e que o ente municipal, sem o suficiente apoio e aporte de recursos estadual e federal, mantém arranjos possíveis para a provisão de APS, nem sempre afeitos aos princípios abrangentes da ESF.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Acesso aos serviços de saúde. Saúde da população rural. Ecossistema amazônico. Brasil.

ABSTRACT *The aim of the article was to characterize the organization of Primary Health Care (APS) and its interfaces with other services in the healthcare network in a Remote Rural Municipality (MRR). A single case study was carried out in Assis Brasil (AC), through interviews with users, managers and health professionals. The results indicated an unequal distribution of health facilities with uncovered areas; access difficulties due to weather conditions; economic barriers to costing transport; promotion of itinerant actions in rural areas; discontinuity and insufficiency of medications; difficulties in retaining professionals; scarcity of technological resources; lack of internet access; need for cultural adaptation; concentration of specialized services of the Unified Health System (SUS) in the capital. Local management efforts were identified to maintain the Family Health Strategy (ESF) and the adequacy of work processes to meet the large flow of spontaneous demand, foreigners and the indigenous population. It is argued that the MRR and its populations add economic, social and access to health services vulnerabilities, partially covered by national policies, and that the municipal entity, without sufficient support and allocation of state and federal resources, maintains possible arrangements for the provision of APS, not always bound by the comprehensive principles of the ESF.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Healthcare access. Rural population health. Amazon ecosystem. Brazil.*

¹Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Niterói (RJ), Brasil. pattyfidelis@id.uff.br

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

O acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) de alta qualidade representa a forma mais eficiente e equitativa de alcançar os melhores resultados em saúde¹. No entanto, residentes em comunidades remotas ao redor do mundo têm acesso relativamente mais restrito aos cuidados primários². Segundo a Organização Mundial da Saúde, cerca de 46% da população mundial reside em áreas rurais remotas³, enquanto a maioria dos trabalhadores de saúde vive e trabalha nas médias e grandes cidades⁴.

Características dos territórios rurais remotos influenciam a estrutura, a função dos serviços de saúde, como os profissionais trabalham e a natureza das práticas⁵. Desigualdades socioeconômicas, pobreza e níveis mais baixos de emprego, juntamente com desequilíbrios relacionados com a disponibilidade de serviços e profissionais de saúde, infraestrutura das unidades de APS, transporte e comunicação entre as áreas rurais e centros urbanos e maior concentração dos recursos nas cidades, resultam em maior exclusão social dos moradores de áreas rurais⁶⁻⁸. Ao conjunto de vulnerabilidades socioeconômicas e ambientais mencionadas, observam-se também transformações expressivas nos modos de vida da população rural em função da dinâmica do agronegócio em algumas regiões⁸. Indicadores epidemiológicos expressam as desvantagens significativas para os Municípios Rurais Remotos (MRR)⁹ quando comparados à média para o Brasil, entre os quais: coeficiente de mortalidade infantil (MRR-17,56; Brasil-12,39); taxa de internações de alta complexidade (MRR-0,13; Brasil-0,44); percentual de nascidos vivos com pré-natal adequado (MRR-52,81; Brasil-70,76); e percentual de casos com início tardio do tratamento de câncer (MRR-21,7; Brasil-21,7)¹⁰.

Localidades com características rurais requerem serviços de saúde que atendam às necessidades de seus moradores¹¹. Ao desenvolver uma política de saúde rural, os países enfrentam grandes desafios relativos

a recursos humanos, governança, transporte, financiamento e comunicação¹². Nesse sentido, estratégias e políticas diferenciadas para prestação de serviços de saúde em territórios rurais remotos vêm sendo implementadas por diversos países, como Austrália, Canadá, Nova Zelândia, Estados Unidos da América, países do Sudeste Asiático e do bloco Europeu¹²⁻¹⁴. No Brasil, destaca-se o esforço no campo da política de saúde de atender reivindicações dos movimentos sociais para a construção de uma política específica para os povos que representam a ruralidade brasileira – a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCF), que orienta as bases para a organização dos serviços de saúde para estas populações.

No Brasil, a expansão da APS por meio das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) colaborou para assegurar acesso mais resolutivo e humanizado à maioria da população¹⁵. No entanto, condições sociais e econômicas desfavoráveis das famílias e territórios, expressas na ausência de transporte público, escassez de serviços de saúde, falta de infraestrutura, como energia elétrica, saneamento básico e acesso a recursos tecnológicos e meios de comunicação¹⁶, imprimem maiores obstáculos e desafios à atuação das Equipes de Saúde da Família (EqSF). Tais condições, frequentemente encontradas em MRR brasileiros¹⁷, nem sempre são atendidas ou atenuadas por meio das diretrizes e padrões das políticas nacionais. As definições de espaço rural e urbano no Brasil foram redefinidas no ano de 2017¹⁷, alinhadas a metodologias internacionais da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e da União Europeia. Localização em relação aos principais centros urbanos, densidade demográfica e tamanho da população estão entre os critérios para classificação dos municípios em cinco tipos: urbano; intermediário adjacente; intermediário remoto; rural adjacente; e rural remoto. De acordo com a nova classificação, 76% da população brasileira vive em áreas predominantemente urbanas (26%

dos municípios). Dos 5.570 municípios, 60,4% foram classificados como predominantemente rurais, sendo 54,6% rurais adjacentes e 5,8% rurais remotos¹⁷.

O presente artigo, a partir da experiência e da percepção de gestores, profissionais e usuários, tem como objetivo caracterizar a organização da APS e suas interfaces com os demais serviços da rede assistencial em um MRR da região amazônica, buscando identificar especificidades e estratégias empreendidas que possam sinalizar caminhos para o aperfeiçoamento das práticas e políticas de saúde em contexto rural.

Metodologia

A metodologia adotada foi a do estudo de caso do tipo exploratório e instrumental¹⁸, com abordagem qualitativa, com vistas a produzir conhecimento sobre a organização da APS em um contexto ainda pouco explorado – MRR da região amazônica. Embora se trate de estudo de caso único – o município de Assis Brasil, pertencente ao estado do Acre, Brasil –, foi selecionado por ser ‘típico’. Nesse sentido, acredita-se que represente, além da realidade amazônica, o contexto de municípios rurais transfronteiriços.

Cenário do estudo

O cenário de estudo foi constituído pelo MRR de Assis Brasil, localizado nos limites do território brasileiro, fazendo divisa com outros dois países, Peru e Bolívia, o que condicionava um padrão de grande circulação de pessoas. Embora mais da metade da população estivesse concentrada na sede municipal, era expressivo o quantitativo de residentes em áreas da zona rural, em geral, pequenos povoados dispersos e distantes da sede¹⁹. Parte da população era constituída por populações ribeirinha e por grande concentração de indígenas das etnias Jaminawá e Manchineri que vivem na Terra Indígena Mamoadate²⁰. O município agregava áreas de proteção ambiental em seu território, como a Reserva Extrativista Chico Mendes, território marcado por extenso conflito de terras e desmatamento. Assis Brasil tem como característica peculiar a multiculturalidade, especialmente pela presença de povos tradicionais e pela condição de tripla fronteira internacional. A *tabela 1* apresenta características do território e da população. Os dados mostram, na comparação com parâmetros estadual e nacional, que o município apresenta maiores vulnerabilidades relacionadas com renda, disponibilidade de bens públicos, pobreza, entre outras.

Tabela 1. Caracterização socioeconômicas da população, Município Rural Remoto, região Norte do Brasil, Assis Brasil, AC, 2019

Municípios			
Caracterização do Território	Assis Brasil	Acre (AC)	Brasil
População (hab.) ¹	6.072	733.559	190.732.694
Expectativa populacional 2019 (hab.) ²	7.534	894.470	210.147.125
% população rural ³	38	33	16
% da população beneficiária do PBF ⁴	84	41	21
Área (km ²) ¹	4.974,174	164.123,964	8.510.295,914
Densidade demográfica (hab./ km ²) ¹	1,22	4,47	22,43
Índice de Gini ¹	0,61	0,63	0,60
IDHM ¹	0,588	0,663	0,727

Tabela 1. (cont.)

Municípios			
Caracterização do Território	Assis Brasil	Acre (AC)	Brasil
Renda per capita (R\$) ¹	291,33	522,15	793,87
Renda domiciliar menor que ½ salário mínimo (R\$) ¹	66,28	50,97	34,67
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	41	86	87
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	84	91	98
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	59	34	97
% de extremamente pobres ¹	31	16	7
Taxa de Analfabetismo - % da população com 15 anos ou mais ¹	21	16	10
Área de Preservação Ambiental ³	1 UCs [estação ecológica rio acre]; 2 TIR [mamoada-te e rio acre] Reserva Extrativista Chico Mendes	2 Unidades de Conservação (UCs) e 36 TIR - 47,9% do território protegido	2.229 áreas protegidas (3.884.125 km ²)

Fonte: Elaboração própria.

¹PNUD: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, Censo Demográfico - Competência, 2010.

²IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Expectativa da população - Competência, 2019.

³Mops: Mapas Estratégicos para Políticas de Cidadania - Competência, 2019.

⁴MDS: Ministério do Desenvolvimento Social, painel do Bolsa Família e Cadastro Único no seu município - Competência, 2019. Programa Bolsa Família - PBF; Unidades de Conservação - UCs; Terras Indígenas Reconhecidas - TIR.

População de estudo, instrumentos e coleta de dados

Foram realizadas 16 entrevistas semiestruturadas em visita *in loco* ao município de Assis Brasil em maio de 2019. Os roteiros elaborados para cada tipo de informante-chave permitiram mapear a organização, a oferta e a disponibilidade de serviços de saúde no município, como também captar as nuances do trabalho e assistência em saúde no contexto rural remoto. Três grupos de informantes participaram do estudo: i) gestores (municipais, regionais e estaduais); ii) profissionais (Agentes Comunitários de

Saúde - ACS; enfermeiros e médico das ESF); e iii) usuários de três eventos traçadores²¹ definidos no estudo²² para construção das trajetórias de cuidado: Câncer de Colo do Útero (CCU), Pré-natal, Parto e Puerpério (PPP) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). As entrevistas com profissionais e usuários foram realizadas em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambas localizadas na sede do município - uma responsável pela oferta de atendimento de população residente na sede do município, e outra, para a população residente em áreas afastadas da sede municipal (interior/zona rural). O perfil dos entrevistados é apresentado no *quadro 1*.

Quadro 1. Perfil dos entrevistados, Município Rural Remoto, região Norte, Assis Brasil, AC, 2019

Características	Assis Brasil (AC)
Total de entrevistados: 16	
Gestores e Profissionais de Saúde [n=10]	
Sexo ¹	
Feminino	3
Masculino	7
Idade ¹	
20-29	2
30-39	5
40-49	2
50-59	1
Escolaridade / Formação ¹	
Ensino médio	1
Enfermagem	4
Técnico Enfermagem	1
Medicina	2
Administração	1
Psicologia	1
Função ¹	
Gerente da divisão de APS (Gestor Estadual)	1
Gestor Regional	1
Secretário Municipal de Saúde	1
Coordenador do polo de Saúde Indígena	1
Enfermeiro EqSF	2
Médico EqSF	2
Agente Comunitário de Saúde	2
Tempo na função ¹	
Menos que 1 ano	4
Até 3 anos	6
Vínculo Trabalhista ¹	
Estatutário	2
Celetista	2
Cargo Comissionado	1
Contrato temporário	3
Bolsista (PMM)	2
Usuários [n= 6]	
Sexo ¹	
Feminino	4
Masculino	2
Idade ¹	
20-29	3
40-49	1
até 60	2

Fonte: Elaboração própria.

¹Banco de dados da pesquisa Atenção Primária à Saúde em Municípios Rurais e Remotos no Brasil.

Análise dos dados

A análise temática²³ foi guiada por categorias inspiradas em estudos nacionais e internacionais sobre organização da APS²⁴⁻²⁶ e emergentes no campo: disponibilidade de

serviços; território; ações desenvolvidas pelas equipes e no território; disponibilidade de medicamentos e realização de exames básicos; colaboração interprofissional; intersetorialidade; estratégias para garantia da força de trabalho em saúde; acessibilidade

aos serviços de APS; serviços de saúde de referência para a APS.

A pesquisa 'Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil' foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, identificada pelo CAAE 92280918.3.0000.5240 e pelo parecer de aprovação nº 2.832.559.

Resultados

Organização da APS

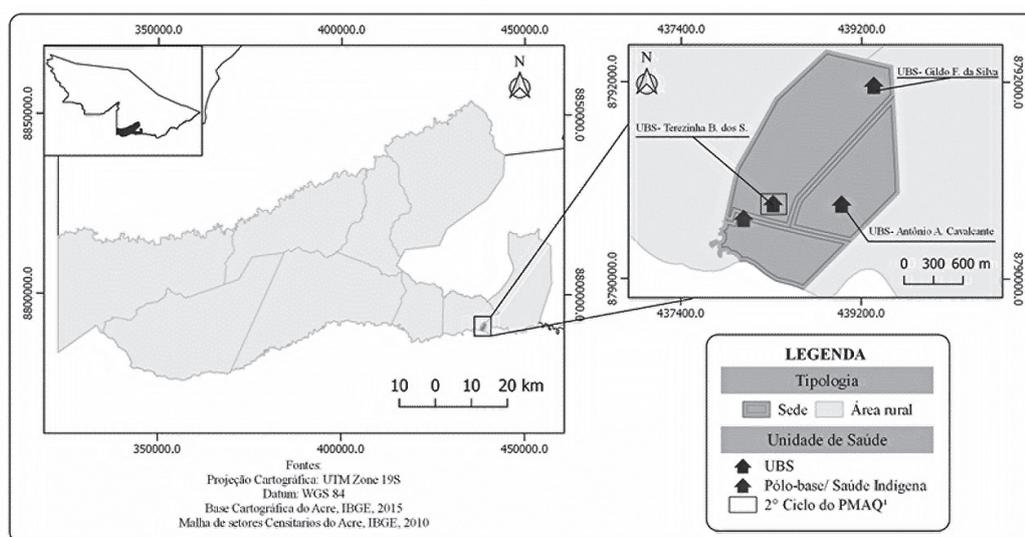
DISPONIBILIDADE DE SERVIÇOS E TERRITÓRIO

Em Assis Brasil, a APS está organizada com base nas diretrizes nacionais da ESF. Eram 3 UBS, todas localizadas na sede municipal, nas

quais estavam distribuídas 3 EqSF com 18 ACS, além de uma unidade definida como ponto de apoio no interior. Além das UBS em funcionamento, duas aguardavam inauguração (uma UBS na sede e um ponto de apoio próximo à área indígena). Todas as EqSF atuavam em UBS localizadas na sede municipal e estavam organizadas para atender usuários residente nos interiores já que não havia UBS nessas localidades. Na *figura 1*, é possível visualizar a concentração de UBS na sede municipal, inclusive o Polo de Saúde Indígena, e indisponibilidade de serviços de saúde no interior do município.

Embora se considerasse haver 100% de cobertura potencial, havia áreas descobertas pela ESF, famílias não vinculadas à EqSF, principalmente em áreas isoladas e de difícil acesso. Médicos reforçavam que a vinculação à EqSF não era critério para definição do local de atendimento, sendo frequente o atendimento de usuários em UBS nas quais não estavam cadastrados, sem a garantia da continuidade do cuidado.

Figura 1. Distribuição das UBS e do Polo de Saúde Indígena, Município Rural Remoto, região Norte, Assis Brasil, AC, 2019



Fonte: Elaboração própria.

Nota: Unidades Básicas de Saúde (UBS) que participaram do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O município dispunha de Academia da Saúde e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) ou, conforme termo atual, Núcleo Ampliado de Saúde da Família, com nutricionista, assistente social, psicólogos, farmacêutico, fisioterapeutas e educador físico. Havia também uma Unidade Mista Estadual com funcionamento 24 horas na qual eram realizados exames laboratoriais básicos, partos de risco habitual e exame radiológico. Médicos da APS faziam plantão na unidade mista com contratação temporária via Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A *tabela 2*, apresenta os recursos e equipamentos em saúde disponível no município.

A população indígena do município era expressiva e buscava atendimento tanto no subsistema de saúde indígena quanto no sistema de saúde municipal, ainda que não vinculada à ESF. O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) mantinha trabalho colaborativo com a SMS, no entanto, as ações voltadas para essa população eram desarticuladas e, por vezes, sobrepujavam-se porque o acesso dessa população ao serviço de APS municipal era informal e não havia interação entre as equipes de APS dos dois sistemas de saúde. Os profissionais da ESF referiram dificuldades no atendimento aos indígenas, principalmente pela barreira cultural e de comunicação, sendo comum a presença de intérpretes do DSEI para viabilizar o atendimento.

A condição de município de tripla fronteira trazia enorme desafio para a gestão, organização e provisão da APS, flagrante nos relatos dos gestores e profissionais. A livre circulação

entre os países propiciava, também, a circulação de agravos típicos da região. As atividades laborais exercidas por brasileiros do outro lado da fronteira, como prostituição e derrubada de árvores nativas da floresta amazônica, fomentavam a transmissão de doenças, com alto índice de leishmaniose, dengue, chicungunha e Infecções Sexualmente Transmissíveis. A livre circulação na fronteira facilitava o tráfico de drogas na região.

A leishmaniose foi exemplo mencionado por vários entrevistados. Brasileiros e estrangeiros que trabalhavam em áreas de desmatamento no Peru contraíam a doença e buscavam atendimento nas UBS de Assis Brasil. A questão do tratamento medicamentoso dos estrangeiros era um dilema constante para os profissionais de saúde e para a gestão municipal, envolvendo questões de financiamento, mas também de caráter ético e humanitário. Os profissionais referiram sobrecarga assistencial em função dos atendimentos prestados aos estrangeiros que buscavam tratamento médico e odontológico no Sistema Único de Saúde (SUS), pois, em seus países, esses serviços não eram prestados por estabelecimentos públicos. Médicos brasileiros indicaram iniciativas próprias a autoridades de saúde do Peru e da Bolívia para organizar ações articuladas de prevenção e tratamento, porém sem êxito.

A busca de atendimento pelo SUS por parte de estrangeiros era uma característica comum entre os municípios da região do Alto Acre que imprimia grandes desafios às EqSF e aos gestores.

Tabela 2. Recursos e equipamentos em saúde, Município Rural Remoto, região Norte, Assis Brasil, AC, 2019

Informações da APS	Assis Brasil (AC)
% Cobertura potencial APS ¹	100 %
Expectativa populacional 2019 (hab.) ²	7.534
População cadastrada na ESF ⁴	8.525
% da população cadastrada e vinculada às equipes APS ⁴	113 %
Nº Equipes Estratégia da Saúde da Família ¹	3
Nº Equipes de Saúde Bucal ¹	3
% população beneficiária de plano de saúde ³	0,8
Recursos em Saúde	
Total de nº de médicos ^{1,5}	7
<i>Médico Clínico</i>	6
<i>Médico da ESF</i>	3
Nº Agente Comunitário de Saúde ¹	19
Nº Agente de Combate às Endemias ¹	3
Nº Agente Indígena de Saneamento ¹	7
Nº Agente Indígena de Saúde ¹	17
Nº Enfermeiros ¹	8
Nº Assistente Social ¹	1
Nº Biomédico	1
Nº Fisioterapeuta ¹	2
Nº Educador Físico ¹	1
Nº Farmacêutico ¹	1
Nº Nutricionista ¹	1
Nº Dentistas ¹	3
Nº Psicólogo ¹	1
Nº Auxiliar de enfermagem ¹	1
Nº Auxiliar de saúde bucal ¹	6
Nº Técnico de Enfermagem ¹	32
Nº Técnico de Saúde indígena ¹	31
Equipamentos de saúde¹	
Centro de Saúde/Unidade Básica Saúde (UBS)	3
<i>UBS em áreas rurais</i>	0
<i>UBS na sede</i>	3
Unidade Mista	1
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT)	1
Unidade móvel de suporte básico (Samu)	1
Farmácia	1
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	1
Academia da saúde	2
Equipe de Núcleos Ampliado de Saúde da Família (Nasf)	1

Fonte: Elaboração própria.

¹SCNES: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos, Competência, 2019.

²IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Expectativa da população, Competência, 2019.

³ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar, Competência, 2019.

⁴Sisab: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, Painel de Cadastro, Competência, 2019.

⁵No município de Assis Brasil, existem duplicidades de profissionais médico no SCNES: é a situação em que um mesmo profissional está cadastrado em mais de uma função, no mesmo município. Alguns médicos estão cadastrados como 'Médico Clínico', por causa da sua atuação na Unidade Mista e, também, estão cadastrados como 'Médico da Estratégia de Saúde da Família', pela atuação nas Unidades Básicas de Saúde.

AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES E NO TERRITÓRIO

Nas UBS, eram ofertados consultas, exames, vacinação, acompanhamento de grupos prioritários (crianças, mulheres, hipertensos e diabéticos), encaminhamento para atendimento especializado e visitas domiciliares. Enfermeiros e usuários ratificaram o compartilhamento dos atendimentos diários entre enfermeiros e médicos, porém, com predominância do atendimento pelos enfermeiros que realizavam encaminhamentos para o médico quando necessário. As equipes trabalhavam com programação semanal de atendimentos, assistiam à demanda espontânea e davam prioridade a usuários do interior.

Nas áreas do interior do município, as ações eram itinerantes e intermitentes. A gestão promovia ações itinerantes nas zonas rurais a fim de prestar atendimento médico, odontológico, psicológico, assistência social, vacinação e palestras. A condição climática era fator impeditivo para realização das ações itinerantes de forma mais sistemática. No período chuvoso, algumas áreas do interior ficavam inacessíveis, e no período de seca, a trafegabilidade dos rios ficava prejudicada. Essas circunstâncias levavam usuários a permanecer longos períodos (até seis meses) desassistidos. Mesmo com a promoção das ações itinerantes, residentes em áreas mais remotas do município enfrentavam dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

As EqSF e, principalmente, os ACS também cumpriam importante papel no que tangia a ações desenvolvidas no território: instruíam sobre o consumo de água limpa e descarte adequado de lixo, distribuíam cloro para uso doméstico, sensibilizavam sobre a importância da alimentação adequada e prática de atividade física, identificavam áreas descobertas no território e usuários que precisavam de acompanhamento mais intenso. Na percepção do SMS, o ACS era a principal ponte entre os serviços de saúde e a população.

DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS E REALIZAÇÃO DE EXAMES BÁSICOS

A gestão centralizou a distribuição dos medicamentos para controlar a dispensação e diminuir gastos. No entanto, tal organização dificultou o acesso dos usuários que precisavam andar até uma hora meia entre uma UBS e a farmácia. Médicos flexibilizavam regras de dispensação de medicamentos para os usuários da zona rural para estoque domiciliar e relataram insuficiência, que postergava ou impedia tratamentos prescritos.

O tratamento para leishmaniose, de alta incidência na região, com média de dez casos semanais, era coordenado diretamente pela SMS; e a dispensação da medicação não acontecia sem o cartão do SUS. Alguns estrangeiros residentes em países vizinhos eram atendidos em Assis Brasil, possuíam cartão do SUS e, por meio dele, obtinham medicamentos. Mesmo para estrangeiros não portadores do cartão do SUS, eram cedidos medicamentos excedentes, mas o alto custo impossibilitava a continuidade do tratamento e gerava necessidade de mais consultas, o que aumentava a demanda pelos serviços e o tempo de espera por atendimentos. Questões relacionadas com o atendimento a estrangeiros geravam dúvidas e necessidade de mais informações para a atuação dos profissionais de saúde da APS.

A maioria dos exames realizados nas UBS de Assis Brasil e em outros municípios eram encaminhados para a capital, e o alto fluxo atrasava a chegada dos resultados. Uma usuária entrevistada que fazia acompanhamento de puerpério ainda não havia recebido os resultados de exames realizados no 3º mês de gestação.

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL E INTERSETORIALIDADE

Em relação à colaboração interprofissional, os profissionais de saúde percebiam a atuação coesa das EqSF no compartilhamento do cuidado aos usuários. Médicos e enfermeiros

trabalhavam em parceria no acompanhamento de usuários com agravos crônicos. ACS e técnicos de enfermagem partilhavam o acompanhamento vacinal. Técnicos da vigilância em saúde atuavam em parceria com as equipes na detecção de surtos, no acompanhamento de hanseníase e leishmaniose e na elaboração de planos estratégicos para irradicação da malária. Equipes da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), Secretaria do Estado de Saúde e UBS compartilhavam a assistência à população indígena.

Para as ações intersetoriais, as EqSF acionavam a Secretaria de Assistência Social para prestar apoio financeiro no custeio de tratamentos ou transporte de usuários que residiam na zona rural. Gestor municipal e enfermeiro relataram o caso de uma usuária em extrema vulnerabilidade social, com transtornos psiquiátricos, cujos filhos estavam expostos a violência e privação de alimentos. Esse caso requereu a atuação conjunta da Secretaria de Saúde, das equipes do Nasf e da UBS, do Centro de Referência de Assistência Social, do Conselho Tutelar e da Prefeitura.

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi recentemente implantado e vinha focando seus esforços na prevenção de gravidez na adolescência, crescente no município.

As ações de saúde itinerantes contavam com apoio de Organizações Não Governamentais, Secretaria de Cidadania, de Esportes, Ministério Público e entidades civis. Igrejas e escolas sediavam as atividades, e usuários cediam suas residências para hospedar os profissionais de saúde. Exército e Bombeiros ofereciam medicamentos, transporte aéreo e terrestre e atuavam em campanhas contra dengue e de vacinação.

ESTRATÉGIAS PARA GARANTIA DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Os gestores não mencionaram estratégias locais para garantia da força de trabalho nos MRR. No entanto, foram enfáticos quanto à importância do Programa Mais Médicos (PMM)

para a expansão da APS. O PMM garantiu a presença constante de médicos, antes apenas encontrados na unidade mista, sendo que a UBS só dispunha de equipe de enfermagem. Com a saída dos médicos cubanos, houve troca de profissionais que não permaneceram no município; e, nesse período, as UBS chegaram a ficar sete meses desassistidas. O supervisor do PMM, segundo entrevistados, mostrava-se presente e disponível para prestar apoio às EqSF.

Para profissionais e usuários, o município não oferecia boas condições de trabalho e desestimulava a fixação de profissionais na ESF. Uma nova UBS construída e equipada não pôde ser inaugurada porque não havia rede de esgoto no bairro e uma vez que a instalação elétrica era clandestina. No local, atendimentos eram prestados em uma casa adaptada que não oferecia estrutura adequada.

As UBS eram desprovidas de computador e acesso à internet, presente apenas na secretaria de saúde, o que impedia o uso do Telessaúde e e-SUS. Um enfermeiro expressou vontade de instalar uma televisão na sala de espera da UBS para exibição de vídeos educativos, sem apoio da gestão. Comunicação via telefone também não estava disponível em todo o território e dificultava a comunicação entre ACS e UBS. Caso este identificasse alguma emergência em campo e estivesse sem sinal de celular, precisava se locomover até a UBS, postergando o socorro.

A SMS realizava concurso público a cada dois anos para contratação de profissionais e oferecia contrato de trabalho pelo mesmo período sem possibilidade de extensão. A alta rotatividade de profissionais afetava a qualidade do serviço, causando ruptura do vínculo e da relação de confiança com os usuários, que passavam a procurar a UBS com menor frequência.

ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE APS

As barreiras de acesso geográfico constituíam-se obstáculos aos serviços de APS, particularmente para populações que viviam nas áreas mais distantes e de difícil acesso que

precisavam se deslocar até a sede municipal na qual estavam concentrados os serviços de saúde. Além de longas distâncias, eram restritas as condições de mobilidade pela ausência de transporte público e pelas condições precárias das vias de acesso, principalmente no período das chuvas, quando ocorria a interdição dos ramais que interligavam o interior e a sede. Em situação de urgência, famílias chegavam a transportar usuários debilitados em redes por longo trajeto, realizado a pé, até ao ponto em que o transporte da SMS era capaz de alcançá-los. Os trajetos entre sede e interior chegavam a seis horas de deslocamento, a depender do tipo de transporte utilizado e da sazonalidade. Para as áreas indígenas, o trajeto era ainda mais longo, entre 10 e 12 horas, parte dele percorrido por via fluvial.

As dificuldades de acesso aos serviços de APS se amplificavam dadas as condições de vulnerabilidade social às quais usuários eram submetidos. Altos custos com deslocamentos, pagos pelos usuários, era importante barreira financeira que dificultava ou impedia a busca por cuidado. Aqueles que moravam em áreas distantes demoravam meses juntando dinheiro para ir até as UBS, e quando não conseguiam, caminhavam por até dois dias para chegar à sede do município. Quando tratamentos e visitas frequentes à UBS eram necessários, aqueles que moravam na zona rural e tinham condições financeiras ou familiares na sede se mudavam para a área urbana a fim de facilitar o acesso aos cuidados em saúde.

SERVIÇOS DE SAÚDE DE REFERÊNCIA PARA A APS

O acesso à atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) ocorria nos Hospitais Municipais de Brasileia e de Xapuri (Região Alto Acre), sendo Rio Branco a referência principal. Em Brasileia, havia um hospital Regional de grande porte, recém-reformado e em fase de habilitação. A contratação de médicos especialistas foi identificada pelos gestores como a principal dificuldade para o funcionamento da unidade hospitalar.

A inexistência de serviços especializados no município motivava a estreita articulação do gestor da saúde de Assis Brasil com os demais municípios da região de saúde e com a rede da capital. Para ter acesso à atenção especializada, a SMS utilizava o Sistema Nacional de Regulação (Sisreg). A gestão municipal gerenciava de perto os transportes sanitários, recurso essencial para garantir o acesso à atenção especializada, principalmente em Rio Branco. De acordo com o gestor estadual, o Ministério da Agricultura cedia vans para levar pacientes crônicos para tratamento em Rio Branco, duas vezes por semana. As viagens entre Assis Brasil e Rio Branco duravam aproximadamente seis horas. Gestores e usuários reportaram longas filas de espera para agendamento de consultas e exames na atenção especializada. Para o gestor estadual, a limitação de oferta para a atenção especializada era determinada por insuficiência de médicos especialistas no estado, por excesso de encaminhamentos feitos pela APS e por alta demanda recebida na capital, proveniente de todos os municípios.

Os usuários relataram que faziam acompanhamento médico na UBS, mas, muitas vezes, realizavam exames e tratamento especializado em serviços privados em cidades de países vizinhos, como Iñapari e San Lorenzo (Peru), na sede da região de saúde, em Brasileia, ou até mesmo na capital do estado, Rio Branco. Os principais motivos eram as longas filas de espera no SUS, os custos do deslocamento e a distância para a capital ou regional uma vez que nem sempre o transporte provido pela prefeitura era suficiente ou atendia à necessidade do usuário, além da demora na entrega dos resultados de exames. Uma usuária relatou que realizou preventivo em Assis Brasil e esperou nove meses pelo resultado. Diagnosticada a lesão, foi aconselhada por profissionais da UBS a procurar tratamento particular em cidade peruana, já utilizado por outras usuárias. Exames de imagem e serviços odontológicos não disponíveis no município também eram procurados em serviços privados no Peru ou

na Bolívia. Profissionais das UBS encaminhavam para tratamento oftalmológico particular em Brasileia ou Rio Branco em função da alta demanda e de poucos profissionais disponíveis na rede pública.

Médicos ressaltaram a falta de recursos de Tecnologias de Informação e Comunicação em saúde que possibilitassem alguma integração com a atenção especializada, além da ausência de espaço para discussão e acompanhamento de casos. Algum tipo de contato interprofissional ocorria quando havia conhecimento pessoal prévio. Além disso, a

gestão estadual informou que, na secretaria estadual, também não havia integração entre os departamentos de saúde.

Emendas parlamentares representavam importante fonte de recursos para a saúde no estado. Outrossim, parte dos recursos eram investidos em ampliação de serviços de atenção especializada, na construção e reforma das UBS e aquisição de unidades fluviais para atendimento à comunidade ribeirinha.

O quadro 2 apresenta os enunciados relevantes a partir das narrativas dos informantes-chave da pesquisa segundo as categorias analíticas.

Quadro 2. Dez passos resumidos para equidade de gênero para encontros científicos da Wonca, 2010

Categorias	Enunciados
Território	A gente atende essa comunidade [migrante], que não está prevista né [...]. Só que aumenta ali uma demanda que você não tem que é até fora de área [...] vem se vacinar, vem tudo aqui no Brasil. Então aí a gente tem um gasto que não tá previsto porque eles não entram na nossa cobertura populacional então, por exemplo, um município que eu tenho de 17 mil habitantes, eu acabo atendendo 25 mil por que tem essa migração todos os dias. Ali em Assis Brasil então é direto. (G1). Assis Brasil em si, não é só Assis Brasil, responde às cidades bolivianas e peruanas indiretamente. Pelo fato de o Brasil atender de forma gratuita é o mais buscado. (P5 MED1). 1870 indígenas abrangendo os dois rios: Rio Acre e Rio Iaco. Todos os programas feitos na UBS são desenvolvidos lá dentro [aldeia]: colo do útero, pré-natal, teste do pezinho, Sisvan, palestra, tudo a gente faz lá dentro. Vai com dentista também. Aí nessa época do ano, que é o inverno, nós temos muita dificuldade para desenvolver essas ações lá, devido ao acesso ao ramal; a população maior é a de lá, do Rio Iaco. São 1100 quase 1200 indígenas lá e a nossa dificuldade é o acesso para desenvolver essas ações, às vezes temos de ir por Sena Madureira e passam oito dias para chegar lá, para desenvolver todas as ações. Aí lá, quando a gente tem algum problema para ser notificado, algum caso novo, são todos referidos para o município. O nosso médico não pode referir diretamente para Rio Branco. É Aldeia, o município é que faz essa transferência se for necessário, para Rio Branco. (G4).
Ações desenvolvidas pelas equipes e no território	O serviço de vacina, imunização é espontâneo... o dia que vier manhã ou tarde vai ser atendido. Da mesma forma curativo, procedimentos injetáveis... Já aí eu vou falar a parte do médico de segunda a sexta consulta manhã e tarde. Agora enfermagem dia de segunda manhã à tarde eu faço pré-natal. Dia de terça-feira manhã e tarde eu faço crescimento e desenvolvimento. Dia de quarta faz preventivo manhã e tarde. Dia de quinta pelo dia manhã e tarde. Dia de sexta pré-natal pela manhã à tarde eu faço reuniões e a produção semanal e também de segunda a sexta quando o agente de saúde vem e fala da necessidade de enfermeiro e médico aí nós vamos fazer visita. (P6). Temos um cronograma de atendimento para zona rural. O agente de saúde traz uma demanda e vamos com foco no número de famílias que moram no determinado local da zona rural. Esse ano nos fizemos um atendimento itinerante. E agora, nesse mês, temos atendimentos previstos para mais dois locais descobertos. As ações no interior duram cerca de 5 dias e contamos com o apoio das sedes das escolas e igrejas existentes no interior. (G2). Atividades que a gente faz é visita e trabalha com orientação. A orientação é para prevenir as doenças, é coisa rotineira. Quando eu vou visitar eu peço às vezes para essa pessoa para mim ver o quintal né, aí a gente limpa né eu juntamente com morador dou uma força para tirar o lixo, os dejetos... o que eu faço é orientar né, sobre alimentação saudável no caso verdura essas coisas, eu procuro sempre orientar as pessoas a evitar fritura né e ter o hábito mais do cozido, do caldo dessas coisas. E também buscar, perguntar se está fazendo acompanhamento direitinho, vacinação [...]. (P7).
Disponibilidade de medicamentos e realização de exames básicos	O exército que fornece medicação de vez em quando. Se você for lá no posto, a gente não tem a medicação básica na cidade. A gente fica de dois a três meses sem medicação [...] A medicação básica dificilmente tem aqui. Vem trinta dias certinho e três meses sem. (P8). Esse remédio é danado pra faltar. Não peguei [neste mês]. Não tinha medicamento. Aí eu tomei emprestado um cartão de crédito. Mas se não chegar no posto vai ser o jeito eu comprar. (U11). [Fiz os exames] na UBS. Tem exame que nem recebi ainda. Faz o exame e vai pra outro lugar, por isso ainda não recebi [...], fiz com 3 meses, mas até agora não chegou. (U12).

Quadro 2. (cont.)

Categorias	Enunciados
Disponibilidade de medicamentos e realização de exames básicos	Em fevereiro eu vim, fiz o exame, aí a enfermeira viu e não tinha nada, estava perfeito o colo do útero. Aí vão para a Secretaria, e lá eles mandam para fora para poder vir o resultado. Aí eu fiz no começo de fevereiro, passou; março, abril, maio, junho, julho e não chegava o resultado. Aí eu repeti em novembro, eu resolvi repetir o exame porque eu ia à Secretaria e não tinha o resultado, não chegava, eu não sei o que aconteceu. Aí eu repeti em novembro, e ela falou lá com a enfermeira e aí ela viu que já estava começando a lesão, aí ela já me encaminhou para o ginecologista. (U16).
Colaboração interprofissional interssetorialidade	O secretário firmou mais uma parceria não só com exército, mas exército, bombeiro todo um corpo macro de atendimento para gente fortalecer a atenção, porque eles têm outro tipo de transporte, então favorece a para a gente fazer a questão de atendimento nessas áreas [de difícil acesso]. A vigilância que tem muitas ONGs que trabalham numa área técnica específica de saúde mental [...] nas ações de saúde itinerante é onde vai o maior número de atores, não só de ONGs mas aí entra todas as outras secretarias. Entra a secretaria de cidadania, de esportes, o Ministério Público... é intersetorial. (G1). O paciente com hanseníase a gente consegue compartilhar o tratamento que estão realizando, como é que tá avançando [...] o pessoal do Estado vem, a coordenação, [...] nós vamos sentar com os técnicos do município aí... os diálogos são assim. (P6).
Estratégias para garantia da força de trabalho em saúde	O Mais Médicos melhorou [a oferta de serviços] mesmo com a gente trabalhando com pouco [...] as pessoas sabem que tem um médico na unidade. Falam até 'doutor, aqui de três a quatro anos atrás a gente tinha que conseguir uma consulta na unidade mista era uma luta, porque a única médica que tinha não estava'. O posto de saúde só funcionava com a equipe de enfermagem. (P8). Ficamos 4 meses sem médicos, conseguimos uma médica, mas acabou saindo, e ficamos mais 3 meses sem médicos, num total de 7 meses. (G2).
Acessibilidade aos serviços de APS	Mas em período de cheia, muitos pacientes que são ribeirinhos têm fácil acesso de barco; porque quando o rio tá seco fica mais difícil, mas o que a gente tem de dificuldade de acesso é no inverno amazônico por conta da chuva, da nossa população rural, que é ramal, não são pavimentados e aí fica tudo meio difícil [...]. (P9). Quando chove, não tem condições de chegar nos ramais, os pacientes, às vezes, chegam carregados por redes, temos que ter caminhonetes de tração para poder chegar, e muitas vezes não conseguimos, pois, o veículo acaba atolando por ter muita lama. [...] Há uns dois meses fui buscar uma paciente e o carro só conseguiu chegar até certo ponto, e a paciente teve que ser carregada durante duas horas para chegar até onde nós estávamos. (G2). Às vezes eles dizem que há muito tempo tão precisando, mas demora mais pra juntar um dinheirinho para pagar o transporte. No verão mesmo custa uma passagem 150, 50, 80; 100 reais que o moto taxi cobra para ir lá e trazer eles. É uma barreira financeira [...]. Tem área aí pra ir de carro cobram 500, 600 reais de passagem. E o lugar mais longe que é o Picuriã, 76 km. Um carro no inverno cobra 1.000 reais pra ir lá. É muito difícil o acesso. Muitos vêm a pé. Dois dias andando. (P6).
Serviços de saúde de referência para a APS	Inclusive nessa parte aí [atenção especializada] que é do estado, teve um concurso que foi feito para várias especialidades para serem lotados em Brasília [regional], mas esses profissionais não chegaram. Existe a previsão, o negócio é chegar. (G1). Em relação à atenção especializada a gente ainda tem muita dificuldade [...] é porque a gente tem número baixo de profissionais. É muito escasso com relação à demanda especializada. A gente tem município aqui que não tem nenhum pediatra nem ginecologista. Aí tem que ser referenciado para outro município ou a capital para poder ser regulado, então é uma espera muito maior. (G3). Elas pegam o transporte aqui mesmo na sede, pois o transporte não vai na zona rural, a não ser que seja caso de emergência [...] fazemos viagens na madrugada de segunda-feira para terça-feira, e na madrugada de quarta-feira para quinta-feira. Saímos 1h da manhã para chegar em Rio Branco as 7h, onde serão atendidos pelos especialistas [...] são 5 a 6 horas daqui para a capital. (G2). Uma estratégia para melhoria seria fortalecer as regionais com profissionais, aparelhagens etc. O que falta é planejamento [...] pela falta de planejamento acontece a confusão. Não por culpa de Rio Branco, mas se eu tivesse uma regional fortalecida, não sobriria tudo para Rio Branco. (G2).

Fonte: Elaboração própria com base nas entrevistas.

GE: Gestor Estadual | GR: Gestor Regional | GM: Gestor Municipal | ENF: Enfermeiro | MED: Médico | ACS: Agente Comunitário de Saúde | PPP: Pré-natal, Parto e Puerpério | CCU: Câncer de Colo do Útero | HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

Discussão

O caso estudado, que pode ser tomado como representativo de MMR da região amazônica, apresenta um território atravessado por diversas características que adicionam à organização

da APS desafios ainda mais complexos à gestão, ao processo de trabalho das equipes e ao acesso dos usuários aos serviços, entre os quais: o trânsito de estrangeiros e brasileiros pelas cidades de fronteira; a atenção às populações indígenas; a presença de áreas descobertas em

um contexto de precárias condições de vida; a grande extensão territorial; e as condições climáticas severas²⁷. Tais características, além da pressão assistencial por se tratar da única oferta assistencial no município, exigem das equipes aguçada competência cultural²⁸ e condições diferenciadas de trabalho para que o cuidado possa acontecer. Ainda assim, não foram identificadas políticas e ações para a organização da APS que atenda a tais especificidades territoriais, ficando as iniciativas formais e informais a cargo do nível local, com reconhecida insuficiência e grandes dificuldades para a manutenção e sustentabilidade²⁹.

A mobilidade transfronteiriça tem gerado grandes desafios aos gestores da saúde dos municípios do Acre e do Brasil³⁰. O atendimento a estrangeiros e a brasileiros deve ser ponderado pelo SUS em uma perspectiva de regionalização diferenciada para esses territórios com quantitativo expressivo de população flutuante, que busca acesso à saúde onde encontra respostas mais efetivas as suas expectativas de cuidado³¹. Os resultados mostram que, embora prevista na normativa, tal perspectiva de regionalização não está, de fato, implementada. Nesse contexto, profissionais da saúde enfrentam um dilema ético-profissional ante a insuficiência de recursos para atender à demanda local: não negar atendimento ao estrangeiro, tampouco deixar promover ações de combate a agravos recorrentes nos países vizinhos que geram visitas recorrentes às UBS³².

Observa-se importante papel de políticas indutoras nacionais para a qualificação da ESF, como os Nasf, presentes e atuantes, e Academia da Saúde. Ressalta-se que, em cenários de escassa disponibilidade de equipamentos de saúde, isolamento espacial e vulnerabilidade socioeconômica, tais dispositivos podem representar a única oferta de ações voltadas às práticas promocionais de saúde, bem como apoio matricial às EqSF³³, ameaçados pelo desfinanciamento federal.

Diversas foram as estratégias para ofertar APS no município, única oferta assistencial do SUS. O compartilhamento das ações entre

médicos e enfermeiros, mais que desejável³⁴, parecia ser uma necessidade imposta pelos períodos de vacância de médicos, que volta a representar um grave problema para a sustentabilidade da APS com o desmantelamento do PMM³⁵. A enfermagem desenvolve protagonismo no cuidado aos usuários com condições crônicas, como observado em outros contextos de ruralidade³⁶, o que deveria ser valorizado, incentivado e qualificado.

A organização das ações – principalmente, com base na demanda espontânea – é estratégica para atender a população das zonas rurais diante das imensas barreiras para o trânsito de pessoas, cujas possibilidades de deslocamento determinam o acesso aos serviços de saúde³⁷. Dessa forma, mesmo que as ações programáticas ainda exerçam influência na forma de os profissionais organizarem seus processos de trabalho na ESF³⁸, em contexto de ruralidade, podem amplificar as inúmeras barreiras de acesso.

As ações itinerantes são dispositivos para garantia de maior acesso aos cuidados nas zonas rurais de MRR. Já o envolvimento intersetorial, assim como a colaboração interprofissional, impõe-se como estratégia de sobrevivência da APS nos territórios rurais, com otimização do uso dos recursos públicos de diversas áreas. Interiores de MRR possuem populações isoladas e com extrema dificuldade de acesso, o que não se resolve somente com a existência de UBS rurais, e vinculam-se também a determinantes sociais da saúde e a condicionalidades, como: más condições das estradas no meio rural, muitas sem pavimentação; escassez de transporte para a locomoção das EqSF às localidades rurais; falta de transporte público; precário acesso aos meios de comunicação; e alta rotatividade de profissionais da saúde, em especial, o médico³⁹. De toda forma, a continuidade das iniciativas itinerantes dependia de investimentos em meios de transporte adequados para o deslocamento dos profissionais, essencial nesses cenários⁴⁰. Em um país desigual, continental, federativo como o Brasil, é necessário o reconhecimento

das piores condições de vida e de mobilidade que caracterizam os cenários de ruralidade, que exigem a ação articulada de vários setores da política, não efetivamente atendidas por políticas distritais/municipais. Nessa perspectiva, um dos desafios para a formulação de políticas de saúde para MRR é o necessário equilíbrio entre o reconhecimento das realidades e das iniciativas locais e o necessário protagonismo dos entes federal e estadual na condução e no financiamento.

A despeito dos esforços identificados para a organização e a manutenção da APS no território, a insuficiência de medicamentos básicos, em contexto de pobreza e de grande dependência dos programas de transferência de renda, representa um duro golpe para a resolutividade do cuidado na APS^{40,41}. Além de aumentar a pressão assistencial sobre as equipes, amplia as desigualdades em saúde ao condicionar a aquisição de remédios à capacidade individual de pagamento⁴¹.

As dificuldades de trafegabilidade, em parte, são determinadas pelas condições climáticas de áreas de floresta tropical⁴². Contudo, em geral, MRR são também áreas de menor dinamismo econômico e pior acesso ao conjunto de bens públicos, como saneamento, energia elétrica, políticas habitacionais e condições das estradas⁴³. Nesse sentido, apartado de uma concepção de desenvolvimento amplo e inclusivo para tais territórios, as iniciativas do setor saúde tornam-se parciais e incompletas, exigindo de profissionais, usuários e gestores locais a busca de soluções individuais e esparsas.

Apesar das inúmeras iniciativas para utilização dos recursos locais em saúde, a integração e a regionalização dos serviços na região, não diferente de outros cenários⁴⁴, eram insuficientes para atender à demanda por retaguarda terapêutica. Não obstante, parecia haver recursos especializados privados na região, indicado por profissionais na falta de perspectiva de consecução pelo SUS⁴⁵, ou seja, mesmo se tratando de um MRR, não havia completa ausência de

serviços especializados, mas indisponibilidade destes via oferta pública. Duas questões parecem ser prementes, certamente não apenas em contexto rural remoto, mas imprescindíveis nesses cenários: fortalecer as regiões de saúde para que cumpram a função de oferta de atenção ambulatorial especializada^{44,46}; e oferta irrestrita de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde como mediadores e qualificadores do cuidado, tanto para profissionais quanto para usuários, a exemplo do que já acontece em MRR de muitos países⁴⁷.

Como limitação do estudo, menciona-se que a análise apresentada se circunscreve a elementos do sistema formal de organização da APS, não considerando outros aspectos que se relacionam com os subsistemas informal e popular, também determinantes para uma compreensão mais ampliada do processo saúde-doença nesses territórios. Foram destacados os elementos mais relevantes na experiência e na percepção dos participantes da pesquisa que não encerram o conjunto de componentes organizacionais da APS, ainda que sinalizem seus principais êxitos e desafios a partir da experiência singular de Assis Brasil.

Considerações finais

Elementos relacionados com a saúde internacional devem ser considerados na organização da APS em localidades de fronteira, já que a linha fictícia que separa o território nacional não é suficiente para interromper relações sociais, culturais e econômicas que determinam a saúde no território. Em relação à atenção aos indígenas, o caso de Assis Brasil revela a necessária interação entre as políticas específicas para os povos indígenas e o SUS, sob pena de prevalecerem a desassistência, a inadequação e a incompletude do cuidado. A competência cultural, no caso de Assis Brasil, assume posição de atributo essencial da APS, quando à multiculturalidade é à particularidade do contexto.

Argumenta-se que MRR e suas populações somam vulnerabilidades econômicas, sociais e de acesso aos serviços de saúde, parcialmente atendidas pelas políticas nacionais, e que o ente municipal, sem o suficiente apoio e aporte de recursos estadual e federal, mantém arranjos possíveis para a provisão de APS, nem sempre afeitas aos princípios abrangentes que caracterizam a ESF. O estudo ratifica a incontestável necessidade de manutenção e aperfeiçoamento de políticas federais e estadual para provisão e formação de médicos para atuação em MRR; políticas de financiamento para o transporte sanitário; capacitação e insumos farmacológicos para que EqSF possam assumir maior protagonismo e resolutividade das ações; manutenção do financiamento federal das equipes de Nasf; implementação do telessaúde em suas diversas funcionalidades; valorização do escopo ampliado de práticas de enfermeiros e ACS; associados à premente necessidade de fortalecer arranjos regionais para oferta de retaguarda terapêutica em tempo oportuno. Ressalta-se que investimentos no setor saúde devem ser acompanhados por melhorias nas condições de vida.

Os achados do estudo reafirmam a necessidade de adaptação das políticas públicas às

realidades socio sanitárias dos territórios e populações rurais com vistas a, no campo da saúde, garantir o direito à atenção integral, universal e igualitária no SUS.

Agradecimentos

Almeida PF é Bolsista de Produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e agradece o apoio recebido para o desenvolvimento de estudos sobre o tema.

Colaboradores

Rodrigues KV (0000-0002-3493-8617)* foi responsável pela análise, interpretação dos resultados e redação do manuscrito. Almeida PF (0000-0003-1676-3574)*, Cabral LMS (0000-0001-6144-8050) e Fausto MCR (0000-0003-0746-3684)* foram responsáveis pela concepção, interpretação dos resultados, redação e revisão do manuscrito. Fausto MCR coordenou o estudo 'Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil'. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Zhao Y, Thomas SL, Guthridge SL, et al. Better health outcomes at lower costs: the benefits of primary care utilisation for chronic disease management in remote Indigenous communities in Australia's Northern Territory. *BMC Health Serv Res.* 2014 [acesso em 2020 nov 10]; 14:463. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/463>.
2. Wakerman J, Humphreys J, Russell D, et al. Remote health workforce turnover and retention: what are the policy and practice priorities? *Hum Resour Health.* 2019; 17:99.
3. World Health Organization. The Global health observatory. World Health Data Platform /GHO /Themes. Urban health. [acesso em 2020 nov 1]. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/urban-health>.
4. Portela GZ, Fehn AC, Ungerer RLS, et al. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(7):2237-2246.
5. Wakerman J, Bourke L, Humphreys JS, et al. Is remote health different to rural health? *Rural Remote Health.* 2017; 17(2):3832.
6. Strasser R. Learning in context: education for remote rural health care. *Rural Remote Health* 2016; 16:4033.
7. Scheil-Adlung X. Global evidence on inequities in rural health protection: new data on rural deficits in health coverage for 174 countries. 2015; ESS Doc. 47, International Labour Organization. Geneva: ILO; 2015. [acesso em 2020 nov 2]. Disponível em: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=51297>.
8. Ferreira MJM. Políticas públicas de saúde para as populações do campo: avanço e desafios para sua efetivação. In: Almeida DG, Viana Júnior MM, Chaves RLSC, et al., organizadores. *História, memória e conflitos territoriais no Ceará: comunidades do Tabuleiro de Russas*. Fortaleza: EdUECE; 2019. p. 151-159.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Cidades. Censo demográfico 2010. IBGE; 2017. [acesso em 2021 out 2]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/2017>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. 2017. [acesso em 2021 out 2]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>.
11. Le Tourneau FM. Sparsely populated regions as a specific geographical environment. *J Rural Stud.* 2020; 75:70-79.
12. Strasser R, Worley P, Cristobal F, et al. Putting communities in the driver's seat: the realities of community engaged medical education. *Academic Medicine.* 2015; (90):1466-1470.
13. Behera MR, Prutipinyo C, Sirichotiratana N, et al. Interventions for improved retention of skilled health workers in rural and remote areas. *Ann Trop Med Public Health.* 2017; 10(1):16-21.
14. Zhang X, Badee uz Z. Adoption mechanism of telemedicine in underdeveloped country. *Health Informatics.* 2020; 26(2):1088-1103.
15. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy-delivering community-based primary care in a universal health system. *New Engl J Med.* 2015; 372(23):2177-81.
16. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ.* 2017; 95(2):103-12.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Brasília, DF: IBGE; 2017. [acesso em 2020 set 17]. Disponível: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>.

18. Stake R. The art of case study research. Thousand Oaks: Sage; 1995. p. 49-68.
19. Fausto MCR, Cabral LMS, Braz HMR, et al. Assis Brasil, AC: Relatório final de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Índigenas: Gráficos e tabelas. Tabela Municípios com as maiores proporções de população indígena do País, por situação do domicílio, Acre. Brasília, DF: IBGE; 2020. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://indigenas.ibge.gov.br/graficos-e-tabelas-2.html>.
21. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality – The case for tracers. *New Engl J Med*. 1973; 288(4):189-94.
22. Fausto MCR, Oliveira AC, Bousquat A, et al. Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil: Projeto de Pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.
23. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12. ed. São Paulo, SP: Hucitec-Abrasco; 2010.
24. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):244-260.
25. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(sup12):e00099118.
26. Wakerman J, Humphreys JS, Wells R, et al. Primary health care delivery models in rural and remote Australia – a systematic review. *BMC Health Serv*. 2008; (8):276.
27. Soares RAS, Moraes RM, Vianna RPT, et al. Determinantes socioambientais e saúde: o Brasil rural versus o Brasil urbano. *Tempus*. 2015; (9):221-35.
28. Damasceno RF, Silva PLN. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. *J Manag Prim Health Care*. 2018 [acesso em 2021 jan 29]; (90). Disponível em: <https://jmphc.com.br/jmphc/article/view/435>.
29. Garnelo L. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(12):e00220519.
30. Cazola LHO, Pícoli RP, Tamaki EM, et al. Atendimento a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 29(3):185-190.
31. Lemões MMA, Lange C, Castro P, et al. Programa mais médicos na fronteira: gestão em saúde em cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai. *Rev Urug Enferm*. 2019; 14(1):38-48.
32. Costa EMS, Costa EA, Cunha RV. Desafios da prevenção e controle da dengue na fronteira Brasil/Bolívia: representações sociais de gestores e profissionais da saúde. *Physis*. 2019; 8(04):e280415.
33. Costa LA, Carneiro FF, Almeida MM, et al. Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. *Saúde debate*. 2019; 43(esp8):36-49.
34. Farias DN, Ribeiro KSQS, Anjos UU, et al. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. *Trab Educ Saúde*. 2017; 16(1):141-162.
35. Giovanella L, Bousquat A, Almeida PF, et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(10):e00178619.
36. Rosa BM, Silva BT, Sousa JIS, et al. Profile of the elderly resident of the rural area and the use of medicines. *RSD*. 2020; 9(10):e589108292.
37. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para popula-

- ções rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde e debate*. 2018; 42(esp1):81-99.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 21 Set 2017.
 39. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde debate*. 2018; 42(esp1): 302-314.
 40. Almeida LC, Souto MK, Nogueira GAMH, et al. Qualidade do cuidado: Avaliação da disponibilidade de insumos, imunobiológicos e medicamentos na Atenção Básica em município de Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019 [acesso em 2021 jan 29]; 14(41): 1900. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1900>.
 41. Pereira LL, Pacheco L. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. *Interface*. 2017; 21(supl1):1181-1192.
 42. Guimarães AF, Barbosa VLM, Silva MP, et al. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2020; 11:e202000178.
 43. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(6):e00213816.
 44. Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A. Organização da atenção primária à saúde no Brasil e os desafios para integração em redes de atenção. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2018. p. 51-72.
 45. Almeida PF. Atenção primária à saúde no Brasil e os 40 anos de Alma-Ata: reconhecer os desafios para seguir adiante. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(8):e00136118.
 46. Almeida PF, Giovanella L, Martins FMT, et al. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019; 24(12):4527-4540.
 47. Harper K, McLeod M, Brown SK, et al. Telemedicine service provided via tablet technology: 3-year outcomes and physician satisfaction. *Rural Remote Health*. 2019; 19(1):4743.

Recebido em 22/03/2021

Aprovado em 06/10/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Ministério da Saúde por meio do Termo de Cooperação 085/2015 no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Territórios Saudáveis e Sustentáveis: estratégias de cuidado para a saúde da população negra do campo em Caruaru/Pernambuco

Healthy and Sustainable Territories: health care strategies for rural black population in Caruaru/Pernambuco

Thaís Cecília dos Santos Brito¹, Bianca Cardoso Peixinho¹, Juliana Camargo de Faria Pirró², Rosane Suellen de Oliveira^{3,4,5}, Polyana Loureiro Ferreira de Carvalho¹, Diogivânia Maria da Silva⁶, Mariana Olívia Santana dos Santos¹

DOI: 10.1590/0103-1104202113106

RESUMO O processo sócio-histórico do Brasil é atravessado pelo racismo e pela questão agrária, visto que ambos fazem parte de uma mesma dimensão estrutural. Desse modo, a compreensão do racismo é elementar para apreender o processo de determinação social das desigualdades raciais em saúde. Esta pesquisa-ação teve como objetivo geral analisar a interferência do racismo no processo saúde-doença-cuidado de famílias negras do campo e, mais especificamente, descrever as atividades de intervenção do grupo de crianças. Foram utilizados dados primários: diários de campo e outros documentos elaborados pela Equipe de Residentes; e dados secundários: sistematização das ferramentas do Diagnóstico Rural Participativo na territorialização. Essa ação compartilhada entre profissionais residentes em saúde da família e moradores/as de um assentamento, localizado em Caruaru (PE), foi desenvolvida a partir da educação popular em saúde com foco na promoção à saúde e teve o enfrentamento ao racismo como eixo transversal. Nesse sentido, a equipe de Saúde da Família se mostrou instrumento potente de promoção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis a partir do enfrentamento do racismo em suas questões não biocentradas, com o uso de baixa tecnologia, transdisciplinarmente, fortalecendo as identidades negras e construindo saúde conforme preconizado nas políticas de saúde e nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

PALAVRAS-CHAVE Educação para a saúde comunitária. Saúde da população rural. Saúde das minorias étnicas. Desenvolvimento sustentável. Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT *The socio-historical process in Brazil is crossed by racism and the agrarian issues, as both are part of the same structural dimension. Thus, the understanding of racism is essential to apprehend the social determination process of racial inequalities in health. This action research had as general objective to analyze the interference of racism in the health-disease-care process of rural black families and, more specifically, to describe the children's group intervention activities. Primary data were used: field diaries and other documents prepared by the Resident Team; and secondary data: the Participatory Rural Appraisal as a tool of systematization in territorialization. This shared action between professionals residents in Family Health Care and settlement dwellers, located in Caruaru (PE), was developed from the popular health education focusing on health promotion and facing racism as a transversal axis. In this sense, the Family Health team is a powerful tool for promoting Healthy and Sustainable Territories by confronting racism in its non-biocentered issues, with the use of low technology, transdisciplinary, strengthening black identities and building health as recommended in health policies and the Sustainable Development Goals.*

KEYWORDS *Community health education. Rural health. Health of ethnic minorities. Sustainable development. Social Determinants of Health.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - Recife (PE), Brasil. cthaisbrito@gmail.com

²Universidade Federal de Alagoas (Ufal) - Alagoas (AL), Brasil.

³Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE) - Recife (PE), Brasil.

⁴Fundação Joaquim Nabuco (Fundaj) - Recife (PE), Brasil.

⁵Secretaria Estadual de Educação (SEE) - Recife (PE), Brasil.

⁶Centro Universitário Vale do Ipojuca (UniFapi) - Caruaru (PE), Brasil.



Introdução

Os dados preliminares do Censo Agropecuário de 2017 sobre produtores/as rurais no Brasil mostram a presença majoritária de negros/as (52%)¹. Em Pernambuco, a população negra soma 64,73% entre os/as produtores/as rurais. A maioria, porém, não representa equidade no acesso aos bens e serviços produzidos e autonomia política, posto que o agronegócio brasileiro perpetua a lógica colonial de *commodities* e concentração de terras².

As relações entre o racismo, enquanto ideologia que produz desigualdades, e a questão da terra, são alicerces da formação social do Brasil, e fazem parte de uma mesma dimensão estrutural. A estrutura fundiária no País é produto de um longo processo de colonização que priorizou a exploração das forças de trabalho africana e indígena como base para o desenvolvimento e a concentração de terras. Desse modo, é fundamental relacionar o fato de o Brasil ser o último país a abolir a escravidão, ser recordista em concentração de terras (1% dos proprietários rurais são donos de 45% das terras agricultáveis) e ter a maioria da população negra em condição de pobreza^{2,3}.

Na contemporaneidade, as desigualdades raciais se expressam de maneiras diversas. Estudos demonstram que o racismo institucional interfere no acesso aos serviços e na qualidade da assistência à saúde da população negra^{4,5}.

Por isso, a compreensão do racismo estrutural é elementar para apreender o processo de determinação social das iniquidades raciais em saúde, sendo importante destacar que tais iniquidades são uma das expressões do racismo enquanto sistema de exploração⁶. O conceito da determinação social da saúde é uma alternativa à compreensão dos ‘determinantes sociais em saúde’, que, segundo seus críticos, possui uma análise probabilística dos ‘riscos’ de adoecer, fragmentando a realidade e naturalizando as desigualdades⁷. Autores/as discutem a importância desse conceito para não recair no determinismo biológico ou histórico e buscar uma compreensão mediante

visão complexa e dialética da relação social-biológico e sociedade-natureza^{8,9}.

Apesar da coerência na crítica, ainda há limitação na compreensão das relações raciais enquanto fundantes da estrutura social brasileira. Por isso, é importante defender uma abordagem crítica da determinação social da saúde para que o racismo seja visto como problema central que se expressa no processo saúde-doença-cuidado⁶. Na pesquisa, foi preciso realizar mediações entre a urgência de reconhecer o racismo enquanto produtor de doenças e agravos; a importância de utilizar ferramentas que identifiquem as necessidades em saúde do território; e a necessidade de intervir com foco na promoção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis (TSS).

A saúde da família assume uma estratégia prioritária da Atenção Básica (AB), sendo um campo privilegiado para compreender as iniquidades raciais em saúde. Como previsto na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)¹⁰, a AB é a porta de entrada prioritária dos/as usuários/as na Rede de Atenção à Saúde (RAS); deve coordenar o cuidado; preza pela integralidade da assistência; estimula a criação de vínculo; tem base territorial e corresponsabilização do cuidado entre profissionais e usuários/as. A dimensão estritamente biológica e procedimental, superestimada nos serviços de média e alta complexidade, é desafiada pelas demandas de ordem social que os/as usuários/as levam a esses equipamentos de saúde¹¹.

No território, ocorrem as transformações e as relações entre as práticas sociais e seus efeitos na determinação social da saúde. O conceito de TSS na saúde coletiva pode ser direcionado de duas maneiras: uma relacionada às determinações teóricas e abstratas; e outra diretamente vinculada à determinação de relações sociais de um dado território, de forma que o processo de reprodução social territorializado e condicionado por fatores determinantes, ou pressupostos de sustentabilidade que conformam espaços e determinam características sociais dos territórios, poderão ou não promover saúde, segundo sua predominância, presença ou ausência¹².

Os TSS podem ser definidos como espaços relacionais e de pertencimento onde a vida é viabilizada, por meio de ações comunitárias e de políticas públicas que interagem entre si e se materializam em resultados para o desenvolvimento global, regional e local, nas dimensões ambientais, culturais, econômicas, políticas e sociais¹². Dada a importância da territorialidade na construção de TSS, essa pauta tem sido priorizada em diretrizes de políticas sociais e de desenvolvimento, o que inclui a AB e, mais recentemente, a negociação dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que compõem a chamada Agenda 2030, elaborada pela sociedade internacional com o respaldo da Organização das Nações Unidas (ONU)¹³.

Nessa perspectiva, este estudo foi desenvolvido e orientado a partir das necessidades do território. Para isso, salientam-se as permanentes interlocuções entre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCFA)¹⁴, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)¹⁵ e os ODS da ONU. O presente artigo teve como objetivo geral analisar a interferência do racismo no processo saúde-doença-cuidado de famílias negras que vivem no campo e, mais especificamente, descrever as atividades de intervenção realizadas no grupo de crianças a partir da educação popular em saúde, tendo o enfrentamento ao racismo enquanto eixo transversal.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa-ação realizada durante processo formativo no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase nas populações do campo (RMSFC-UPE). A pesquisa foi realizada no assentamento do distrito de Cachoeira Seca, zona rural de Caruaru, próximo às cidades de Toritama e Santa Cruz; região conhecida como polo de confecções do agreste pernambucano.

O assentamento é formado por 25 famílias de maioria negra. Tal afirmação política advém,

sobretudo, do fenótipo e das experiências de racismo relatadas pelas famílias durante os atendimentos da Equipe de Residentes (ER)^{16,17}. Esses relatos orientaram as escolhas da ER na elaboração das estratégias de cuidado. Entre elas, o grupo de crianças foi o trabalho comunitário mais duradouro e com maior adesão, justificando sua escolha para este estudo.

A ER foi composta por profissionais com diferentes formações: educação física, farmácia, fisioterapia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. A equipe de Saúde da Família (eSF) contava com médica, enfermeira, técnica de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde.

A pesquisa-ação teve três momentos: i) territorialização, ii) intervenção e iii) análise, conforme detalhado:

i) **Territorialização:** utilizou-se o Diagnóstico Rural Participativo (DRP), metodologia na qual a comunidade constrói seu próprio diagnóstico, servindo de instrumento para coleta de dados, estímulo ao autocuidado comunitário e orientação para o planejamento da ação política¹⁸. A ferramenta do DRP escolhida foi o mapa falado, em que os comunitários desenharam seu território de acordo com suas percepções de espaços e dispositivos de integração sociocultural disponíveis. Após a elaboração do mapa, os comunitários identificaram os fatores de risco e proteção à saúde e à vida no território, o que permitiu compreender a dinâmica do território em seus arranjos, identidades e necessidades de saúde.

ii) **Intervenção:** A intervenção foi desenvolvida mediante processos formativos e estratégias de cuidado participativas e horizontais, conduzidos pela ER e por profissionais da ESF, voltados às crianças da comunidade. Foram realizados 22 encontros, com duração de 2 horas, em média, durante o período de julho de 2017 a fevereiro de 2019. Os encontros contavam, em média, com a presença de 15 crianças na faixa etária de 2 a 10 anos

de idade. Um dos encontros oportunizou a avaliação do grupo de crianças a partir da percepção dos seus responsáveis.

A partir do DRP as atividades educativas foram construídas e orientadas metodologicamente pela Educação Popular em Saúde (EPS). A EPS, enquanto ferramenta político-pedagógica, propõe o desenvolvimento de novas relações com base no diálogo, na valorização do saber popular e na busca da inserção na dinâmica do território, tendo a identidade cultural enquanto alicerce do processo de educação^{19,20}. Nesses espaços, o brincar foi empregado como estratégia de promoção de TSS, considerando o combate ao racismo enquanto eixo transversal. Foram utilizadas como estratégias pedagógicas as seguintes técnicas: vivenciais, audiovisuais, rodas de conversa e oficinas.

iii) Análise: As etapas anteriores permitiram a produção de banco de dados formado pelos documentos: diários de campo²¹, trabalhos de conclusão de residência, livro de registro de atividades, relatórios, fotos e atas de reuniões. Esses instrumentos possibilitaram o registro das atividades de acordo com a percepção de quem as constrói, propiciando uma prática reflexiva a partir da/o autora/or, com os detalhes percebidos em suas múltiplas dimensões e inter-relações²¹. Foi realizada leitura exaustiva de todo material, organização em planilhas do

Excel e oficinas para discussão dos resultados entre a equipe, construindo um diálogo com o referencial teórico. As atividades foram descritas considerando como categorias as temáticas e atividades desenvolvidas, os objetivos principais, a data de realização e o número de participantes. Os dados levantados no DRP foram base para a sistematização dos elementos promotores e ameaçadores da vida dos comunitários segundo a matriz teórica de Breilh²². Essa análise permite identificar vulnerabilidades e potencialidades existentes no território.

O estudo faz parte do projeto Análise do desenvolvimento e aplicação do conceito de TSS na Região do Semiárido brasileiro de Pernambuco, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob número 31982820.3.0000.5190.

Resultados e discussão

Elementos promotores e ameaçadores da saúde e da vida no território

As particularidades e dinâmicas das famílias negras do assentamento orientaram a leitura realizada do território. O *quadro 1* apresenta a síntese dos elementos promotores e ameaçadores da saúde e da vida identificados:

Quadro 1. Elementos que promovem e ameaçam a saúde e a vida da comunidade estudada, PE, 2020

Elementos que promovem a saúde e a vida	Elementos que ameaçam a saúde e a vida
1. Tradição de atividade produtiva, agricultura;	15. Dificuldade de acesso aos serviços sociais e de saúde no município de residência;
2. Relação familiar matricentrada;	16. Ausência de políticas públicas para agricultura familiar;
3. Rede de apoio social comunitária;	17. Precarização e instabilidade do trabalho;
4. Existência de práticas tradicionais de saúde;	18. Doenças e agravos em saúde dos/as trabalhadores/as do ramo da confecção;
5. Grande parte das famílias são beneficiárias do Programa Bolsa Família;	19. Presença de pessoas com Transtornos Mentais Comuns (TMC);
6. Assentamento possui um campo de futebol;	20. Problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
7. Utilização de fossa séptica;	21. Uso indiscriminado/abusivo de medicamentos controlados;
8. O assentamento possui duas cisternas comunitárias;	22. Frágil organização comunitária e descaracterização política do território;
9. Comunidade coberta por Unidade de Saúde da Família;	23. Trabalho infantil;
10. Interesse e envolvimento das famílias e crianças em participar das atividades;	24. Coleta de lixo insuficiente;
11. Interação com a comunidade e seus equipamentos;	25. Poluição do rio decorrente do polo de confecções;
12. Oferta de local pela comunidade para realização das atividades;	26. Ausência de rede de esgoto e de água;
13. Equipe de residentes em formação voltada para a saúde do campo;	27. Transporte coletivo insuficiente;
14. Acompanhamento da coordenação da instituição de ensino no desenvolvimento do projeto;	28. Falta de iluminação e infraestrutura públicas;
	29. Insuficiência de dispositivos de lazer;
	30. Presença de animais errantes e disseminação de zoonoses;
	31. Insuficiência de políticas para convivência com o clima no semiárido;
	32. Ausência de creche, alto índice de evasão escolar e analfabetismo;
	33. Violência;
	34. Não reconhecimento da identidade racial;
	35. Racismo institucional.

Fonte: Elaboração própria.

Durante muito tempo, a agricultura foi a principal atividade produtiva dessa região, estabelecendo-se não apenas enquanto atividade econômica, mas, também, nos modos de vida e nos processos de subjetivação. Porém, devido à ausência de condições para o trabalho no campo, como os longos períodos de estiagem e ausência de políticas públicas que viabilizassem a produção agrícola, a indústria de confecção tornou-se predominante na economia local (*quadro 1* – Itens 16 e 31). Apesar disso, tal herança subjetiva expressa a convivência com um *éthos* agricultor/a que se apresenta por meio de costumes, valores e tradições, imersos às práticas e seus efeitos tanto nos modos de gerir a vida como na relação consigo e com seus pares (*quadro 1* – Item 1).

A produção têxtil, além de não garantir direitos trabalhistas e previdenciários,

não oferece condições adequadas ao/à trabalhador/a, visto que o trabalho é altamente fragmentado, não ergonômico, com estrutura precária, baixa luminosidade e jornada de trabalho estendida, chegando a mais de 12 horas por dia. O pagamento é realizado unicamente por produção, cuja remuneração equivale a centavos por peça²³. Segundo dados do DRP, uma das famílias recebia 20 centavos por cada zíper costurado no jeans, e, por isso, todos se envolviam na produção, incluindo crianças e idosos (*quadro 1* – Itens 17 e 18).

O trabalho precarizado contribuiu para a fragilidade na organização comunitária, apesar desta ter sido apontada pelas famílias como imprescindível para a garantia de direitos e resolução de questões do território. A instabilidade do trabalho informal influencia diretamente as condições de vida e saúde dessas

populações e expõe os/as trabalhadores/as a jornadas intensas, com pouco tempo e recurso para cuidados em saúde²³. Como consequência desse contexto, identificaram-se adoecimentos e agravos de ordem física, como infecção urinária, problemas de coluna, dores nos membros superiores e inferiores; e psicossocial, como ansiedade, depressão, trabalho infantil, insegurança alimentar e conflitos familiares, intensificados pela sobreposição dos ambientes familiar e laboral (*quadro 1* – Item 18).

As famílias do assentamento são ampliadas, não atendendo a um padrão nuclear/casa. Era comum encontrar membros de uma mesma família no território, mãe, irmãs, cunhadas e tias. Essa relação familiar matricentrada se apresentava nas potencialidades para o cuidado coletivo, evidenciando uma importante rede de apoio social. A organização matricêntrica dialoga e ao mesmo tempo reflete aspectos do patriarcado, contribuindo, assim, para valores coletivos e cooperativos, extrapolando o sentimento individualista e competitivo, o que confere à mulher posição, também, de autoridade²⁴. Essa configuração do assentamento fortaleceu os trabalhos comunitários e as estratégias de cuidado coletivo (*quadro 1* – Itens 2 e 3).

Outro fator de proteção desse território é a existência de práticas tradicionais de saúde. A espiritualidade e a relação com a terra transpareciam na figura da benzedeira da comunidade, a mesma que cultivava uma pequena horta com plantas medicinais e algumas frutíferas no seu quintal, sendo reconhecida por seus saberes e cuidados (*quadro 1* – Item 4). As práticas populares são formas concretas de resistência dos povos do campo aos efeitos destrutivos da modernidade industrial e à hegemonia da medicina ocidental, além de muitas vezes ser a única alternativa de cuidado devido à dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde^{25,26}. O uso de chás, tinturas e benzimento enquanto alternativas de cuidado frente ao sofrimento mental e físico é realizado concomitantemente ao uso de medicamentos psicotrópicos²⁷, superando a lógica da medicalização enquanto um

dos únicos dispositivos de cuidado ofertados às populações do campo.

A maioria das famílias era beneficiária do programa bolsa família e exercia o trabalho na costura para complementar a renda, principalmente na retirada de sobras de linhas – ‘pelos’ do jeans (*quadro 1* – Item 5). Nos períodos de muito serviço, era comum observar as mulheres e crianças em círculos, sentadas no chão ou em cadeiras, reunidas para a tarefa coletiva de retirar os ‘pelos’. As famílias também realizavam o trabalho de passar ferro nos bolsos do jeans, e trabalhavam juntas, de modo intensivo, nos dias marcados para entrega da mercadoria. Nem sempre o pagamento era realizado de imediato. Poucas eram as famílias do assentamento que possuíam máquina de costura e/ou sabiam costurar, e isso explica a realização de serviços menos complexos, que requerem como instrumento apenas tesoura.

As condições de desproteção social, exposição a longas jornadas de trabalho e irregularidades na manutenção dos equipamentos, além da não utilização de equipamentos de proteção individual e coletivos propiciam o desgaste precoce e o consequente adoecimento dos/as trabalhadores/as²³.

De acordo com o DRP, as terras desse assentamento foram ocupadas em 1997, e, em 1999, foi concedida a posse, sendo assentadas 25 famílias. Tensões geradas durante a negociação com o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) culminaram na não organização do assentamento em agrovilas e parcelas, estruturas típicas no processo de posse da terra, onde as casas são construídas e onde a prática agropecuária é realizada, respectivamente. Apesar do não ordenamento, algumas famílias resistiam e plantavam em terrenos ainda não ocupados, bem como nos próprios quintais. A descaracterização política do território, em que parte dos/as assentados/as não conhece a fundo a história local, faz com que o lugar seja denominado como ‘Sem Terra’.

O assentamento possui um campo de futebol, duas oficinas e uma mercearia. O campo de futebol e a mercearia são equipamentos

importantes para a interação entre e/com a comunidade, facilitando o desenvolvimento de atividades coletivas, aspectos importantes para promoção da qualidade de vida. As ruas não eram pavimentadas, e a coleta de lixo ocorria apenas duas vezes por semana, por isso, era possível visualizar resíduos acumulados, inclusive retalhos de jeans. O rio que atravessa o assentamento é poluído pelas lavanderias da indústria do jeans, o que o tornava azul escuro e fétido. Não havia rede de esgoto, mas algumas casas possuíam fossa séptica. Poucas famílias tinham cisternas próprias, fragilidade amenizada por meio de duas cisternas comunitárias, abastecidas pelo exército semanalmente. Porém, ainda era necessário armazenar água em baldes e garrafas de plástico de forma individual, que comumente se tornavam foco de mosquitos transmissores de doenças zoonóticas, a exemplo das arboviroses (*quadro 1* – Itens 6, 7, 8, 24, 25, 26 e 30).

Outras necessidades e demandas identificadas no território foram as seguintes: transporte coletivo insuficiente, sendo as *toyotas* (carros privados que oferecem serviço de transporte) as mais utilizadas; distância e dificuldade de acesso aos serviços socioassistenciais; insuficiência da assistência à saúde bucal; falta de iluminação e infraestrutura pública; fragilidade na vigilância em saúde; presença de animais errantes e/ou portadores de zoonoses; insuficiência da assistência técnica rural e de políticas para convivência com o semiárido; ausência de creche; alto índice de evasão escolar, analfabetismo e desemprego (*quadro 1* – Itens 15, 27, 28, 29, 30 e 31).

No que tange à saúde mental, o diagnóstico permitiu identificar a presença de pessoas com Transtornos Mentais Comuns (TMC), como insônia, ansiedade e estresse; problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas; uso indiscriminado/abusivo de medicamentos controlados (benzodiazepínicos etc.) e situação de isolamento social, estando em consonância com a sintomatologia encontrada em pesquisas junto às populações do campo brasileiro^{28,29}. De acordo com elas, tanto o isolamento quanto

a exposição frequente a situações de violência podem causar sintomas psicossomáticos e uso abusivo de álcool e outras drogas (*quadro 1* – Itens 19, 20 e 21). Além disso, a saúde mental é impactada quando ocorre violação dos direitos ou exclusão de oportunidades de educação e geração de renda²⁷.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), há uma relação entre situações de vulnerabilidade e problemas de saúde mental, verificando-se associação entre transtornos mentais com condições de vida e de trabalho precárias³⁰. Nesse sentido, as questões sócio-históricas têm repercussões na saúde mental da população do campo, na medida em que seu local de vida e trabalho é ameaçado constantemente pela degradação ambiental e pela pobreza, sendo palco de conflitos e lutas por direitos²⁹.

A violência é uma categoria de extrema importância para compreender a experiência de famílias negras, haja vista a exposição a episódios aniquiladores diante das instituições do Estado e das relações estabelecidas socialmente. A política centrada na morte, ou a soberania expressa “no poder de ditar quem pode viver e quem deve morrer”³¹⁽⁵⁾ são alicerces do conceito de necropolítica. No território, foram identificadas situações de êxodo por violência e histórico comum de mortes por homicídio; cárcere prisional sem julgamento, decorrente de pequenos delitos; exposição ao racismo institucional na escola, no sistema de saúde e no judiciário; relações de conflito entre os membros do assentamento; violência intrafamiliar e dificuldades em expressar afetividade; além de situações de não reconhecimento da identidade racial e autodepreciação, a exemplo de alisamento de cabelos crespos em crianças e preferência por filhos negros de pele clara³² (*quadro 1* – Item 33 e 35).

Apesar das dificuldades encontradas nesse território, é possível reconhecer a presença da integração local e de suporte social existentes no assentamento, podendo ser elencados enquanto fatores de proteção à saúde mental, impactando positivamente a vida dos/as comunitários/as (*quadro 1* – Item 3).

A cobertura pela Unidade de Saúde da Família (USF), aliada à ER em saúde do campo, apresentou potencial para a ampliação do cuidado, bem como a possibilidade de maior vínculo com a eSF (*quadro 1* – Itens 9 e 13). O acompanhamento supervisionado pela coordenação da RMSFC contribuiu para pensar em estratégias territorializadas e articuladas com outros dispositivos da saúde e intersetoriais, a exemplo do mutirão de saúde bucal realizado no assentamento, da articulação com a vigilância para a vacinação dos animais errantes e da articulação com a arquidiocese para políticas de convivência com semiárido (*quadro 1* – Itens 12, 13 e 14).

Diante dos processos protetores e ameaçadores da saúde e da vida, foram planejadas atividades individuais e coletivas que buscaram reconhecer no território suas particularidades, situando a experiência das famílias negras do assentamento nas relações hegemônicas de poder, que são orientadas pela necropolítica e pela negação do racismo enquanto produtor de desigualdades.

Estratégias de cuidado: a experiência do grupo das crianças

Apoia-se no entendimento de cuidado como parte do trabalho em saúde e, além disso, enquanto dimensão da vida que se realiza no encontro. Assim, as práticas de cuidado não podem ser entendidas apenas enquanto ações, mas enquanto atitude ética que envolve preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo para com o/a outro/a²⁸.

O cuidado também está fundamentado na dimensão política da determinação social e da EPS, visto que a relação horizontal, dialógica, baseada na autonomia e na problematização, gera consciência crítica e fortalecimento comunitário, contribuindo para que a população, a partir desse cuidado, engaje-se em um processo de transformação não só individual, mas, também, comunitário e social²⁰.

Nesse sentido, as razões para criação do grupo foram multifacetadas. Envolveram a

ausência de atividades de lazer e de creche, a presença de trabalho infantil, atraso no desenvolvimento motor e cognitivo, queixa sobre a desobediência e agressividade de algumas crianças, bem como a receptividade e o engajamento comunitário para que as atividades fossem possíveis.

Desde o primeiro momento, o local definido para reunião do grupo foi a frente de uma das casas, que também era o bar e a mercearia do assentamento, espaço cedido por uma das moradoras. A área era coberta por telhas Brasilit, o que proporcionava sombra, apesar do calor, e permitia maior conforto. Na realização das atividades, a ER e as crianças costumavam se sentar no chão, em formato de círculo, buscando maior horizontalidade e interação.

Os temas dos encontros eram escolhidos a partir do processo contínuo de avaliação sobre as demandas prioritárias e as possibilidades de intervir diante delas. Buscou-se promover o potencial dos atores sociais do território para o engajamento no processo de aprendizagem, a partir da EPS, o que permitiu as sugestões das crianças e dos seus responsáveis. As atividades desenvolvidas e as temáticas abordadas estavam alinhadas aos seguintes ODS: saúde e bem-estar; igualdade de gênero; redução das desigualdades; cidades e comunidades sustentáveis¹³.

Através do brincar, essa intervenção possibilitou diálogos e reflexões sobre a determinação social no processo saúde-doença-cuidado; exercício da criatividade, criticidade e autonomia; estímulo à sociabilidade e o desenvolvimento neuropsicomotor das crianças. O racismo e suas múltiplas facetas foi priorizado em todos os encontros, sendo elemento transversal nas atividades desenvolvidas, a partir da compreensão de que é impossível atingir os ODS sem combater as desigualdades raciais.

O *quadro 2* descreve as atividades desenvolvidas, temáticas principais, objetivos, datas de realização e número de participantes de cada encontro.

Quadro 2. Temáticas e atividades desenvolvidas no grupo de crianças do assentamento no período de junho de 2017 a janeiro de 2019

Temática	Atividades desenvolvidas	Objetivos principais	Data de realização	Nº de Participantes
1. Alimentação Saudável	1.1. Dinâmicas de mito ou verdade sobre os alimentos e suas características; alimentos ultraprocessados x comida de verdade; lanche saudável.	1.1. Discutir a importância das escolhas alimentares e do equilíbrio de nutrientes variados na dieta, atentando ao contexto de vulnerabilidade socioeconômica e à disponibilidade regional de alimentos.	15/06/2017	10
2. Racismo e suas interfaces	2.1. Contação de história 'Menina bonita do laço de fita' associado a pintura.	2.2. Promover um debate reflexivo sobre as diferentes formas de racismo e suas implicações na saúde das crianças.	19/07/2017	12
3. Saúde Bucal	3.1. Dinâmica dos dentes e alimentos amigos da saúde bucal; Avaliação da condição de saúde bucal das crianças; distribuição de <i>kit</i> bucal com orientação de uso e pintura de desenhos na temática.	3.2. Discutir a importância da alimentação e dos hábitos de higiene bucal na manutenção da saúde; orientar a escovação das crianças; ofertar o <i>kit</i> bucal às crianças.	19/07/2017	20
4. Afeto e aspectos emocionais	4.1. Dinâmica da árvore dos afetos.	4.2. Discutir afeto e suas formas de resistência no contexto de vulnerabilidade socioeconômica.	22/08/2017	10
5. Arboviroses e determinação social	5.1. Teatro de fantoches (Mosquivaldo), pintura de desenhos relativos à temática e jogo de perguntas e respostas.	5.2. Discutir o adoecimento pelas arboviroses e o processo de determinação social e racismo ambiental.	13/09/2017	15
6. Aspectos Motores	6.1. Oficina de massinha de modelar, oficina de pinturas, jogo pega-varetas.	6.1. Estimular o desenvolvimento dos aspectos motores (lateralidade, coordenação global e fina, refinamento manual) e uma atividade de lazer.	18/10/2017	13
7. Aspectos Cognitivos	7.1. Jogos de quebra-cabeça, jogo pega-varetas, contação de história.	7.1. Estimular o desenvolvimento dos aspectos cognitivos (raciocínio lógico, memória, atenção e concentração).	21/11/2017	15
8. Expressão dos afetos	8.1. Jogo de tabuleiro gigante com prendas direcionadas ao afeto e roda de massagem.	8.1. Estimular a troca de afeto, as trocas sensoriais, interação social e coordenação motora global.	13/12/2017	12
9. Reunião de avaliação do Grupo de crianças com participação dos responsáveis	9.1. Roda de conversa com os responsáveis na unidade de saúde e com as crianças no território.	9.1. Proporcionar um espaço de avaliação do grupo, sua organização e objetivos em uma devolutiva voltada para o seu aperfeiçoamento.	18/01/2018	7
10. Sentidos	10.1. Caixa dos sentidos	10.1. Estimular os sentidos através de brincadeiras, como, por exemplo, a caixa de estereognosia.	12/02/2018	12
11. Aspectos sociais	11.1. Contação de história.	11.1. Auxiliar no desenvolvimento dos aspectos sociais (respeito às regras, respeito ao próximo); interação social.	15/03/2018	14
12. Percepção corporal/imagem corporal	12.1. Autodesenho na cartolina e roda de conversa sobre autopercepção.	12.1. Estimular a percepção das crianças quanto à construção da sua identidade e respeito sobre os diferentes fenótipos e outras características corporais.	11/04/2018	15
13. Verminoses	13.1. Montagem do quadro de hábitos de higiene e cuidados em saúde para prevenção de helmintoses.	13.1. Orientar as crianças no cuidado e na prevenção de helmintoses, de maneira contextualizada.	26/04/2018	20
14. Jogos tradicionais e cooperativos	14.1. Oficina de ginástica rítmica e construção de materiais.	14.2. Educar para a livre expressão corporal e consciência corporal; além de estimular a cooperação, a criatividade e a comunicação entre as crianças.	16/05/2018	13
15. São João	15.1. Quadrilha Junina e banquete junino.	15.2. Fortalecer os laços comunitários e da cultura regional.	13/06/2018	25

Quadro 2. (cont.)

Temática	Atividades desenvolvidas	Objetivos principais	Data de realização	Nº de Participantes
16. Horta orgânica	16.1. Construção de horta orgânica com uso de materiais de baixo custo/recicláveis.	16.2. Estimular a alimentação saudável, a relação com a terra e o pertencimento ao território do campo.	15/08/2018	10
17. Meio ambiente e Sustentabilidade	17.1. Oficina de brinquedos feitos com materiais recicláveis (rolos de papel higiênico vazios, tampinhas e garrafas pet, palitos de churrasco e papel usado).	17.2. Discutir o papel da comunidade na promoção de um ambiente mais saudável e na diminuição do acúmulo de resíduos sólidos a partir de sua reutilização pela reciclagem.	17/09/2018	16
18. Dia das crianças	18.1. Caça ao tesouro, lanche e entrega de lembrancinhas; roda de capoeira Angola.	18.2. Proporcionar um ambiente de lazer e saúde mental para as crianças e suas famílias a partir de brincadeiras que estimulassem a coletividade e o trabalho em equipe; resgate das ancestralidades negras através da discussão sobre a capoeira e sua relação com a história do povo negro.	11/10/2018	26
19. Mês da consciência negra	19.1. Oficina de pinturas com inspiração tribal africana; Oficina de turbantes e amarrações.	19.2. Discutir o histórico de formação da nossa sociedade escravocrata e valorizar a cultura e a resistência do povo negro, enaltecendo aspectos estéticos, musicais, de dança e luta.	14/11/2018	12
20. Leitura coletiva	20.1. Contação de histórias com temáticas diversificadas.	20.2. Desenvolver o hábito da leitura como forma de ampliar a visão de mundo, vocabulário e a capacidade interpretativa crítica.	13/12/2017	12
21. Férias e lazer	21.1. Oficina de boliche feito com garrafa pet e latas.	21.2. Abordar o direito ao lazer, ao brincar e às férias, trazendo alternativas de brincadeiras contextualizadas.	07/01/19	15
22. Bloco da saúde	22.1. Oficina de máscaras e marchinha de carnaval. Exposição de standarte.	22.2. Promover o fortalecimento dos laços comunitários e da cultura regional.	04/02/2019	17
23. Encontro de encerramento.	23.1. Exposição das atividades do grupo em um mural. Festa de encerramento com brincadeiras e avaliação do grupo.	23.2. Confraternizar e resgatar as atividades desenvolvidas durante todos os meses entre os residentes e as crianças.	23/02/2019	25

Fonte: Elaboração própria.

De modo geral, as temáticas buscaram ampliar a percepção ambiental e a identificação com o território; promover o conhecimento acerca do cuidado em saúde das crianças e das famílias; estimular o desenvolvimento neuropsicomotor e social; promover a cidadania; fortalecer os vínculos afetivos comunitários e familiares e a identidade negra das crianças, impulsionando a autoestima e o resgate à ancestralidade.

As atividades dedicadas a valorizar alimentos pouco processados e regionais e o estímulo à produção da horta agroecológica buscaram considerar tanto os efeitos do alto consumo de agrotóxicos e transgênicos para a saúde,

como a sindemia global de obesidade, desnutrição e mudanças climáticas, consequências do sistema de produção alimentar do agronegócio (*quadro 2 – Item 1*). Compreende-se que, além de orientar sobre a importância da alimentação saudável, também é preciso estimular o contato com a terra e a defesa da agroecologia como estratégia de fortalecimento da saúde no campo³³.

Os dados epidemiológicos apontam a vulnerabilidade da população negra, visto que as doenças de maior prevalência para esse grupo estão relacionadas a fatores genéticos agravados por questões ambientais, como hipertensão arterial e diabetes mellitus. Enquanto na população branca a morte por

hipertensão esteve estável entre 2005 e 2012 e a morte por diabetes diminuiu entre 2000 e 2012, para a população negra e indígena, essa taxa recrudesciu³⁴.

As questões que se referem ao meio ambiente, às injustiças ambientais e implicações do racismo ambiental na saúde de populações vulnerabilizadas também orientaram as atividades realizadas no grupo. O conceito de racismo ambiental coloca o processo de condução estatal econômica e política como produtor de desigualdades³⁵. Apenas 32,8% dos domicílios rurais estão ligados à rede de distribuição de água, o que influencia direta e indiretamente o surgimento de Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI)³⁶. A ausência de abastecimento de água, esgotamento sanitário e tratamento de resíduos sólidos adequados contribui para o genocídio da população negra e configura uma das faces do racismo ambiental que, no Brasil, resulta na morte de uma pessoa negra por DRSAI a cada uma hora e meia³⁷.

As comunidades afetadas e seus aliados democráticos possuem capacidade de enfrentar esses e outros conflitos ambientais, o que está diretamente relacionado à produção de saúde nos territórios. As mobilizações por justiça ambiental lutam em prol da autonomia das comunidades, de suas culturas e do direito à manutenção de suas subsistências. A produção do conhecimento contra-hegemônico é essencial para que essas mobilizações ganhem força nas disputas de poder epistemológico. Combater as manipulações e as incertezas daqueles que produzem injustiças ambientais através do fortalecimento da produção compartilhada de conhecimento e da mobilização de comunidades é uma potente estratégia no enfrentamento^{38,39}.

Nesse sentido, enfatizou-se a discussão sobre o saneamento básico e sua importância para a promoção da saúde, considerando a dificuldade de acesso dessa comunidade aos serviços de infraestrutura, instalações operacionais de limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos, drenagem e manejo das

águas pluviais urbanas, esgotamento sanitário e abastecimento de água potável³⁷.

Por isso, a importância de estimular a percepção das crianças acerca do território e a criticidade frente às problemáticas ambientais, em uma educação ambiental implicada na busca de justiça ambiental⁴⁰. O teatro de fantoches (*quadro 2* – Item 5), que teve como personagem o ‘Mosquivaldo’, representação lúdica do mosquito *Aedes aegypti*, permitiu discutir a forma como as intervenções estatais no enfrentamento às arboviroses culpabilizam a população, enquanto negam a negligência do Estado frente à determinação social da saúde⁴¹. Ainda na temática ambiental, desenvolveu-se a montagem de um painel com imagens de hábitos relacionados à prevenção e ao controle de helmintíases (*quadro 2* – Item 13). Realizaram-se oficinas de reciclagem para construção de brinquedos, discutindo como o descarte adequado e o reuso de resíduos sólidos contribuem para um território mais saudável e sustentável (*quadro 2* – Item 17).

No campo das relações sociais, foi fundamental considerar o legado da violência colonial e suas implicações contemporâneas⁴² na afetividade das famílias negras, devido ao contraste que a violência produz entre a repressão às emoções, como mecanismo de defesa, e a solidariedade comunitária como estratégia cotidiana de sobrevivência. No grupo das crianças, além das situações em que o afeto foi tema central do encontro, a prática da amorosidade²⁰ era estimulada por intermédio dos abraços coletivos e da expressão das emoções e dos sentimentos, o que influenciou nas relações das crianças não somente entre si, mas também com os familiares e a comunidade (*quadro 2* – Item 8).

As razões históricas que incidem na afetividade interferem no processo de autonegação do corpo negro, o que alimenta a busca do embranquecimento, gerando baixa autoestima e insegurança desde a infância¹⁷. No primeiro encontro, em que foram levadas imagens de referências negras para as crianças pintarem, surgiram questionamentos com relação à

beleza dessas referências e a rejeição para realizar as pinturas (*quadro 2* – Item 2). Em outro momento, durante a proposta de elaborar um desenho a partir da autopercepção da imagem corporal, elencando suas características, as crianças se desenharam enquanto brancas, com olhos claros e cabelos lisos (*quadro 2* – Item 12). Nos relatórios das reuniões avaliativas com familiares, constam depoimentos das mães sobre o racismo sofrido pelas crianças na escola, o que repercutia na forma como elas se viam, compreendiam-se e compreendiam seus pares (*quadro 2* – Item 9).

No decorrer dos encontros, com a inserção de referências positivas de negritude, diálogos sobre as histórias de resistência e origem do povo negro, problematização sobre o lápis ‘cor de pele’ e a diversidade dos fenótipos, puderam-se identificar mudanças no comportamento e na autoestima das crianças. Era comum percebê-las disputando pelo lápis preto e marrom para as pinturas, e já não retratavam os olhos e cabelos com as cores azul e amarelo. Com o passar do tempo, elas ficaram cada vez mais participativas e confiantes para realizar as tarefas propostas.

Na avaliação realizada com as crianças no encerramento, em 2018, o Dia da Consciência Negra e a oficina de capoeira Angola foram lembrados como os melhores encontros do ano. Ao final dos encontros, era perceptível a alegria das crianças por se verem retratadas de forma positiva. No Dia da Consciência Negra, as oficinas de turbantes e pinturas corporais deixaram as crianças entusiasmadas. Uma delas expressou: “*Eu sou linda, tia. Estou parecendo uma rainha africana*”, conforme registro dos diários de campo (*quadro 2* – Item 19).

Com relação aos aspectos neuropsicomotores, foi possível observar a contribuição do grupo no desenvolvimento das habilidades das crianças (*quadro 2* – Itens 4, 6, 7, 10 e 11). Durante reunião de avaliação do grupo, as mães relataram a percepção das professoras sobre o progresso no desempenho escolar e maior participação das crianças nas aulas, inclusive em casos em que elas não conseguiam

se expressar verbalmente, como pode ser observado no depoimento registrado no relatório de avaliação:

As professoras estão perguntando se coloquei minha filha no reforço, de tão bem que ela está indo na escola.

Antes meu filho nem falava direito, hoje ele conversa tudinho.

Os relatos acima demonstram a evolução nas habilidades pessoais e nas interações sociais das crianças, estimuladas nas atividades propostas. A falta de estímulos e de mediação, decorrente do contexto de vulnerabilidade e racismo ao qual as famílias e seu território estão submetidos, impacta diretamente a subjetividade e as dimensões emocional, motora e mental das crianças, comprometendo o seu pleno desenvolvimento⁴³. Como estratégia para transpor esses danos, os encontros brincantes contribuíram para a elaboração das emoções, aumento da consciência corporal e da autopercepção, influenciando o desenvolvimento neuropsicomotor e a sociabilidade.

As demais atividades buscaram instrumentalizar as crianças para o autocuidado em saúde e o conhecimento dos seus direitos, por intermédio de diálogos e brincadeiras que envolviam os temas higiene, saúde bucal, direito ao lazer, cidadania e participação comunitária (*quadro 2* – Itens 3, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22 e 23). As metodologias participativas incentivaram a atuação efetiva das crianças e de suas famílias no processo educativo, valorizando seus conhecimentos, experiências e os envolvendo na identificação e busca de soluções para as necessidades do território.

Considerações finais

Durante os vinte meses de atividades, foi possível acompanhar o desenvolvimento das crianças, suas histórias e os contextos familiares e comunitários que desempenham papel fundamental na construção de suas subjetividades e

trajetórias biográficas. Os resultados incluem significativos avanços no desenvolvimento, no fortalecimento dos laços comunitários e na criação do vínculo consolidado com as famílias do território. A partir do grupo, foi possível acompanhar de forma sistemática o cuidado com a saúde das famílias do assentamento, de modo que as demandas identificadas, sobretudo aquelas que apontavam para as dimensões racistas, foram trabalhadas para o cuidado com as famílias de forma ampliada.

Os encontros com as crianças e os familiares ainda ressoam pulsações potentes na ER. O trabalho transdisciplinar, a partir das diferentes formações profissionais, assim como os momentos de cuidado vivenciados junto às famílias do território, garantiu aprendizados mútuos sobre saúde, resistência e atuação comunitária. Tendo em vista a rotatividade e o curto período do processo formativo na residência, foi fundamental garantir a continuidade do grupo a partir da contribuição de profissionais da ER posterior.

A partir desta pesquisa-ação, foi possível perceber a eSF enquanto instrumento potente de promoção de TSS mais fortalecidos para

enfrentar uma problemática de altíssima complexidade que é o racismo. Pelo caráter territorial e longitudinal do cuidado, atuar junto às famílias e potencializar os vínculos permitiu incidir sobre questões raciais e não biocentradas com o uso de baixa tecnologia, fortalecendo e construindo saúde conforme preconizado na AB, nas políticas de saúde e nos ODS, de forma integral e preventiva. Como último ponto reflexivo: a promoção da cidadania e o fortalecimento de identidades negras são partes fundamentais nas estratégias de promoção e prevenção em saúde, bem como no estabelecimento de TSS.

Colaboradoras

Brito TCS (0000-0002-6486-0769)*, Peixinho BC (0000-0002-7516-534X)*, Pirró JCF (0000-0002-4464-2975)*, Oliveira RS (0000-0003-4600-4982)*, Carvalho PLF (0000-0001-5370-6902)*, Silva DM (0000-0002-5917-6831)* e Santos MOS (0000-0002-2129-2335)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Agropecuário 2017. Brasília, DF: IBGE; 2017. [acesso em 2021 jun 10]. Disponível em: <https://censos.ibge.gov.br/agro/2017/>.
2. Melo PB. Quilombos: transição da condição de escravizado à de camponês livre. Rev. da ABPN. 2011 [acesso em 2021 jun 12]; 1(3):53-76. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/index.php/site/article/view/274>.
3. Barbosa AM, Porto-Gonçalves C. Reflexões sobre a atual questão agrária brasileira: descolonizando o pensamento. Cescontexto. 2014 [acesso em 2020 jul 2]; (05):12-27. Disponível em: https://www.ces.uc.pt/publicacoes/cescontexto/ficheiros/cescontexto_debates_v.pdf.
4. Batista LE, Barros S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. Cad. Saúde Pública. 2017 [acesso em 2020 jun 2]; 33(supl1):1-5. Disponível em: <http://ca>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- denos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-33-s1-e00090516.pdf.
5. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Soc.* 2016 [acesso em 2020 jun 21]; 25(3):535-549. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>.
 6. Borde EMS. A subalternização das populações não-brancas no sistema-mundo capitalista/colonial e os processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde. *Cescontexto.* 2014 [acesso em 2020 jun 21]; (5):145-62. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/318987165>.
 7. Almeida-Filho N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde debate.* 2009 [acesso em 2020 jul 12]; 33(83):349-70. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345800003.pdf>.
 8. Breilh J. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: Nogueira RP, organizador. *Determinação social da saúde e reforma sanitária.* Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 87-125. [acesso em 2020 maio 10]. Disponível em: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3412/1/Breilh,%20J-CON-117-Las%20tres%20S.pdf>.
 9. Borghi CMSO, Oliveira RM, Sevalho G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. *Trab educ saúde.* 2018 [acesso em 2020 jul 12]; 16(3):869-97. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/jJpLdWtYsCMVV8YQm6PqMFk/abstract/?lang=pt>.
 10. Brasil. Portaria nº 2.436. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. [acesso em 2020 jun 9]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
 11. Barbosa RRS, Silva CS, Sousa AAP. Vozes que ecoam: racismo, violência e saúde da população negra. *Rev. Katálysis.* 2021 [acesso em 2021 jun 14]; 24(2):353-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e77967>.
 12. Machado JMH, Martins WJ, Souza MS, et al. Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. *Com. Ciênc. Saúde.* 2018 [acesso em 2020 jun 30]; 28(2):243-249. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/245>.
 13. Organização das Nações Unidas. *Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.* 2015. [acesso em 2020 maio 15]. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/home/agenda>.
 14. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral das populações do campo e da floresta.* Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2013. 48 p. [acesso em 2020 ago 12]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf.
 15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS.* 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2013. 36 p. [acesso em 2020 jun 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf.
 16. Gomes NL. Por uma indignação antirracista e diaspórica: negritude e afrobrasilidade em tempos de incertezas. *Revista da ABPN.* 2018 [acesso em 2020 maio 24]; 10(26):111-24. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo2209874--por-uma-indigna%C3%A7%C3%A3o-antirracista-e-diasp%C3%B3rica-negritude-e-afrobrasilidade-em-tempos-de-incertezas.
 17. Souza NS. *Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social.* Rio de Janeiro: Edições Graal; 1983.

18. Verdejo ME. Diagnóstico rural participativo – Guia prático DRP. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Agrário, Secretaria da Agricultura Familiar; 2006 [acesso em 2020 maio 18]. Disponível em: https://www.projetovidanocampo.com.br/livros/Diagnostico_rural_participativo.pdf.
19. Vasconcelos EM, Prado EV. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2017.
20. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
22. Breilh J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciênc. Saúde Colet.* 2003 [acesso em 2020 maio 16]; 8(4):937-51. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/84YH3CqTdpFzPByK9Z7kmWJ/?format=pdf>.
23. Lira PVRA, Gurgel IGD, Albuquerque PCC, et al. Superexploração e desgaste precoce da força de trabalho: a saúde dos trabalhadores de confecção. *Trab. Educ. e Saúde.* 2020 [acesso em 2020 maio 20]; 18(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/jpLw4dXR9yJvzsfJjvNjJw/?lang=pt>.
24. Oliveira FC. O matriarcado e o lugar social da mulher em África: uma abordagem afrocentrada a partir de intelectuais africanos. *ODEERE.* 2018 [acesso em 2021 out 30]; 3(6). Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/odeere/article/view/4424>.
25. Fernandes VR, Luz ZP, Amorim AC, et al. O lugar da vigilância no SUS – entre os saberes e as práticas de mobilização social. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017 [acesso em 2020 jul 27]; 22(10):3173-81. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tBBGN3ZsyVmwDzJcvN-fkL5m/abstract/?lang=pt>.
26. Castro MR, Figueiredo FF. Saberes tradicionais biodiversidade, práticas integrativas e complementares: uso de plantas medicinais no SUS. *Hygeia – Rev. Bras. Geogr. Médica e da Saúde.* 2019 [acesso em 2020 maio 24]; 15(31):56-70. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/46605>.
27. Dimenstein M, Leite J, Macedo JP, et al. Condições de vida e saúde mental em contextos rurais. Natal-RN: Intermeios; FAPEPI; CNPQ; UFRN; UFPI; 2016.
28. Neto MCC, Dimenstein M. Cuidado psicossocial em saúde mental em contextos rurais. *Temas em Psicol.* 2017 [acesso em 2020 jul 19]; 25(4):1653-64. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v25n4/v25n4a09.pdf>.
29. Pirró JCF. Cuidado integral em saúde mental do campo: caminhos para um novo amanhecer. [monografia]. Recife: Universidade de Pernambuco; 2019. 43 p.
30. World Health Organization. Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group. Geneva: WHO; 2010. [acesso em 2020 maio 19]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44257/9789241563949_eng.pdf;jsessionid=E18FC58F992DC0BBBE49A2FA25A14F3C?sequence=1.
31. Mbembe A. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: N-1 Edições; 2018.
32. Brito TCS. Raça importa! Saúde, doença e cuidado da família no assentamento Lampião. [monografia]. Recife: Universidade de Pernambuco; 2019. 36 p.
33. Burigo AC, Porto MFS. Trajetórias e aproximações entre a saúde coletiva e a agroecologia. *Saúde debate.* 2019 [acesso em 2020 jul 21]; 43(8):248-62. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Qsg8HMWDTqBPtgGys7Krm3P/abstract/?lang=pt>.
34. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. Painel Temático Saúde da População Negra. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. [acesso em 2020 ago 12]. Disponível em: [SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 45, N. 131, P. 1017-1032, OUT-DEZ 2021](https://bvs-</div><div data-bbox=)

- ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_populacao_negra_v_7.pdf.
35. Bullard RD. Enfrentando o racismo ambiental no século XXI. In: Acselrad H, Herculano S, Pádua JA, organizadores. *Justiça ambiental e cidadania*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 2004. p. 41-66.
 36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Amstras por Domicílios – Síntese de indicadores*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
 37. Jesus V. Racializando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um continuum colonial chamado racismo ambiental. *Saúde e Soc*. 2020 [acesso em 2020 maio 18]; 29(2):1-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5LRzFP3sP8kCDbhnJy6FkDH/abstract/?lang=pt>.
 38. Porto MF, Ferreira DR, Finamore R. Health as dignity: political ecology, epistemology and challenges to environmental justice movements. *J Polit Ecol*. 2017 [acesso em 2020 maio 16]; 24(1):110-24. Disponível em: <https://journals.librarypublishing.arizona.edu/jpe/article/1989/galley/2248/view/>.
 39. Holifield R, Chakraborty J, Walker G. *The Routledge handbook of environmental justice*. Reino Unido: Routledge; 2017.
 40. Layrargues PP, Puggian C. Convergências na ecologia política: quando a educação ambiental abraça a luta por justiça ambiental. *Pesquisa em Educ Ambient*. 2016 [acesso em 2020 maio 15]; 11(2):72-82. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/pea/article/view/128732>.
 41. Peixinho BC. *Análise do processo de trabalho de uma médica veterinária em Unidades de Saúde da Família do campo em Caruaru-PE: desafios e potencialidades da prática*. [monografia]. Recife: Universidade de Pernambuco; 2019. 66 p.
 42. Hooks B. Vivendo de Amor. In: Werneck J, Mendonça M, White EC, editores. *O Livro da Saúde das Mulheres Negras Nossos Passos Vêm de Longe*. Rio de Janeiro: Pallas; Criola; 2006. p. 188-98.
 43. Pereira MÁCM, Amparo DM, Almeida SFC. O brincar e suas relações com o desenvolvimento. *Psicol. Argumento*. 2006 [acesso em 2020 set 2]; 24(45):15-24. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19861/19165>.

Recebido em 30/09/2020

Aprovado em 10/09/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

O conflito público-privado no SUS: a atenção ambulatorial especializada no Paraná

The public-private conflict in SUS: specialized outpatient care in Paraná

Michele Straub¹, Rogerio Miranda Gomes¹, Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque¹

DOI: 10.1590/0103-1104202113107

RESUMO O conflito fundamental da saúde em sociedades capitalistas – direito social versus mercadoria – também se expressa no interior do Sistema Único de Saúde (SUS). Este trabalho analisou a relação público-privado na oferta de serviços ambulatoriais especializados pelo SUS no estado do Paraná, no período de 1995 a 2015, em comparação com a realidade nacional. Realizou-se um estudo descritivo, com procedimentos selecionados, a partir da coleta de dados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), por meio da plataforma do Datasus Tabnet On-line nos anos de 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 e 2015. Os resultados demonstram que a atenção ambulatorial especializada, secundária e terciária, sofreu ampliação nas duas décadas, acompanhando a expansão do SUS. O percentual de participação privada é, em geral, minoritária nos serviços de média complexidade e majoritária nos de alta complexidade, sendo que, no Paraná, o grau de privatização é consideravelmente maior que no âmbito nacional. Assim, diferentemente do preconizado constitucionalmente, em vários serviços e áreas do SUS, o público é que assume o papel de complementar ao privado. Discutem-se os possíveis impactos da privatização interna do SUS sobre seus limites em se constituir como sistema universal, integral e igualitário.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Privatização. Instituições privadas de saúde. Atenção secundária à saúde. Atenção terciária à saúde

ABSTRACT *The fundamental conflict of health in capitalist societies – social right versus commodity – is also expressed within the Unified Health System (SUS). This research analyzed the public-private relationship in the provision of specialized outpatient services by the SUS in the state of Paraná, from 1995 to 2015, in comparison with the national reality. A descriptive study was carried out, with selected procedures, with data collected in the Outpatient Information System (SIA) through the Datasus Tabnet On-line platform in the years 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 and 2015. The results demonstrate that specialized outpatient care, secondary and tertiary, has expanded over the past two decades, following the expansion of SUS. The percentage of private participation is, in general, minority in the medium complexity services and majority in the high complexity services, and in Paraná the degree of privatization is considerably higher than at the national scope. Thus, differently from what is constitutionally recommended, in various services and areas of the SUS, it is the public that assumes the role of complementing the private. The possible impacts of the internal privatization of SUS on its limits on constituting itself as a universal, comprehensive and equal system are discussed.*

KEYWORDS *Unified Health System. Privatization. Health facilities, proprietary. Secondary care. Tertiary healthcare*

¹Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.
rogeriomigomes@gmail.com



Introdução

A relação público-privado no interior do que viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS) foi objeto de importantes polêmicas no momento da constituição do sistema brasileiro^{1,2}. Passado o momento inicial, contudo, com o texto constitucional e os rumos que tomam a reforma sanitária brasileira, desenvolve-se certa naturalização da complementariedade privada no SUS.

Atualmente, o tema da privatização da saúde tem sido objeto de estudos principalmente em duas esferas: a da saúde suplementar, o subsistema privado ‘externo’ ao SUS^{3,4} e a relativa às apresentações da dinâmica privada no interior dos serviços públicos, seja por meio da manutenção das características do modelo assistencial médico-privatista mercantil⁵, seja por meio das formas privadas de gestão, como o gerencialismo, as Organizações Sociais, fundações públicas de direito privado etc.⁶⁻⁸. Poucos têm sido os autores e estudos atuais que problematizam as implicações da privatização por meio da contratação de serviços privados pelo SUS^{1,9}.

No SUS, os serviços de atenção ambulatorial especializada ofertados em muitos municípios e regiões são, em sua maioria, do setor privado (com ou sem fins lucrativos e filantrópicos). A oferta privada desses serviços acaba organizando sua demanda de acordo com os interesses do mercado e não conforme as necessidades de saúde da população, em contraste com o planejamento em saúde, processo agravado pela regulação historicamente frágil desse setor¹⁰. Essa realidade tem implicações tanto no modelo assistencial, com dificuldades na constituição de Redes de Atenção, quanto nos custos do sistema. Apesar disso, muitas vezes, os serviços privados contratados ou conveniados ao SUS tornam-se permanentes, substituindo os serviços públicos em vez de complementá-los¹¹.

O objetivo deste artigo foi analisar a relação público-privado na oferta de serviços ambulatoriais especializados pelo SUS no estado

do Paraná, no período de 1995 a 2015, em comparação com a realidade nacional, a partir de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) – Datasus¹². Partiu-se do pressuposto de que, em formações sociais capitalistas, como a nossa, há um conflito em torno do acesso à saúde: direito social ou mercadoria. Essa contradição, no caso brasileiro, também se desenvolve no interior do SUS.

Material e métodos

No SUS, a atenção especializada diferencia-se em média e alta complexidade, sendo a primeira o nível de produção de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico com menor densidade tecnológica ou, ainda, com menor valor financeiro. Já a alta complexidade compreende ações e serviços de saúde de maior incorporação tecnológica e alto custo¹⁰.

A coleta de dados ocorreu no SIA¹² por meio da plataforma do Datasus Tabnet On-line nos anos de 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 e 2015. No SIA, os dados relativos a um ano completo estão disponíveis apenas a partir de 1995, razão pela qual esse foi o primeiro ano da série histórica analisada. O intervalo temporal de 4 anos foi um mecanismo utilizado para viabilizar a análise dinâmica diante da grande quantidade de dados em um período de 20 anos.

A fim de evidenciar a tendência do desenvolvimento da relação público-privado no SUS no Paraná, analisou-se a prestação dos serviços pela natureza do prestador (público ou privado) e pelo regime: federal, estadual ou municipal; além dos vários regimes existentes no setor privado (com ou sem fins lucrativos, filantrópicos, entre outros). Além disso, procedeu-se à comparação com a tendência desses serviços em âmbito nacional. Dada a grande variedade de procedimentos nesse âmbito da assistência, foi necessário realizar um recorte. Objetivando apreender as dinâmicas predominantes, foram selecionados alguns dos grupos de procedimentos

mais realizados, que recobrem a maior parte dos serviços executados pelo SUS na média e alta complexidade.

Optou-se por selecionar para a coleta a produção ambulatorial ‘por tipo de atendimento’, pois os dados nessa categoria estavam disponíveis a partir do ano de 1994 e contemplariam todos os anos da pesquisa. Posteriormente, realizou-se a seleção do ‘estado do Paraná’ para as coletas do estado, e, para a coleta do Brasil, a seleção de ‘Brasil por região e Unidade da Federação’. Dentro dele, optou-se pela coleta de dados por tipo de prestador conforme regime. Diante da grande quantidade de dados e das limitações de espaço, neste artigo, serão apresentadas apenas algumas das tabelas e dos gráficos construídos. Outros dados serão expostos na forma de texto.

Resultados

Média complexidade: predomínio público, com importante presença privada

Para análise da prestação de serviços de média complexidade pelo SUS no Paraná, nos anos de 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 e 2015, foram selecionados os seguintes procedimentos: exames de patologia clínica; radiodiagnóstico; endoscopia digestiva; mamografia; ultrassonografia e consultas médicas especializadas. Deve-se destacar que os exames de patologia clínica e os exames de radiodiagnóstico incluem procedimentos de baixa, média e alta complexidade, porém, essa discriminação não é feita pelo SIA SUS. Sabendo desse limite, optou-se por analisá-los neste item de procedimentos de média complexidade.

De forma geral, os procedimentos de média complexidade tiveram uma importante ampliação no período analisado, como parte da ampliação da assistência à saúde com o desenvolvimento do SUS.

PATOLOGIA CLÍNICA

Os exames de patologia clínica são os exames complementares mais extensivamente realizados na atenção à saúde. Os dados apontam um aumento da realização desses procedimentos da ordem de 314% no Paraná, e de 229% no Brasil, entre 1995 e 2015. Pode-se verificar que, nesses exames, predominam os prestadores públicos durante todo o período, chegando a 62% no Paraná e a 60% dos exames realizados no País em 2015 (*tabela 1*).

A ampliação da oferta pública foi de 270% no Paraná e de 224% no Brasil. Nos procedimentos dessa natureza, predominam os serviços municipais, que, no Paraná, em 2015, responderam por 53% do total de exames realizados. Em âmbito nacional, os serviços municipais também lideram a produção pública, respondendo por 39% do total de exames realizados.

Os procedimentos privados, por sua vez, tiveram aumento no período de 416% no Paraná, e 236% no Brasil. Nestes, predominam os serviços com fins lucrativos, tanto no estado quanto no País, representando cerca de 23% do total de exames realizados no primeiro e 22% no segundo.

Percebe-se, portanto, que na realização de exames de patologia clínica pelo SUS, tanto no Paraná quanto no Brasil, predominam os serviços públicos. Porém, enquanto no País a presença pública tem se mantido relativamente estável, no Paraná ela tem decrescido, expressando a ampliação relativa da participação privada.

Tabela 1. Exames de patologia clínica, radiodiagnóstico, endoscopia digestiva e mamografia realizados no SUS nos anos de 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 e 2015 no Paraná e no Brasil, por natureza do prestador (1/1000)

Procedimento	Nível	Natureza	1995	1999	2003	2007	2011	2015
Patologia Clínica	PR	Público	4.111,9(69,9%)	5.403,5 (71,2%)	7.0892 (64,4%)	8.862,1 (60,3%)	12.396,8 (59,8%)	15.197,5 (62,4%)
		Privado	1.774 (30,1%)	2.185,1 (28,8%)	3.918,5 (35,6%)	5.824 (39,7%)	8.328,7 (40,2%)	9.158,9 (37,6%)
		Total	5.885,9	7.588,6	11.007,7	14.686,1	20.725,5	24.356,4
	BR	Público	96.421,5 (61%)	122.961,9 (63,5%)	171.418,2 (62,6%)	233.091,4 (62,4%)	312.658,1 (61,8%)	312.528 (60,1%)
		Privado	61.771,7 (39%)	70.729,1 (36,5%)	102.209,9 (37,4%)	140.431,2 (37,6%)	193.363,6 (38,2%)	207.533,6 (39,9%)
		Total	158.225,5*	193.691	273.628,1	373.522,6	506.021,7	520.061,6
Radiodiagnóstico	PR	Público	469,1 (58,7%)	691,5 (66,14%)	712,4 (47,1%)	670,5 (34,7%)	1.031,1 (40%)	1.468,9 (61,1%)
		Privado	330,5 (41,3%)	354 (33,85%)	799,7 (52,9%)	1.259 (65,3%)	1.573,2 (60%)	936,4 (38,9%)
		Total	799,6	1.045,5	1.512,1	1.929,5	2.604,3	2.405,3
	BR	Público	12.857,9 (53,8%)	17.322,8 (61,3%)	22.868,6 (60,7%)	28.600,9 (61,3%)	39.281 (65,8%)	35.706,8 (68,4%)
		Privado	11.039,2 (46,2%)	10.923,3 (38,7%)	14.836,8 (39,3%)	18.053,7 (38,7%)	20.440 (34,2%)	16.505,4 (31,6%)
		Total	23.899,1**	28.246,1	37.705,4	46.654,6	59.721	52.212,2
Endoscopia digestiva	PR	Público	19,5 (38,9%)	18,9 (42,3%)	17,8 (34,9%)	16,5 (25,2%)	17 (23,9%)	23,8 (40,6%)
		Privado	30,6 (61,1%)	25,7 (57,7%)	33,2 (65,1%)	49,3 (74,8%)	54,1 (76,1%)	34,8 (59,4%)
		Total	50,1	44,6	51	65,8	71,1	58,6
	BR	Público	349,2 (41,8%)	469,2 (57%)	671 (55,5%)	833,1 (60,1%)	582,2 (49,9%)	683,1 (60%)
		Privado	486,1 (58,2%)	354,1 (43%)	538,7 (44,5%)	553,2 (39,9%)	584,4 (50,1%)	454,5 (40%)
		Total	835,3	823,3	1.209,7	1.386,3	1.166,6	1.137,6
*Mamografia	PR	Público	2,8 (18,5%)	8,5 (32,1%)	28,2 (25,2%)	20,7 (10,8%)	34 (9,8%)	22,3 (8,2%)
		Privado	12,3 (81,5%)	18 (67,9%)	84 (74,8%)	171 (89,2%)	313,3 (90,2%)	249,6 (91,8%)
		Total	15,1	26,5	112,2	191,7	347,3	271,9
	BR	Público	141,6 (24%)	344,3 (33,1%)	580,4 (28,6%)	934 (32,7%)	1.163,8 (29,4%)	1.232,2 (33,5%)
		Privado	448,1 (76%)	696,5 (66,9%)	1.445,7 (71,4%)	1.918,9 (67,3%)	2.792,6 (70,6%)	2.451,1 (66,5%)
		Total	589,7	1.040,8	2.026,1	2.852,9	3.956,4	3.683,3

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do SIA-SUS¹².

*Nesse ano, constam 32.286 procedimentos sem identificação do regime do prestador.

**Nesse ano, constam 1.974 procedimentos sem identificação do regime do prestador.

RADIODIAGNÓSTICO

Os exames de radiodiagnóstico também são largamente utilizados nos vários níveis da atenção à saúde. No SUS, esses procedimentos tiveram um aumento de 201% no Paraná e de 118% no Brasil, no período analisado. No estado, apesar de oscilações ao longo dos anos, o percentual de exames realizados por serviços públicos foi de

61% em 2015, muito próximo do de vinte anos antes. Já, no Brasil, a tendência é de aumento constante, ainda que leve, da participação pública, que alcançou 68% em 2015 (tabela 1)

No estado, a ampliação da oferta pública foi de 213%, enquanto no País foi de 178%. No universo público predomina a prestação municipal, tanto no Paraná (48% do total de exames) quanto no Brasil (47%).

Os procedimentos privados também tiveram aumento no período, em torno de 183% no Paraná, e de 50% no Brasil. Nesse universo, houve uma transição de dominância, outrora dos serviços com fins lucrativos para os filantrópicos – 20% do total de exames realizados em 2015 no estado, e 19% no País.

De forma geral, é possível afirmar que, tanto no Paraná quanto no Brasil, a realização de exames de radiodiagnóstico pelo SUS é majoritariamente pública. Esse predomínio público tem se aprofundado no plano nacional. Diferentemente, no Paraná, a presença pública é menor que na esfera nacional e tem se mantido relativamente estável.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Outro importante grupo de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico às ações de saúde é o das endoscopias digestivas. Na série analisada, houve uma elevação contínua de sua realização até o ano de 2011 no Paraná, e até 2007 no Brasil, a partir dos quais verifica-se sua redução (*tabela 1*). No cômputo geral do período, os dados apontam um aumento desses procedimentos da ordem de 17% no estado, e de 36% no País.

Predominam, no Paraná, os prestadores privados durante todo o período analisado, com pouca variação de sua participação percentual, que chega a 59% da produção em 2015. Diferentemente, no âmbito nacional, destacam-se os prestadores públicos, que vêm aumentando sua participação, chegando a 60% dos exames realizados no último ano da série.

Os procedimentos privados tiveram aumento de 17% no estado, enquanto no País decresceram 6,5%. Nos procedimentos dessa natureza (privados), sobrepõem, no caso paranaense, os serviços com fins lucrativos – 32% dos exames realizados –, enquanto no País predominam os filantrópicos – 20% dos exames realizados.

A ampliação da oferta pública foi de 22% no Paraná e de 96% no Brasil. No caso do primeiro, predominam os municípios com 28%

dos exames realizados em 2015. Já na esfera nacional, entre o setor público, destaca-se o ente estadual, com 30% dos exames realizados no mesmo ano.

Percebe-se que, no caso do Paraná, ocorre certa estabilização relativa da participação minoritária do setor público na realização de endoscopias digestivas pelo SUS. Enquanto no Brasil, a esfera pública, além de majoritária, segue ampliando sua participação relativa.

MAMOGRAFIAS

O rastreamento precoce de algumas formas de câncer tem sido objeto de importantes ações pelo sistema público, a partir da criação do SUS. Este é o caso do câncer de mama. Verifica-se que houve um aumento substancial, de 17 vezes (1.700%) na realização desse procedimento no Paraná, e de 525% no Brasil, no período analisado. Nas duas esferas, contudo, entre 2011 e 2015, interrompe-se a tendência de ampliação que vinha desde 1995, havendo uma redução de 22% do estado, e de 7% no âmbito nacional (*tabela 2*).

Percebe-se que, tanto no caso paranaense quanto no Brasil, predominam os prestadores privados durante toda a série, chegando a 92% das mamografias realizadas no primeiro, e a 66% no segundo, em 2015.

No Paraná, o crescimento dos exames realizados por prestadores privados foi de 1.937%, enquanto no plano nacional foi de 447%. Entre os privados, destacam-se os serviços com fins lucrativos, com 60% da realização no estado, e 34% no País, em 2015.

Entre os exames realizados por prestadores públicos no Paraná, o aumento no período de 20 anos foi de 681%, enquanto no Brasil esse acréscimo foi de 770%. No setor público, tanto no estado quanto no País, predominam os prestadores municipais, levemente à frente dos estaduais. Contudo, em 2015, os municípios responderam por apenas 3,8% dos exames realizados no primeiro e por 17% no segundo.

Percebe-se que, no caso do Paraná, a participação do setor público na realização de mamografias

pelo SUS, sempre amplamente minoritária, vem tendo uma redução progressiva, com tendência de se tornar irrisória. No âmbito nacional, por sua

vez, ocorre certa estabilização da participação minoritária do setor público em torno de um terço dos exames realizados.

Tabela 2. Ultrassonografias e consultas médicas especializadas realizadas no SUS nos anos de 1995/1999 e 2015 no Paraná e no Brasil, por natureza e regime do prestador (1/1000)

Procedimento		Ultrassonografia				Consultas médicas especializadas			
Esfera		Paraná		Brasil		Paraná		Brasil	
Natureza	Regime/Ano	1995	2015	1995	2015	1999*	2015	1999*	2015
Público	Federal	0	17,3	109,6	311	0	248,2	1.693,7	4.024,6
	Estadual	0,2	67	525,1	2.633,5	349,3	390,1	15.432,1	17.902,5
	Municipal	28,1	259,2	707,6	4.848,6	1.341,1	2.057,3	39.428,1	45.088,4
	Universitário	37	-	710,1	-	612,5	-	9.112,8	-
	Total Público	65,3 (45,9%)	343,5 (51,6%)	2.052,4 (46,7%)	7.793,1 (60,5%)	2.302,9 (77,3%)	2.695,6 (61,5%)	65.666,7 (73,6%)	67.015,5 (79,6%)
Privado	Com fins lucrativos	55,1	149,8	1.523,3	2.273,7	448,8	414	8.140,7	2.979,3
	Sem fins lucrativos	21,9	28,2	817,5	326,4	226,3	281,8	15.066,5	1.944,3
	Optante Simples	-	29,5	-	277,5	-	68,2	-	439,1
	Filantrópico c/ Cnas	-	115,2	-	2.206,9	-	926,4	-	11.801,6
	Universitário	0	-	0	-	0	-	17,7	-
	Sindicato	0	0	5,9	1,8	0,5	0	312,2	37,4
	Total Privado	77 (54,1%)	322,7 (48,4%)	2.346,7 (53,3%)	5.086,3 (39,5%)	675,6 (22,7%)	1.690,4 (38,5%)	23.537,1 (26,4%)	17.201,7 (20,4%)
	Total	142,3	666,2	4.399	12.879,4	2.978,5	4.386	89.203,8	84.217,1

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do SIA-SUS¹².

ULTRASSONOGRAFIAS

A realização de exames de ultrassonografia também tem se expandido de forma considerável como expressão da ampliação de acesso ao SUS, principalmente à Atenção Básica (AB). Percebe-se o aumento contínuo do número de exames no Paraná, no período, da ordem de 368%, enquanto no Brasil o aumento foi de 193%. Nesses procedimentos, os prestadores públicos ampliaram sua participação relativa tanto no estado quanto no País, chegando a 52% do realizado no primeiro, e a 60% no segundo, em 2015 (tabela 2).

A ampliação da oferta pública foi de 426% no Paraná e de 280% no Brasil. Nos procedimentos dessa natureza, predominam os de origem municipal, com 39% dos exames realizados no Paraná, e 38% da produção no País, em 2015.

Os procedimentos privados também tiveram aumento no período, de 319% no Paraná, e 117% no Brasil. Nesse regime, ainda predominam os serviços com fins lucrativos, mas que vêm tendo sua participação diminuída diante do crescimento dos filantrópicos. No estado, em 2015, os lucrativos lideraram a produção privada com 22% dos exames realizados,

enquanto, no âmbito nacional, realizaram 18% dos exames, participação praticamente já alcançada pela ampliação progressiva dos filantrópicos.

De forma geral, é possível afirmar que, no Brasil, a realização de serviços de ultrassonografias pelo SUS é majoritariamente pública, enquanto no Paraná ocorre uma divisão praticamente igualitária entre a prestação pública e a privada.

CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS

A realização dos procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico está diretamente relacionada não somente à ampliação da AB, mas, também, à realização das consultas médicas especializadas. Pode-se verificar que, no período de 1999 (nesse procedimento, o SIA oferece dados somente a partir do ano de 1999) até 2015, estas cresceram 47% no Paraná e tiveram um decréscimo em torno de 6% no Brasil. Nessas consultas, predominam os prestadores públicos, com 62% das consultas realizadas no estado, e 80% das realizadas em âmbito nacional (*tabela 2*).

As consultas realizadas pela fração pública tiveram aumento de 17% no Paraná e 2% no Brasil, no período estudado. No regime público, os municípios foram os maiores prestadores,

realizando 47% das consultas médicas especializadas no Paraná e 54% no Brasil, em 2015.

As consultas realizadas por prestadores privados tiveram crescimento de 150% no Paraná e decréscimo de 27% no Brasil. Nesse regime, tanto no estado quanto no País, ao longo da série, houve a transição de domínio dos serviços com fins lucrativos para os filantrópicos, que representaram 21% das consultas especializadas no Paraná e 14% no Brasil, em 2015.

É possível perceber que, tanto no Paraná quanto no Brasil, a oferta de consultas médicas especializadas pelo SUS acontece majoritariamente em serviços públicos. Porém, a participação relativa desse setor é maior em âmbito nacional do que no estado. Além disso, o predomínio relativo dos serviços públicos está diminuindo no Paraná, enquanto permanece praticamente estabilizado em nível nacional.

Alta complexidade: mais privada que pública

De forma geral, os procedimentos de alta complexidade tiveram importante incremento no período analisado, como resultado da ampliação de acesso à atenção à saúde, com o desenvolvimento do SUS. A seguir, é possível verificar como se manifesta essa expansão em alguns procedimentos selecionados.

Tabela 3. Exames de tomografia computadorizada e ressonância magnética realizados no SUS nos anos de 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 e 2015 no Paraná e no Brasil, por natureza do prestador (1/1000)

Procedimento	Nível	Natureza	1995	1999	2003	2007	2011	2015
Tomografia	PR	Público	8,8 (40%)	12,2 (46,1%)	8,4 (21,5%)	9,6 (17,2%)	20,5 (19,8%)	56,2 (34,7%)
		Privado	13,3 (60%)	14,2 (53,9%)	30,5 (78,5%)	46,5 (82,8%)	83 (80,2%)	105,8 (65,3%)
		Total	22,1	26,4	38,9	56,1	103,5	162
	BR	Público	237,9 (41,5%)	337,3 (45,6%)	379,2 (38,9%)	590 (42,6%)	1.222,5 (47,8%)	1.818,8 (54,7%)
		Privado	335,1 (58,5%)	403,1 (54,4%)	595,6 (61,1%)	796 (57,4%)	1.334,1 (52,2%)	1.504,1 (45,3%)
		Total	573	740,4	974,8	1.386	2.556,6	3.322,9

Tabela 3. (cont.)

Procedimento	Nível	Natureza	1995	1999	2003	2007	2011	2015
Ressonância magnética	PR	Público	0	0 (9,5%)	0,2 (36,4%)	1,2 (22%)	1,8 (8,5%)	6,6 (16,6%)
		Privado	0	0,1 (90,5%)	0,3 (63,6%)	4,1 (78%)	19,5 (91,5%)	32,9 (83,4%)
		Total	0	0,1	0,5	5,3	21,3	39,5
	BR	Público	0	20,8 (46,7%)	36,6 (26,2%)	84,8 (31,3%)	167,5 (27,9%)	272,3 (32,2%)
		Privado	0	23,7 (53,3%)	103,1 (73,8%)	186,5 (68,7%)	434,1 (72,1%)	572,8 (67,8%)
		Total	0	44,5	139,7	271,3	601,6	845,1

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do SIA-SUS¹².

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Diferentemente dos procedimentos anteriores, os exames de tomografia computadorizada são de desenvolvimento mais recente, sendo incorporados ao sistema público praticamente a partir da década de 1990. Os dados apontam um aumento do número de exames em torno de 634% no Paraná, enquanto no Brasil a ampliação foi de 480%, entre 1995 e 2015 (tabela 3).

Pode-se verificar que, nesses procedimentos, historicamente, predominam os prestadores privados. No Paraná, apesar de sofrer variações ao longo do período, esse setor conserva a posição majoritária, com 65% dos exames realizados em 2015. Já em âmbito nacional, o setor público tem ampliado seu peso relativo, levando-o, entre 2012 e 2015, a superar a prestação privada, com 55% dos exames realizados neste ano.

Os serviços realizados por prestadores privados tiveram um aumento de 700% no estado e 349% no País, no período estudado. Nesse regime, destacam-se, tanto no Paraná quanto no Brasil, os filantrópicos, respondendo por cerca de 37% dos exames realizados no estado, e por 28% dos realizados no País, em 2015.

No mesmo período, o setor público ampliou a sua oferta em cerca de 537% no estado e em 664% no Brasil. No Paraná, predomina a prestação de serviços municipais – em torno de 17% dos procedimentos, em 2015 –, enquanto no País prevalecem os serviços estaduais, com 34% dos procedimentos no mesmo ano.

Assim, percebe-se que, enquanto no Paraná a realização de exames de tomografia computadorizada pelo SUS têm ocorrido majoritariamente por meio de serviços privados – em torno de 2/3 dos exames realizados –, no Brasil, o crescimento da participação relativa pública levou-a a superar, nos últimos anos da série, a participação privada.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Quanto ao exame de ressonância magnética, de inclusão bastante recente, pode-se perceber que o primeiro ano analisado situa-se no início da oferta desse procedimento pelo SUS. Por isso, os níveis tão expressivos de aumento – de 287 vezes (28.713%) no Paraná, e de 1.798% no Brasil –, entre 1999 e 2015, devem ser relativizados. Nas duas esferas, verifica-se o predomínio dos prestadores privados ao longo de todo o período. No Paraná, esse setor realizou 83% do total de exames, contra 68% no Brasil, em 2015 (tabela 3).

Na esfera privada, no Paraná, destacam-se os serviços com fins lucrativos, que vêm se expandindo e já realizaram 56% dos exames no estado. No País, esse formato também domina entre os privados, com 34% dos exames em 2015, seguidos pelos filantrópicos (27%).

Entre os serviços públicos, são os municípios os principais prestadores no Paraná, com 9,6% dos exames realizados em 2015, enquanto, no Brasil, a maior participação pública é dos serviços estaduais, com 23% dos exames no mesmo ano.

Constata-se, portanto, que, tanto no Paraná quanto no Brasil, a maior parte da oferta de exames de ressonância magnética pelo SUS acontece historicamente através de serviços privados, sendo que o peso relativo

do setor público no estado é praticamente a metade do que ocorre no âmbito nacional, onde a participação pública abrange cerca de um terço dos procedimentos.

Tabela 4. Radioterapia, quimioterapia e terapia renal substitutiva realizadas no SUS nos anos de 1995 e 2015 no Paraná e no Brasil, por natureza e regime do prestador (1/1000)

Procedimento		Radio e Quimioterapia				Terapia Renal Substitutiva			
Esfera		Paraná		Brasil		Paraná		Brasil	
Natureza	Regime/Ano	1995	2015	1995	2015	1999*	2015	1999*	2015
Público	Federal	0	7,5	341,2	600,7	0	0	28,2	124,2
	Estadual	0	1,3	147,8	1.207,7	0	0	32,1	394,4
	Municipal	0,6	0	80,4	458,4	0	1	18,8	148,8
	Universitário	127,6	0	739,8	0	12,1	0	223,2	0
	Total Público	128,2 (43,5%)	8,9 (1,1%)	1.309,4 (26,2%)	2.266,9 (20,1%)	12,1 (5,5%)	1 (0%)	302,2 (8,6%)	667,4 (5,9%)
Privado	Com fins lucrativos	92	229,5	1.608,7	1.377,2	156,5	463,6	2.111	7.765,2
	Sem fins lucrativos	74,5	44,2	2.078,3	605,2	50,7	3,5	1.081,2	253,2
	Optante Simples	-	0,9	-	59,8	-	0	-	349,4
	Filantropico c/ Cnas	-	556,6	-	6.989,4	-	82,8	-	2.286,5
	Total Privado	166,5 (56,5%)	831,3 (98,9%)	3.687 (73,8%)	9.031,6 (79,9%)	207,2 (94,5%)	549,9 (100%)	3.192,2 (91,4%)	10.654,4 (94,1%)
Total		294,7	840,1	4.996,3	11.298,5	219,3	549,9	3.494,4	11.321,8

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do SIA-SUS¹².

RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA

Os procedimentos de radioterapia e quimioterapia pelo SUS tiveram um aumento de 185% no Paraná e de 126% no Brasil entre 1995 e 2015 (tabela 4).

Os dados mostram que, tanto no Paraná quanto no Brasil, predominam os prestadores privados ao longo de todo o período. No caso paranaense, essa participação majoritária do setor privado vem se ampliando notavelmente, ao ponto de, com 99% dos procedimentos realizados em 2015, praticamente abolir a prestação

pública. No âmbito nacional, o peso relativo da prestação privada também se elevou, até praticamente se estabilizar em torno de 80% dos procedimentos.

Entre os serviços privados, os com fins lucrativos foram sendo superados pelos filantropicos no papel de principais prestadores, realizando 66% dos procedimentos no estado, e 62% no Brasil, em 2015.

No Paraná, os procedimentos em serviços públicos tiveram redução de 93% no período analisado, até praticamente serem extintos. No País, os procedimentos realizados por

prestadores públicos, com prevalência de serviços estaduais, embora tenham se ampliado em 76%, também tiveram queda relativa de sua participação (20% em 2015).

É possível perceber, portanto, como, tanto no Paraná quanto no Brasil, a oferta de radioterapia e quimioterapia pelo SUS acontece historicamente através de serviços privados. Enquanto no âmbito nacional ainda subsiste uma prestação pública bastante minoritária, com cerca de um quinto dos exames, no Paraná, esse procedimento realiza-se praticamente de forma exclusiva pelo regime privado.

TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

A terapia renal substitutiva engloba procedimentos de hemodiálise e diálise peritoneal. Os dados apontam um aumento na realização desses procedimentos pelo SUS da ordem de 151% no Paraná e de 224% no Brasil no período. Em toda a série, tanto no Paraná quanto em nível nacional, ocorre amplo predomínio de prestadores privados, nunca inferior a 90%,

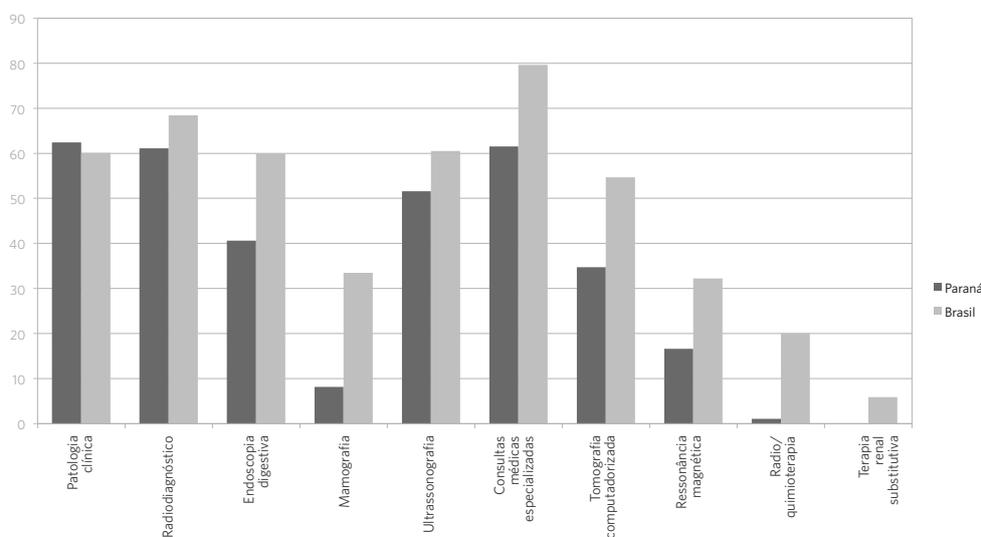
sendo que, no primeiro, a prestação pública foi retraindo até ser abolida em 2015. No País, ainda subsiste uma prestação pública residual de 6% dos exames (tabela 4).

Entre os procedimentos realizados por prestadores privados – a totalidade, no caso paranaense –, a maioria foi executada por serviços com fins lucrativos – cerca de 84% no Paraná e 69% no Brasil, em 2015.

Os procedimentos realizados por prestadores públicos, extintos no Paraná, apesar da ampliação absoluta no nível nacional, viram sua participação relativa cair e estagnar em níveis irrisórios. Para efeito de análise, pode-se considerar a prestação de terapia renal substitutiva pelo SUS de atribuição essencialmente privada, tanto em âmbito nacional, quanto, principalmente, na realidade paranaense.

O gráfico 1 apresenta uma síntese da participação pública nos procedimentos selecionados da atenção ambulatorial especializada de média e alta complexidade pelo SUS, no ano de 2015, no Paraná e no Brasil.

Gráfico 1. Participação de prestadores públicos na realização de procedimentos selecionados da atenção ambulatorial especializada de média e alta complexidade pelo SUS no ano de 2015, no Paraná e no Brasil (%)



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do SIA-SUS¹².

Discussão

O SUS entre o público e o privado

Os dados analisados permitem uma visão panorâmica da relação público-privado na oferta de procedimentos de atenção especializada pelo SUS no Paraná e no Brasil ao longo de duas décadas. De forma geral, podem-se identificar algumas tendências:

- A expansão importante, embora heterogênea, dos procedimentos selecionados de atenção especializada realizados pelo SUS ao longo do período analisado, acima do crescimento populacional, tanto no Paraná quanto no Brasil. Essa ampliação, permanente até 2011, contudo, é interrompida por uma retração, iniciada principalmente entre os anos de 2012 e 2015 em sete dos dez procedimentos analisados;

- A maioria dos procedimentos especializados de média complexidade analisados, assim como aqueles utilizados simultaneamente pela AB e pela atenção secundária, foi realizada majoritariamente por serviços públicos, tanto no Paraná quanto no Brasil. Isso, contudo, não suprime a importância do regime privado nesse âmbito, cuja participação varia entre 30 e 92% no estado e entre 14 e 67% no âmbito nacional;

- Já na esfera da alta complexidade, praticamente todos os procedimentos analisados foram realizados predominantemente por serviços privados, tanto no Paraná quanto no Brasil. A participação dos serviços públicos é bastante reduzida, tornando-se, mesmo, insignificante em alguns desses procedimentos. Ela varia entre 0 e 35% no estado, e entre 6 e 55% no País, a depender do procedimento;

- Entre os prestadores públicos da atenção ambulatorial especializada pelo SUS no Paraná, os serviços municipais foram os que mais ampliaram a participação, sendo, também entre os públicos, os principais prestadores. Já no âmbito nacional, embora os serviços municipais também venham ampliando sua presença, ainda dividem com os serviços estaduais o predomínio nas ações.

- Na prestação privada vem ocorrendo uma transição do predomínio dos serviços com fins lucrativos, outrora majoritários, para os classificados como filantrópicos. No âmbito nacional, já ocorre um equilíbrio, com cada um desses formatos liderando a produção em cinco dos dez procedimentos analisados. No Paraná, os serviços lucrativos ainda hegemonomizam a produção em seis dos dez procedimentos analisados.

Essa ampliação dos serviços especializados ocorre em contexto de crescimento significativo da população brasileira e paranaense, com percentuais de 31,2% e 25%, respectivamente, no período, e de aumento da expectativa de vida, que, no âmbito nacional, passou de 68,5 anos para ambos os sexos, em 1995, para 75,5 anos para ambos os sexos em 2015¹³. Além da mudança demográfica, desenvolve-se no Brasil uma transição epidemiológica contraditória, centrada em uma ‘tripla carga de doenças’, envolvendo doenças infectocontagiosas, crônico-degenerativas e causas externas, típica de formações sociais periféricas como a brasileira¹⁴, os centros medianos de acumulação.

Nas últimas décadas, o SUS tem buscado responder a essas transformações por meio de importante expansão de serviços, principalmente os de AB, e os orientados pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que atingem coberturas, respectivamente, de 73,6% e 62,5% da população em 2015¹⁵. Mas a ampliação ocorre, também, com serviços de outros níveis de atenção, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), ambulatórios, hospitais, Centros de Atenção Psicossocial, aumentando, assim, o acesso à atenção especializada, com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico¹⁶. De fato, a constituição do SUS, nos moldes da seguridade social, superando o modelo do seguro social, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), propicia uma expansão do direito à saúde sem precedentes na história do País, com repercussões notáveis em indicadores de acesso e qualidade da atenção.

A ampliação da principal porta de entrada do SUS repercute diretamente no aumento

de determinados serviços e procedimentos, como os de patologia clínica, radiodiagnóstico, ultrassonografias, endoscopias digestivas e mamografias, que compõem protocolos e rotinas largamente utilizados na AB, além induzir a expansão da rede de urgência e emergência^{4,17} e das consultas médicas especializadas, principal suporte especializado a esse nível de atenção. A conexão mais direta com a AB, o baixo custo e as políticas indutoras da municipalização contribuem para que a participação do regime público, sobretudo municipal, seja maior nesses procedimentos que nos de alta complexidade¹⁷.

Além da AB e da urgência/emergência, procedimentos específicos foram objeto de priorização pela Política Nacional de Saúde, compondo pactuações de metas e indicadores no último período, induzindo sua expansão. É o caso da mamografia como método para rastreamento de rotina na atenção à saúde da mulher.

Percebe-se que a ampliação desse exame, assim como os procedimentos de radioterapia e quimioterapia pelo SUS, tem se desenvolvido quase integralmente por meio de serviços privados, fazendo com que a maior parte da linha de cuidado aos portadores de neoplasias, a segunda causa de mortes do País, esteja à mercê dos prestadores privados.

Cabe destacar, ainda, o predomínio dos serviços privados em outros procedimentos de alta complexidade, como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética, que, ao longo das últimas duas décadas, de exames ‘de exceção’, transitaram ao estatuto de rotina na investigação de várias patologias. No caso da terapia renal substitutiva, a privatização chega ao ápice, com apenas 6% de prestação pública no âmbito nacional – no Paraná, esse procedimento é integralmente privado.

A presença privada no SUS, apesar de importante em toda a atenção especializada, é consideravelmente maior, em alguns casos, exclusiva na alta complexidade, visto que se orienta pela lucratividade decorrente dos diferenciais de remuneração da tabela SUS segundo a densidade tecnológica, implicando

uma seleção de demanda por determinados atos e condições de adoecimento¹⁰.

Fica cada vez mais evidente, também, o movimento de ‘filantropização’ do setor privado contratado pelo SUS, resultado tanto de mudanças nas legislações regulamentadoras desse formato institucional quanto da utilização crescente de artifícios legais para a conquista de isenções fiscais, financiamentos públicos e privilégios nos contratos com o SUS^{9,18}.

Tem-se apontado na literatura que essa excessiva contratação privada pelo SUS vem ferindo tanto o planejamento ascendente e integrado quanto suas diretrizes e princípios, visto que limita a integração do cuidado, a longitudinalidade e o acesso dos usuários^{9,19}. Esse processo também amplia desigualdades de acesso por meio da utilização de serviços do SUS em procedimentos não cobertos ou autorizados por planos de saúde, estabelecendo uma dupla porta, que burla os mecanismos reguladores de acesso ao sistema⁹.

Além disso, esse processo pode contribuir para subordinar o sistema público a uma dinâmica mercantil, com excesso de intervenções e procedimentos desnecessários, implicando altos índices de medicalização e iatrogenia, além de aumento de custos¹⁴.

Ademais, o predomínio privado na atenção especializada e hospitalar do SUS favorece a irradiação para os serviços públicos da plataforma gerencialista, alicerçada em parâmetros mercantis de desempenho e eficiência, cujo fundamento, a redução de custos, pode implicar comprometimento do acesso, da integralidade e aumento da exploração da força de trabalho em saúde, por meio da degradação das condições e dos vínculos de trabalho^{6,20}.

Vários autores salientam que essa perspectiva decorre de uma tendência internacional de impor aos sistemas de saúde um ‘universalismo básico’, que reduz os serviços públicos a ações básicas de tratamento e prevenção, deixando a assistência especializada a cargo de prestadores privados^{20,21}.

A redução considerável na realização da maioria dos procedimentos analisados no

período entre 2012 e 2015 expressa as consequências para o SUS das recentes políticas de austeridade fiscal, instituídas a partir de 2014 e aprofundadas em níveis trágicos a partir de 2015, com os governos Temer e Bolsonaro.

O programa ultraliberal, deslocando o Estado do papel de provedor para o de regulador do acesso a serviços como saúde, previdência e educação, apresenta, atualmente, duas matizes entre as diferentes frações do bloco dominante. A escola hayekiana tem sua principal expressão política no ministro da economia, Paulo Guedes, defensor da securitização como meio de acesso, através da utilização do fundo público, modelo semelhante à proposta da Cobertura Universal em Saúde, defendida por instituições como o Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde (OMS)²².

A outra vertente, mais discreta, possui entre seus principais defensores um grupo de empresários e banqueiros, tendo à frente Armínio Fraga Neto, ex-presidente do Banco Central no governo Fernando Henrique Cardoso e fundador do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Essa vertente reconhece o caráter concentrador de renda das isenções fiscais para seguros saúde e defende o ‘aperfeiçoamento’ do SUS por meio de supostos ganhos de eficiência advindos da privatização da gestão e da ampliação da contratação de serviços privados.

A privatização direta, dada sua agressividade no desmonte do SUS, têm sido mais facilmente identificada como ameaça ao sistema público. A segunda forma, por sua vez, baseada em uma retórica de valorização e aperfeiçoamento do SUS, tem conquistado grande difusão nas últimas décadas. Isso é demonstrado nos múltiplos formatos de terceirização – Organizações Sociais, Parcerias Público-Privadas etc. – e na consolidação nos serviços públicos de diretrizes gerencialistas de natureza mercantil moldadas com roupagem técnica⁶.

Parte da naturalização dessa segunda forma de privatização, de contratação de serviços privados pelo SUS e terceirizações, deve-se

ao histórico da presença majoritária de serviços privados no interior do sistema público, processo que se mantém, com algumas modificações, na transição do Inamps para o SUS⁹. Contribuem, também, de forma significativa, para essa transigência os limites impostos pela ofensiva mundial do capital sobre os direitos sociais – o neoliberalismo – em sua expressão brasileira, desde a criação do SUS.

A contratação de serviços privados pelo sistema público, entretanto, como se viu, não ocorre sem consequências. Além das implicações sobre a integralidade da atenção, em tempos de mundialização do capital sob o domínio do capital financeiro, a atividade de serviços e empresas privadas no interior do Estado acentua o direcionamento do fundo público para a esfera da acumulação, processo aprofundador da desigualdade social e produtor de retrocessos nos direitos sociais.

Considerações finais

A análise da atenção ambulatorial especializada no Paraná e no Brasil demonstra que esse nível da atenção sofreu ampliação importante nas duas últimas décadas, acompanhando a expansão do SUS, processo que passa a ser interrompido a partir de 2012 a 2015. Nos procedimentos analisados, tanto no estado quanto no âmbito nacional, a presença privada é, em geral, minoritária, embora importante, nos serviços de média complexidade e majoritária nos de alta complexidade. No Paraná, o grau de privatização é consideravelmente maior que no País.

Assim, diferentemente do preconizado constitucionalmente, em vários serviços e áreas fundamentais do SUS, os serviços públicos é que assumem o papel de complementares aos serviços privados. Mais estudos são necessários a fim de analisar esse processo em outros grupos de procedimentos, contribuindo para a compreensão dos impactos da privatização interna sobre os limites do sistema brasileiro.

Apesar de seus notáveis avanços para a ampliação do acesso e qualificação da assistência,

o SUS ainda encontra limites para se efetivar como um sistema de fato universal, integral e igualitário. Os obstáculos remontam a importantes impasses que o atravessam desde a origem. Entre eles, dois dos mais determinantes são o subfinanciamento e a influência – em alguns âmbitos, como se pôde perceber, a supremacia – do setor privado^{1,3}.

Em última instância, a coexistência dos serviços públicos e privados no interior do SUS expressa o conflito entre a dinâmica mercantil e a compreensão da saúde como direito humano.

Esse conflito, atualmente, encontra-se em níveis críticos, conforme demonstra a crise socio-sanitária atual, não um efeito natural e inevitável da pandemia por Covid-19, senão resultado de ações deliberadas de desmonte das políticas de proteção social em andamento no mundo nas últimas décadas. Esse processo, que atingiu patamares dramáticos no Brasil nos últimos anos, soma-se à política governamental de utilização do negacionismo científico para manutenção selvagem dos lucros financeiro-empresariais, por meio do combate ao isolamento físico, da retirada de direitos trabalhistas e sociais e das liberdades democráticas.

O SUS tem contribuído para que a tragédia não seja maior. Ao mesmo tempo, explicitam-se suas fragilidades, resultantes do subfinanciamento crônico e agudo, derivado da Emenda Constitucional 95, e do desmantelamento de várias políticas nos últimos anos, como a desestruturação da AB e da ESF, além das tentativas

permanentes de nacionalizar a terceirização da AB, de desvinculação orçamentária da saúde e educação, e de revogação da legislação da Reforma Psiquiátrica brasileira, entre outros.

Em cenário insólito, apesar de a crise sanitária contribuir para certa sensibilização da população para a importância do SUS, as investidas contra as políticas de proteção social e saúde avançam, como o demonstram a aprovação da EC 109/21, que restringe ainda mais os gastos com funcionalismo público em nome do ajuste fiscal, e o trâmite atual da Reforma Administrativa.

O pano de fundo em todos esses episódios, em última instância, é o conflito público-privado, manifestação da contradição capital-trabalho. O fortalecimento de uma reforma sanitária com vistas à conquista do direito universal à saúde deve necessariamente envolver o enfrentamento dessa contradição.

Colaboradores

Straub M (0000-0003-1045-6725)* contribuiu para concepção da pesquisa, coleta e análise de dados, discussão, escrita e revisão. Gomes RM (0000-0002-2055-0558)* contribuiu para concepção da pesquisa, coleta e análise de dados, discussão, escrita e revisão. Albuquerque GSC (0000-0002-7544-412X)* contribuiu para concepção da pesquisa, análise de dados e discussão. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Bahia L, Scheffer M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2021 mar 8]; 42(esp3):158-171. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe3/0103-1104-sdeb-42-spe03-0158.pdf>.
- Celuppi IC, Geremia DS, Ferreira J, et al. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2021 mar 8]; 43(121):302-13. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n121/0103-1104-sdeb-43-121-0302.pdf>.
- Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018 [acesso em 2020 jul 12]; 23(6):1723-28. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1723.pdf>.
- Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011 [acesso em 2020 jul 12]; 377(9779):1778-1797. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext).
- Campos GWS. SUS: o que e como fazer? *Ciênc. Saúde Colet*. 2018 [acesso em 2020 ago 13]; 23(6):1707-1714. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1707.pdf>.
- Mendes A, Carnut L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde Soc*. São Paulo. 2018 [acesso em 2020 jul 12]; 27(4):1105-1119. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n4/1984-0470-sausoc-27-04-1105.pdf>.
- Andreazzi MFS, Bravo MIS. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. *Trab. Educ. Saúde*. 2014 [acesso em 2020 jul 12]; 12(3):499-518. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v12n3/1981-7746-tes-12-03-00499.pdf>.
- Contreiras H, Matta GC. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cad. Saúde Pública*. 2015 [acesso em 2020 jul 12]; 12(3):499-518. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n2/0102-311X-csp-31-02-00285.pdf>.
- Bahia L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2020 jul 12]; 34(7):e00067218. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n7/1678-4464-csp-34-07-e00067218.pdf>.
- Solla J, Chioro A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadoras. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 547-576.
- Santos L. Dilemas, desafios e limites do SUS. In: Oliveira NA, organizador. *Direito Sanitário: oportuna discussão via coletânea de textos do 'blog Direito Sanitário: saúde e cidadania'*. Brasília, DF: Anvisa; Conasems; Conass; 2012. p. 250-252.
- Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. *Sistema de Informações Ambulatoriais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2018 fevereiro 19]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/producao-ambulatorial-sia-sus/>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Tábuas Completas de Mortalidade 2015*. [acesso em 2018 out 15]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2015/default.shtm>.
- Gomes RM. *Humanização e desumanização no trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatórios de Cobertura da Atenção Básica*. [acesso em 2018 out 29]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.

16. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2020 jul 13]; 23(6):1751-1762. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1751.pdf>.
17. Silva CR, Carvalho BG, Júnior LC, et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017 [acesso em 2020 jul 13]; 22(4):1109-1120. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1109.pdf>.
18. Canabrava CM, Andrade EIG, Janones FA, et al. Sistema Único de Saúde e o terceiro setor: caracterização de entidades, não hospitalares, que possuem serviços em atenção básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2007 [acesso em 2020 jul 13]; 23(1):115-126. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/12.pdf>.
19. Almeida C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. *Cad. Saúde Pública.* 2017 [acesso em 2020 jul 2]; 33(2):e00197316. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00197316.pdf>.
20. Campos CMS, Viana N, Soares CB. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. *Saúde Soc.* 2015 [acesso em 2020 jul 13]; 24(1):82-91. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00082.pdf>.
21. Rizzotto MLF, Campos GWS. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde Soc.* 2016 [acesso em 2020 jul 12]; 25(2):263-276. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00263.pdf>.
22. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2020 ago 13]; 23(6):1763-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1763.pdf>.

Recebido em 05/04/2021
Aprovado em 10/09/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A situação da atenção farmacêutica: revolução ou penumbra paradigmática?

The situation of pharmaceutical care: revolution or paradigmatic twilight?

Thais Penaforte¹, Sabrina Castro²

DOI: 10.1590/0103-1104202113108

RESUMO Com o propósito de compreender a situação da atenção farmacêutica em um sistema municipal de saúde, tomou-se como ponto de partida o estudo do grau de adesão e incorporação do paradigma profissional que orienta essa prática. Com um desenho qualitativo e de abordagem etnográfica, os critérios que orientaram essa investigação buscaram tipificar a variedade de cenários, motivações e procedimentos que se associam a esse exercício profissional. Esse recorte permitiu examinar se os movimentos que operam a atenção farmacêutica ainda constituem uma área de penumbra ou se já foi alcançada a concretude de um novo modelo de cuidado para a farmácia. Os resultados informam uma variedade de arranjos, desenhos construtivos e estrutura conceitual. Não há congruência nem na delimitação de seus componentes estruturantes. Todo esse cenário revela que ainda se está em uma fase de penumbra ou ‘crise paradigmática’, na qual o antigo paradigma ainda não foi totalmente abandonado ante a superioridade do novo. Isso se observa na ausência de uma interpretação padronizada capaz de revelar elementos recorrentes e compartilhados. Desse modo, o reconhecimento de uma realização exemplar, capaz de consolidar a maturidade e transição paradigmática da atenção farmacêutica, não foi encontrado.

PALAVRAS-CHAVE Farmacêuticos. Assistência farmacêutica. Sistema Único de Saúde. Relações profissional-paciente. Farmácia.

ABSTRACT *In order to understand the situation of pharmaceutical care in a municipal health system, we took as a starting point the study of the degree of adherence and incorporation of the professional paradigm that guides this practice. With a qualitative design and an ethnographic approach, the criteria that guided this investigation sought to typify the variety of scenarios, motivations and procedures that are associated with this professional exercise. This cutout allowed us to examine whether the movements that operate pharmaceutical care are still an area of darkness or the concreteness of a new care model for Pharmacy has already been achieved. The results inform a variety of arrangements, constructive designs, and a conceptual framework. There is no congruence or delimitation of its structuring components. The entire scenario reveals that we are still in a phase of twilight or ‘paradigmatic crisis’, in which the old paradigm has not yet been totally abandoned in the face of the superiority of the new one. This is observed in the absence of a standardized interpretation capable of revealing recurrent and shared elements. Thus, the recognition of an exemplary achievement, capable of consolidating the maturity and paradigmatic transition of pharmaceutical care, was not found.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
thaispenaforte@gmail.com

²Universidade Federal do Oeste da Bahia (Ufob) – Salvador (BA), Brasil.

KEYWORDS *Pharmacists. Pharmaceutical services. Unified Health System. Professional-patient relations. Pharmacy.*



Introdução

A definição do conjunto de atitudes e valores específicos à determinada classe profissional é um desafio a quase todas as profissões. Em vista disso, esse campo é repleto de tensões e disputas dada a natureza complementar das práticas profissionais em saúde. No cenário da farmácia, essa realidade se reproduz a partir de inúmeras situações e agentes, que contribuem para uma espécie de conflito ontológico latente. Atrelado a isso, as inúmeras transformações que sofreram os serviços farmacêuticos alteraram significativamente o curso de suas atividades e, especialmente, a atuação desse profissional.

Os boticários, com sua prática notadamente voltada para a arte das formulações terapêuticas e forte ênfase nos conhecimentos farmacológico e químico medicinal, lançaram as bases para o futuro exercício profissional farmacêutico¹. Com a criação dos primeiros Cursos de Farmácia, observou-se também as primeiras mudanças no seu modelo de atuação. Da tradição artesanal para o adensamento do processo industrializante, o farmacêutico refinou seu talento técnico ao tempo em que passou a acompanhar todas as transformações do setor saúde. Com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as exigências de uma assistência integral, contínua e que incluía as dimensões singulares e subjetivas do processo terapêutico, o farmacêutico viu-se, mais uma vez, desbravando novos núcleos de atuação. Essas transformações sedimentaram novas práticas ao seu ofício, que busca acompanhar e se adaptar às demandas sanitárias, econômicas e da própria sociedade.

Esta constante exigência, de se expandir a diferentes papéis e modelos assistenciais, conforma um campo controverso, em que o novo e o antigo estão sempre confrontando interesses e gerenciando a mudança. Desse modo, seria ingênuo supor que, sobre a prática farmacêutica, suas definições e arcabouço político, implicaria um discurso monolítico de seu domínio e conteúdo. Ao contrário, os farmacêuticos delimitam seu

princípio de ação não de uma maneira estática, mas, incluem a si mesmos e suas experiências como conteúdo propositivo. Não à toa, o trabalho de Costa e colaboradores² revelou a dificuldade em delimitar um marco teórico-conceitual para a assistência farmacêutica. Como solução, para os autores, o conteúdo da assistência farmacêutica “deve ser o resultado da combinação de estrutura, pessoas e tecnologias, num dado contexto social”²⁽²⁾.

No que tange à oferta de atividades de natureza clínica, Araújo e colaboradores³ demonstraram como as dificuldades para a caracterização dessas atividades e compreensão de seu significado decorrem de um cenário de incipiente institucionalização e fragilidade, na definição dessas práticas pela Política de Assistência Farmacêutica. Além disso, destacam um cenário de “insuficiente discussão conceitual e filosófica no país sobre a atenção farmacêutica e as próprias disputas do campo científico”³⁽⁹⁾.

Considerada o mais recente desafio para os farmacêuticos, a atenção farmacêutica reorienta o foco de atenção e da prática profissional, estimulando uma relação cooperativa entre farmacêutico e paciente, com vistas ao atendimento de todas as suas necessidades terapêuticas. Em 1990, Hepler e Strand⁴ instigaram os farmacêuticos a adotar um novo paradigma profissional, com uma atuação centrada no paciente e orientada para resultados. Dessa forma, a definição dos autores para *pharmaceutical care* qualifica-se como uma proposta de transformação laboral e filosófica, que aciona e tensiona definições de autoridade, objeto, modos de ação e finalidade da ação farmacêutica.

Outra proposta estruturante para a atenção farmacêutica, o Método Dáder, caracteriza-se como um procedimento operativo para o acompanhamento da farmacoterapia em qualquer nível de cuidado e para qualquer paciente. A aplicação dessa metodologia visa criar alguns padrões de prática, que garantam a eficiência do serviço e, acima de tudo, a segurança do paciente⁵.

A constituição brasileira de um arcabouço político para a atenção farmacêutica foi inaugurada com a inclusão dessa prática na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)⁶. Posteriormente, o Ministério da Saúde brasileiro, ao divulgar um caderno de orientação para os serviços farmacêuticos na atenção básica, propôs, como estratégia de integração da assistência farmacêutica às Redes de Atenção à Saúde (RAS), um novo modelo assistencial – o cuidado farmacêutico. Reconfigurado a partir de uma maior ênfase na atuação clínica dos farmacêuticos, esse modelo de ação é teorizado e organizado a partir da própria estrutura da atenção básica, apoiando-se nas duas dimensões do apoio matricial: a clínico-assistencial e a técnico-pedagógica⁷.

É possível observar que apreensão brasileira da definição de atenção farmacêutica abriga as disposições filosóficas do *pharmaceutical care* de Hepler e Strand⁴, a estrutura metodológica do Método Dáder⁵ e, também, um tipo de delineamento experimental a partir das RAS⁷. Essa diversidade de disposições, visões e conceitos elabora um arranjo nacional variado, que ora opta pelo termo atenção farmacêutica⁶, ora cuidado farmacêutico⁷.

É possível observar que, a despeito da variabilidade nas configurações teóricas e metodológicas, tanto nas definições de atenção farmacêutica quanto de cuidado farmacêutico, é explícita a intenção de instituir ao trabalho farmacêutico um novo paradigma profissional – centrado no cuidado ao paciente. Nesse sentido, uma compreensão mais aprofundada desse processo evolutivo exige que se analise o grau de expansão desse paradigma no cotidiano farmacêutico. Assim, nesta investigação, interessa compreender em que extensão os farmacêuticos atuantes em um sistema municipal de saúde aderem e formulam esse novo paradigma profissional. Dessa forma, a essa questão principal, pretende-se adensar outras reflexões, dirigidas à própria natureza conceitual da atenção farmacêutica, seus elementos constituintes e configurações projetadas pelos farmacêuticos.

Metodologia

A fim de analisar as perspectivas compreensivas e as escalas paradigmáticas do exercício da atenção farmacêutica, optou-se por uma pesquisa qualitativa de abordagem etnográfica. Ao pretender descrever e interpretar a arquitetura e a aplicação conceitual dessa prática profissional, buscou-se examinar as relações sociais, profissionais e institucionais que dirigem os serviços farmacêuticos.

A tipificação de um corpo ontológico e metodológico à atenção farmacêutica parte do postulado de que o enfoque centrado no paciente é, propriamente, a filosofia e o alicerce paradigmático desse exercício profissional. Assim, adotou-se como definição de paradigma a proposta de Thomas Kuhn⁸⁽²¹⁸⁾ como “toda constelação de crenças, valores, técnicas, etc..., partilhadas pelos membros de uma comunidade determinada” e que “durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes [...]”⁸⁽¹³⁾.

Para Masterman⁹, o paradigma kuhniano é um artefato ou uma entidade, que, de um ponto de vista mais instrumental e concreto, organiza ‘um modo de ver’ do qual depende todo êxito e método das realizações científicas. Ainda na visão de Kuhn⁸⁽²²⁴⁾, é o próprio paradigma que define as lentes e os operadores dos novos campos da experiência. Desse modo, “um paradigma governa, em primeiro lugar, não um objeto de estudo, mas um grupo de praticantes [...]”.

Os critérios que orientaram essa investigação buscaram tipificar a variedade de cenários, motivações e procedimentos que se associam ao ofício farmacêutico e sua situação paradigmática. Esse desenho permitiu examinar se os movimentos que operam a atenção farmacêutica ainda constituem uma área de penumbra (ocupada por realizações cujo *status* ainda é duvidoso) ou se já foi alcançada a concreitude de um novo modelo de cuidado para a farmácia.

Cenário e interlocutores

O município estudado possui uma rede de atenção primária à saúde subdividida em 12 distritos sanitários. Ao longo do trabalho de campo e tendo percorrido seis distritos, observou-se que os resultados começaram a se repetir de forma muito contundente, o que sugeriu a saturação dos resultados e a inexistência de alterações significativas nos demais distritos. Assim, esta investigação apresenta o resultado de 36 unidades de saúde visitadas (do total de 64 unidades existentes). Destas, 25 eram unidades básicas de saúde, 3 centros de atenção psicossocial e 8 unidades da saúde da família.

Do total de unidades visitadas, em apenas 13 encontraram-se farmacêuticos presentes. Em 17, havia um responsável pelo atendimento (não farmacêutico); e em 6, não foi possível o acesso às informações (entrevista declinada).

Durante a pesquisa, buscou-se lidar tanto com a base conceitual quanto vivencial dos interlocutores, investigando as composições de ideias que constituem seus próprios emaranhados atitudinais. Assim, o conjunto metodológico deste trabalho se orientou pelo retrato empírico dos estabelecimentos farmacêuticos, a partir da observação participante e aplicação de entrevistas semiestruturadas aos farmacêuticos. Em cada unidade de saúde, buscou-se identificar as cenas de ação e trocas com os usuários, que forneceram pistas sobre os contornos das concepções de atenção farmacêutica performadas, assim como as condições de funcionamento dos serviços. Tanto a observação participante quanto as entrevistas semiestruturadas foram orientadas por um roteiro sistematizado a partir de duas dimensões:

Dimensão atitudinal-profissional – contemplou questões relativas às características formativas, de ascensão ao serviço público de saúde e as experiências vividas com a atenção farmacêutica. Foram observadas as condições dessa trajetória e vivência profissional, assim como suas possíveis implicações na atuação profissional.

Dimensão conceitual – objetivou capturar a concepção acerca da atenção farmacêutica

e seus contornos conceituais. Contemplou também a observação da aplicabilidade desse corpo de conhecimentos à rotina assistencial.

Para a interpretação dos dados obtidos, utilizou-se a análise de discurso¹⁰ como estratégia analítica, adotando os conceitos oficiais como metáforas representacionais. Todo material empírico foi analisado utilizando-se o *software Atlas ti*[®], que contribuiu para composição e exploração dos dados. O processo analítico envolveu a transcrição detalhada das entrevistas seguida da exploração do material, aplicando o espírito da leitura cética proposto por Gill¹⁰. Nesse tipo de procedimento, o analista direciona o olhar à construção, à organização e às funções do discurso ao invés de buscar algo subjacente a ele. Esse momento exigiu um interesse não na busca de essências ou sínteses dos relatos, mas nos detalhes das passagens e relações empreendidas e nas confluências entre aquilo que foi dito e sua interseção com a realidade observada. Em seguida, procedeu-se à etapa de codificação, determinada a partir de categorias suscitadas pelos discursos dos farmacêuticos e os contornos informados à atenção farmacêutica.

O processo de interpretação buscou emergir a existência de fatores norteadores à consolidação da atenção farmacêutica e seu paradigma profissional. Portanto, essa prática foi analisada a partir de sua congruência às novas categorias e procedimentos paradigmáticos. Tendo ocorrido de maneira transversal ao estudo, a elucidação tanto da mediação técnica quanto intelectual que operaram a atenção farmacêutica levou em consideração os elementos observados nas entrevistas, a vivência dos cenários de pesquisa e o arcabouço teórico vigente nas políticas de assistência farmacêutica.

Este trabalho, além de ser desenvolvido sob os mais elevados princípios éticos, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (CAAE: 01288818.3.0000.8035). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Relação entre componentes do trabalho farmacêutico, trajetórias e atitudes dos farmacêuticos

Observou-se que, de maneira geral, o grupo de farmacêuticos estudados apresentou uma trajetória profissional fracamente direcionada à assistência farmacêutica. Apenas três farmacêuticos indicaram ter formação continuada ou identificação profissional específica para esse campo. Quando questionados acerca de sua área de atuação preferencial, a mais citada foi a de análises clínicas (69,2%, 9/13).

Quanto à motivação para ingresso na Secretaria Municipal de Saúde, parte dos farmacêuticos revelou ter optado por trabalhar na assistência farmacêutica básica por uma questão de oportunidade e facilidade, incentivado, muitas vezes, pelo tipo de vínculo empregatício e pela baixa concorrência do campo:

Dos quinze profissionais, os treze queriam farmácia bioquímica eu fui a última a ser entrevistada [...] eu disse: farmácia, eu quero farmácia. Pela concorrência, quando eu entrei foi pela concorrência eu não tinha experiência. (Farmacêutico 1).

Ah é eu me formei em análises clínicas, mas eu nunca atuei, então eu vim para cá. (Farmacêutico 6).

Fiz concurso público porque é um concurso público, não porque eu queria trabalhar, né, não exatamente. (Farmacêutico 7).

Para outro grupo de profissionais, a opção pelo campo a assistência farmacêutica decorre de uma identificação e vinculação com área e seu escopo de atuação:

Existiam duas vagas para farmacêutico bioquímico [...] todo mundo querendo ir para o laboratório [...] foi muito bom a minha escolha, não me arrependo agradeço à vida ter me dado essa oportunidade [...] hoje eu sou extremamente realizada. (Farmacêutico 1).

Eu gostava de bioquímica [...] mas, quando eu ingressei na área de farmácia, né, na parte pública, né, é apaixonante porque você vê a necessidade do profissional farmacêutico. (Farmacêutico 7).

A fim de caracterizar o trabalho assistencial realizado pelos farmacêuticos nas unidades de saúde e instrumentalizados pelas observações de campo, alcançou-se a identificação de um conjunto de quatro grupos de atividades, que foram descritas pelos profissionais como constituintes de sua rotina de trabalho: 1) atividades de assistência ao paciente; 2) supervisão da equipe; 3) planejamento da assistência; e 4) atividades administrativas e de gerenciamento.

Quando estimulados a indicar quais grupos de atividades concentravam o maior volume de trabalho dedicado, observou-se que as atividades administrativas e de gerenciamento; a supervisão da equipe e o planejamento da assistência ocupavam o maior espaço da rotina profissional para 84,6% (11/13) dos farmacêuticos. Apenas para 15,4% (2/13) a atividade mais realizada se relacionava com as ações de assistência ao paciente.

A experiência etnográfica nas farmácias confirmou o diagnóstico realizado pelos farmacêuticos. O olhar sobre o cotidiano das práticas assistenciais permitiu evidenciar um cenário em que imperava um tipo de exercício farmacêutico convencional, limitado à distribuição de medicamentos e com pouco alcance ao cuidado direcionado ao paciente. A presença do farmacêutico no momento da dispensação ocorria de maneira bastante irregular e mais comumente restrita a episódios ‘problemáticos’ que exigiam a presença do profissional para juízo da situação. A agência do farmacêutico em redefinir a situação assistencial é fracamente percebida; e mesmo nos poucos encontros clínicos, sua atuação parece mais perscrutar sinais de desvio ou ‘desobediência’ ao regime prescrito do que estabelecer vínculo ou objetivos terapêuticos.

No entanto, no contexto desse aparente imobilismo assistencial, pudemos observar alguns conflitos internos entre os farmacêuticos e

sua atuação profissional. Suas opiniões sobre a postura da administração municipal, da comunidade assistida e da própria academia constroem uma trama de frustrações, descontentamentos e afastamentos, que afetavam sua capacidade de ação e de transformação da realidade. O desejo de uma atuação mais clínica e humanizada não é esquecido por parte significativa desses profissionais, mas é bastante dificultado, segundo eles, tanto por questões estruturais quanto operacionais.

Dimensão conceitual, aspectos construtivos e a prática da atenção farmacêutica

Para alguns farmacêuticos, o conteúdo da atenção farmacêutica segue predominantemente os fundamentos teóricos da assistência farmacêutica, acrescida da ampliação do foco de trabalho para o paciente, como exemplifica o seguinte trecho de uma das entrevistas:

Atenção farmacêutica significa, acho, um conjunto de ações que vai desde o planejamento da aquisição do medicamento e, até você chegar ao paciente acho que a atividade de atenção farmacêutica engloba tudo que você faz é pensando no paciente tanto na qualidade do que você adquire, quanto a confiabilidade dos produtos que você manipula até chegar ao paciente, até chegar não, talvez tudo isso o objetivo principal é o paciente, porque você tem um planejamento na sua compra, na sua aquisição. Você tá fazendo isso tudo por quê? Porque você tem a causa inicial de tudo isso, que movimenta tudo, que é o paciente. (Farmacêutico 10).

Em sentido oposto aos conceitos oficiais, verificou-se que, para alguns profissionais, a atenção farmacêutica não é em si uma prática exclusiva do farmacêutico, mas se caracteriza como um serviço multiprofissional:

Atenção farmacêutica é um conjunto de atividades que o farmacêutico presta juntamente com outros profissionais de saúde pra garantir o uso racional de medicamentos. (Farmacêutico 5).

Grande parte da abordagem acadêmico-científica relacionada com a atenção farmacêutica se reporta ao conceito de saúde em sua dimensão ampliada. No entanto, muitos farmacêuticos não conseguem extrapolar o cuidado para além do medicamento:

A atenção farmacêutica é você acompanhar o uso de medicamentos pelo paciente, né, na evolução mesmo da cura dele ou do tratamento, se aquela medicação que você tá dispensando e que foi prescrita pelo médico, se ela está realmente adequada para aquele tipo de patologia que o paciente tem, se não tem erro, se o tratamento é o correto. (Farmacêutico 4).

Então a gente poderia pelo menos tentar acompanhar esse paciente, o uso dele, o uso desse medicamento, ver efeitos colaterais de medicamentos, ver ação realmente do medicamento, ver se aquele medicamento tá tendo a ação esperada. (Farmacêutico 13).

A atenção farmacêutica pra mim seria é, não fazer uma entrega pura e simplesmente dos medicamentos. Seria explicar ver como a o que é que o paciente está tomando, né. Porque a grande maioria toma, né, o medicamento de forma errada, para de tomar por conta própria. A população ela precisa muito, ela pede por, carece do, do profissional pra tomar conta, né, foi aquele, guardião realmente dos medicamentos. (Farmacêutico 9).

Entretanto, alguns profissionais apresentam um olhar ampliado sobre o cuidado, identificando outras dimensões terapêuticas e ultrapassando a perspectiva medicamento-doença:

Acho que o farmacêutico tem que sair, participar, verificar, ver as dificuldades com relação ao paciente, com relação ao familiar, ver a questão que transcende essa parte aqui, e ir pra convivência dele, né, no dia a dia. Como é que é visto ele, né? O que a doença significa pra ele, né? Que estigma ele traz, né? Uma série de coisas que você precisa primeiro entender, né, a dinâmica do paciente, pra depois você poder atuar enquanto profissional. (Farmacêutico 2).

A orientação dos conceitos oficiais é bastante propositiva à retomada da função clínica e social do farmacêutico. Contudo, os desafios práticos inerentes a esse tipo de atuação, notadamente inclinada ao atendimento individual, ocasionam certa apreensão:

É difícil realizar na prática. A gente faz pouquíssimo, muito pouco, às vezes a gente dá uma orientação ao paciente ali na hora que ele vai pegar o medicamento porque as condições de trabalho, primeiro, a gente tem um fluxo grande de pacientes, depois o local de trabalho não favorece você atender, eu não consigo fazer o que a universidade propõe. (Farmacêutico 3).

Em uma tentativa de encontrar uma estrutura de conteúdo, para a atenção farmacêutica, a partir da livre definição pelos farmacêuticos, as mais variadas combinações foram reproduzidas. Essa variedade de arranjos dimensiona a abrangência de significados, elementos e correlações que essa prática suscita. As categorias mais destacadas são descritas a seguir:

a) Acompanhamento farmacoterapêutico

Fazer esse tipo de acompanhamento [terapêutico], pelo menos isso seria o mínimo de uma atenção farmacêutica. (Farmacêutico 3).

b) Dispensação e orientação

Bom, além da, dispensação de medicamentos, a parte mais importante que eu acho é a orientação mesmo ao paciente, né, tá acompanhando se ele está realmente é... tomando aquele medicamento correto, de acordo com a prescrição do médico, se ele tem alguma queixa com aquele medicamento, se ele tá causando algum, algum efeito colateral. (Farmacêutico 12).

c) Intervenção farmacêutica

Eu acho que na atenção envolve primeiro a orientação, o acompanhamento farmacoterapêutico, né, e depois é muito importante as intervenções que a gente possa vir a fazer em termos de dosagem ou de mudança de prescrição. (Farmacêutico 6).

d) Entrevista farmacêutica

Eu acho que a primeira atividade da atenção farmacêutica que o profissional tem que aprender a saber lidar é uma entrevista então, saber fazer essa escuta, e saber é, fazer uma entrevista é o primeiro passo pra você poder ajudar o outro. (Farmacêutico 2).

Uma dúvida recorrentemente apresentada pelos farmacêuticos foi eminentemente ontológica. Sendo de composição plural, quando o exercício profissional atende apenas parcialmente à composição referente, pode-se caracterizá-la ou não como atenção farmacêutica? Qual seu elemento mestre, a metodologia ou a adesão ao paradigma filosófico?

Bom, aqui, assim, a gente não trabalha assim, diretamente com essa atenção farmacêutica, mas eu como profissional, eu me preocupo, né, com os pacientes tem paciente que as vezes chega na farmácia com queixa de efeitos colaterais, e me pergunta até se ele pode mudar o medicamento, ai, ai eu vou conversar com o médico, digo que o paciente x está sentindo, e se ele pode mudar esse medicamento. Então assim, eu como profissional aqui de farmácia, e como me dedico, eu me preocupo, mas não se posso dizer que faço. (Farmacêutico 4).

Para alguns eu digo que faço atenção farmacêutica, porque me preocupo, faço acompanhamento dos pacientes, mas para outras pessoas como eu não faço registro então eu não faço, então depende de quem eu estou falando. (Farmacêutico 12).

Dentro da minha visão, do que eu vejo como atenção farmacêutica, eu tenho, faço grupo com família, nesse grupo de família a gente trata do tema de medicamento, né, as dúvidas com relação a ele, as dúvidas com relação à doença, né, o que é pra família ter o paciente doente, como é dar a medicação [...]. Então esclarecer todas as coisas, efeitos colaterais de medicamento. (Farmacêutico 2).

A atenção farmacêutica aqui é mínima, quando o paciente solicita a minha atenção e, as vezes eu, quando eu aproveito o momento da fila grande, da espera do paciente, que o paciente vai ter que esperar, e aí eu vou conversando com cada um e tirando dúvida. [...] Tem o pouco que eu ainda posso oferecer, a gente faz para não fazer nada, melhor do que não fazer nada, fazer alguma coisa, entendeu? Mas não como deveria, como a gente aprende na faculdade, mas o que a gente tem. (Farmacêutico 1).

Em nenhuma das farmácias analisadas foi possível encontrar elementos estruturais que garantissem condições mínimas para o exercício da atenção farmacêutica. Em apenas duas unidades era realizado algum tipo de atendimento estruturado, direcionado ao paciente.

Em uma delas, todos os pacientes eram atendidos individualmente, em um ambiente que, a despeito de seu desenho tradicional de ‘janelinha de atendimento’, a farmacêutica optou por inutilizar esse espaço e acolhia os pacientes pela única porta de entrada da farmácia, compartilhando sua mesa de trabalho para apoio à dispensação e desenvolvimento de ações de cuidado específicas. Tratava-se de uma unidade de atenção psicossocial, e o seu baixo volume de atendimento favorecia a possibilidade de concretização desse rearranjo interno. No entanto, esse novo desenho exigia uma reorganização administrativa, uma vez que essa sobreposição de espaços, algumas vezes, gerava comprometimentos – por exemplo, nos momentos de recebimento de medicamentos, os atendimentos tinham que ser suspensos. Além disso, havia uma constante interrupção do serviço farmacêutico pelos pacientes que aguardavam o seu atendimento ou demandavam informações pontuais.

Em outra unidade de saúde, cujo desenho assistencial era notadamente voltado para ações de base comunitária, o ambiente da farmácia (como resultado da ação política e envolvimento da farmacêutica) alcançou um desenho arquitetônico que favorecia as ações de dispensação e orientação individualizada,

com cadeiras para atendimento e fila de espera organizada. O espaço de interação era enviaçado, mas ainda preservava uma maior visualização do ambiente e do atendente, com menor ruído à comunicação.

Nas outras 11 unidades, em que foram encontrados farmacêuticos presentes, os ambientes possuíam um desenho precário às ações que se propunham realizar. Os espaços de atendimento limitavam-se a pequenas aberturas nas paredes ou ‘janelas de atendimento’, muitas vezes com adicional de grades, e que, sendo, por vezes, tão diminutas, dificultavam qualquer tipo de visualização entre os indivíduos. A comunicação nessas situações era tão comprometida que era difícil identificar se ambas as partes conseguiam compreender um ao outro.

A irregularidade no abastecimento de medicamentos era, também, uma circunstância crônica segundo os interlocutores. A insuficiência desses insumos pôde ser claramente observada durante o período de estudo. Muitas vezes, o reabastecimento dos medicamentos faltosos era insuficiente para a cobertura da demanda, e a recomposição dos estoques podia não ocorrer por mais de seis meses.

Esse tipo de estrutura debilita não apenas o desempenho das ações de saúde, mas também a própria conexão entre o serviço e os pacientes. Estabelece-se uma relação pouco amistosa e, por vezes negativa, em que os conflitos latentes podiam rapidamente se converter em agressões verbais ou mesmo físicas. A capacidade assistencial, em consequência dessas limitações operacionais, apresentava grande fragilidade, mesmo no desempenho de suas atividades mais básicas – um cenário que compromete tanto os resultados em saúde quanto o próprio estabelecimento de indicadores de produção e gestão clínico-assistencial.

Discussão

A experiência etnográfica, ao descortinar o fato e as expectativas sobre a atenção farmacêutica,

revelou que esse exercício profissional ainda não consolidou o paradigma proposto por Hepler e Strand⁴, e compartilhado pela política farmacêutica nacional⁷, de uma prática centrada no paciente (*patient-oriented practice*). Identificou-se que ainda pairam sobre os farmacêuticos ambiguidades, que são incompatíveis com um conceito amadurecido, no qual os paradigmas podem ser identificados com relativa facilidade.

Para Kuhn⁸, enquanto o mapa paradigmático ainda estiver se mostrando frutífero e não surgirem embaraços sérios no ajuste empírico da teoria, é mantido um comprometimento tenaz ao paradigma em vigência. Portanto, os resultados apresentados sugerem que ainda se está na fase de penumbra ou ‘crise paradigmática’, na qual o antigo paradigma ainda não foi totalmente abandonado ante a superioridade do novo. Isso se observa nos discursos que sobrepõem os conceitos de atenção farmacêutica e assistência farmacêutica; na rotina fortemente dirigida à logística e de distribuição de medicamentos e na dificuldade em definir os contornos e conteúdo da atenção farmacêutica.

Parece que os esforços políticos e acadêmicos para consolidação e normalização desse novo desenho de prática ainda não lograram êxito em solucionar o quebra-cabeças da ação farmacêutica. Por isso, diferentes desenhos se multiplicam, produzindo uma diversidade de configurações práticas e delineamentos dirigidos à atenção farmacêutica, assim como a sua própria nomeação (atenção farmacêutica⁶ ou cuidado farmacêutico⁷).

Ainda que os resultados apresentados não sejam capazes de generalização, uma rápida investigação da literatura nacional sugere que realmente se está em uma franca transição paradigmática. Mesmo quando os trabalhos científicos acenam para dispositivos de submissão ao paradigma da atenção farmacêutica, um olhar restrito à avaliação da terapêutica farmacológica prevalece diante da construção colaborativa do cuidado. Parece verossímil um esforço em superar a centralização exclusiva ao medicamento, mas ainda se observa

uma fraca adesão, tanto aos princípios que organizam o campo assistencial no sistema público de saúde¹¹ quanto a uma concepção emancipatória do cuidado.

Para Araújo e colaboradores³⁽²⁾, sobre a prática da atenção farmacêutica, ainda permanecem algumas dificuldades à constituição de seu significado. Segundo os autores:

[...] em todo o mundo, a definição adotada por Hepler e Strand (1990) é considerada como um marco consensual, mas no Brasil, o que se denomina como atenção farmacêutica assume significados distintos no que denominaríamos de ‘mundo da ciência’ e o como as políticas no âmbito da assistência farmacêutica a compreendem. As diferenças operam no plano epistemológico e se reproduzem na prática.

Para Kuhn⁸, os fundamentos de um paradigma são fornecidos a partir das atividades da comunidade científica, e para a consolidação da transição para a maturidade e normalidade científica, é exigido o reconhecimento de uma realização exemplar (no caso da atenção farmacêutica, o reordenamento do cuidado para centrado no paciente). Desse modo, pode-se constatar que o processo de alfabetização científica e tecnológica ainda se encontra em andamento.

Para Björkman¹², há duas ideologias dominantes, que dirigem o contexto da atenção farmacêutica: uma centrada no paciente e outra convergindo para a medicina baseada em evidências. Segundo os autores, “*different forms of pharmaceutical care have been developed depending on what ideology the conception is based on and to what extent this ideology is set in focus*¹¹⁽³³⁹⁾”. A essa análise, Gastelurrutia¹³ apresentou uma contestação, em que reivindicava ao método Dáder as disposições suficientes para combinar de maneira eficaz essas duas ideologias. No entanto, o que se observa dessa controvérsia é o equívoco em pensar que é o método que realiza a prática, e não as pessoas. Como demonstra Kuhn⁸, as ciências são construções humanas, portanto,

sociais e históricas, e não se sustentam apenas por estruturas metodológicas – muito menos por simples proselitismo.

Se ainda é possível se mover sob o dogma do medicamento, é preciso identificar os comportamentos e atitudes que não permitem o avanço do novo paradigma. Ademais, no desvelamento entre o que a profissão farmacêutica é, aquilo que poderia (ou deveria) ser e para onde irá, abrigam-se as questões fundamentais, para a compreensão de suas práticas, venturas e desventuras. Todos esses elementos devem ser levados em consideração, enfatizando como esses valores se irradiam à atenção farmacêutica.

Conclusões

Assim, ao problematizar o assentamento do paradigma da atenção farmacêutica no cenário

brasileiro, parece claro que ainda persiste uma situação de penumbra e *status* paradigmático duvidoso. Os resultados ora descritos permitem afirmar que os farmacêuticos ainda apresentam grande resistência em operar para além dos limites do controle dos medicamentos. Deste modo, se, como afirma Cordeiro¹⁴, a revolução da profissão farmacêutica atende pelo nome de atenção farmacêutica, segundo a esta análise, essa revolução ainda não aconteceu.

Colaboradoras

Penaforte T (0000-0003-3606-7453)* concebeu e delineou o trabalho; conduziu a análise, interpretação dos dados e redação do manuscrito. Castro S (0000-0002-0241-9564)* contribuiu para a coleta, organização, análise dos dados, participou da discussão dos resultados e aprovou a versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Del Corral FSD, Souza MLA, Negrão OL. Do boticário ao farmacêutico: o ensino de Farmácia na Bahia, de 1815 a 1949. Salvador: EDUFBA; 2009.
2. Costa EA, Araújo OS, Penaforte TR, et al. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. Rev. Saúde Pública. 2017; 51(supl2):5.
3. Araújo PS, Costa EA, Guerra Junior AA, et al. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2017; 51(supl2):6s.
4. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am. J. Hosp. Pharm. 1990; 47(3):533-543.
5. Dáder MJF, Martínez-Martínez F. La Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. Pharm. Care Esp. 1999; 1(1):52-61.
6. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Apro-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- var a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. 2004 maio 6. [acesso em 2020 nov 24]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégico. Cuidado farmacêutico na atenção básica. Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na atenção básica à saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2015. 108 p.
 8. Kuhn T. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 1998.
 9. Masterman M. A natureza de um paradigma. In: Lakatos I, Musgrave A, organizadores. A crítica e o desenvolvimento do conhecimento. São Paulo: Cultrix; 1979.
 10. Gill R. Análise de Discurso. In: Bauer MW, Gaskell GG, editores. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual. Petrópolis: Vozes; 2002.
 11. Barros DSL, Silva DLM, Leite SN. Serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária à saúde do Brasil. *Trab. educ. saúde*. 2020; 18(1):1-17.
 12. Björkman IK, Bernsten CB, Sanner MA. Care ideologies reflected in 4 conceptions of pharmaceutical care. *Res Social Adm Pharm*. 2008; (4):332-342.
 13. Gastelurrutia MA, Faus MJ. Different ways of practicing pharmaceutical care. *Res Social Adm Pharm*. 2009; 5(1):1-2.
 14. Cordeiro BC, Reynaud F. Atenção farmacêutica: evolução ou revolução? In: Cordeiro BC, Leite SN. O farmacêutico na atenção à saúde. Itajaí: Editora da Universidade do Vale do Itajaí; 2005.

Recebido em 12/01/2021

Aprovado em 18/09/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Pagamento por desempenho às Equipes da Atenção Básica: análise a partir dos ciclos do PMAQ-AB

Performance payment to the Primary Care Teams: analysis from the PMAQ-AB cycles

André Wagner Dantas Rodrigues¹, Emmanuella Costa de Azevedo Mello², Rozileide Martins Simões Candeia², Geane Silva², Luciano Bezerra Gomes², Juliana Sampaio²

DOI: 10.1590/0103-1104202113109

RESUMO O objetivo do estudo foi compreender como se deu o uso do recurso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em nível municipal, como estratégia de pagamento por desempenho, no estado da Paraíba. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Participaram do estudo 219 municípios, de um total de 223 existentes no estado, com os quais realizou-se um inquérito com os gestores municipais em 2018. Os dados sofreram análise estatística descritiva. Os resultados apontam que a maioria dos municípios adotou lei municipal como normativa para regulamentar o uso dos incentivos financeiros do PMAQ-AB. A avaliação externa foi o principal critério de repasse dos recursos financeiros às equipes de saúde. No decorrer dos ciclos, mais atores receberam recursos além da equipe mínima da estratégia de saúde da família e o repasse foi feito de forma semestral e anual, sendo cerca de 40% a 50% do valor destinado às equipes e o restante investido em melhorias das condições de trabalho. Conclui-se que os recursos do PMAQ-AB foram utilizados com uma tendência homogênea nos municípios da Paraíba, repassando incentivos financeiros para os trabalhadores, mas se preocupando também com investimentos nas condições de trabalho das equipes.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Remuneração. Gestão de recursos.

ABSTRACT *The study aimed to understand how the resource of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) was used at the municipal level, as a payment-for-performance strategy, in the state of Paraíba. This is a descriptive study with a quantitative approach. 219 municipalities of a total of 223 in the state participated in the study, with which an inquiry was carried out with municipal managers in 2018. The data underwent descriptive statistical analysis. Results show that most municipalities have adopted a municipal law as a rule to regulate the use of financial incentives under the PMAQ-AB. External evaluation was the main criterion for transferring financial resources to health teams. During cycles, more actors received resources in addition to the minimum team of the family health strategy and the transfer was made on a biannual and annual basis, with around 40% to 50% of the amount allocated to the teams and the remainder invested in improvements in work conditions. It is concluded that the resources of the PMAQ-AB were used with a homogeneous trend in the municipalities of Paraíba, transferring financial incentives to workers, but also being concerned with investments in the working conditions of the teams.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Remuneration. Resource management.*

¹Centro Universitário de Patos (Unifip) - Patos (PB), Brasil.
andredantas1.0@hotmail.com

²Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - Patos (PB), Brasil.



Introdução

A saúde pública no Brasil, segundo Flôres et al.¹ e Pinto, Sousa e Ferla², tem sofrido dificuldades devido à insuficiência de recursos, às estruturas inadequadas das unidades de saúde e à deficiência no acesso à atenção. Dessa forma, no ano de 2011, com a intenção de aprimorar o Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliar o acesso e a qualidade na Atenção Básica (AB), o então Governo Federal, administrado pela presidente Dilma Rousseff, criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O programa foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, e trouxe como principal objetivo:

Induzir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica à Saúde³.

O PMAQ-AB, logo quando lançado, estava estruturado em 4 fases, a saber: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização, formando um ciclo que se completava. Essa estrutura se manteve durante os dois primeiros ciclos, porém no terceiro ciclo, o programa passou a ser constituído por 3 fases – adesão e contratualização, certificação e recontratualização – sendo a fase de desenvolvimento transformada em um eixo transversal do programa^{3,4}. Esta alteração se sustentou na tentativa de conferir maior destaque ao momento de desenvolvimento, considerado como estruturante do programa⁴, pois nele se esperava que ocorressem os processos de mudança da AB.

O programa inovou, também, o processo de financiamento da AB ao adotar avaliações para repasse de recursos por meio de indicadores e metas estabelecidas, adicionando o componente de qualidade. As Equipes de Atenção Básica

(EAB) aderiram ao programa de maneira voluntária. Com a adesão das equipes, houve um aumento no valor repassado pelo Piso da Atenção Básica variado (PAB variado) para os municípios, de acordo com o desempenho alcançado^{5,2}.

O PMAQ-AB utilizou como base para a transferência de recurso o pagamento por desempenho (Pay-For-Performance, P4P). Amstrong⁶ conceitua o pagamento por desempenho como um sistema de recompensa que atrela o repasse de recursos ao mérito de cada servidor ou equipe, aferido por meio de avaliações.

Poli-Neto et al.⁷, citam que o PMAQ-AB adotava uma forma de P4P diferente do modelo tradicional, onde o recurso é transferido para os provedores ou serviço de saúde com base em metas ou ações determinadas. Nesse programa, o P4P passou a ser uma forma de descentralização orçamentária em que os municípios decidiam sobre a aplicação dos incentivos financeiros variáveis alcançados. Essa forma de pagamento poderia estimular os trabalhadores e a gestão a alcançarem resultados cada vez mais significativos, podendo aumentar os valores de recursos recebidos de acordo com o desempenho das equipes. Contudo, Fontenele⁸ aponta que, em alguns estudos, os trabalhadores se mostram insatisfeitos com a distribuição dos recursos pela gestão, alegando que, ao invés do gestor se preocupar apenas com os acréscimos nos salários dos servidores, deveria incentivá-los de outras formas, como a partir de capacitação e melhoria das condições de trabalho.

O PMAQ-AB teve seu fim decretado no ano de 2019, após encerrar o seu 3º ciclo de avaliação. O Ministério da Saúde, através da portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, lançou o novo modelo de financiamento para a AB, chamado Previne Brasil, que entrou em vigor a partir do ano 2020⁹, propondo utilizar como critério de repasse dos recursos a captação ponderada, o pagamento por performance, incentivo para ações estratégicas e provimento de profissionais de saúde¹⁰.

Para o presente estudo, o estado da Paraíba foi escolhido por questão de conveniência dos pesquisadores. Além disso, a escolha se justifica pelas suas características, possuindo uma cobertura populacional de 94,0% da Estratégia Saúde da Família (ESF) e por possuir um grande número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) implantados: 152 Nasf-AB Modalidade I, 54 Nasf-AB Modalidade II e 78 Nasf-AB Modalidade III. Estes dados o tornam um estado representativo para uma pesquisa relacionada à AB. Além disso, 77,2% dos municípios do estado participaram do programa PMAQ-AB desde seu primeiro ciclo, evidenciando a ampla experiência deste no programa¹¹.

Como o PMAQ-AB não estabelece como os recursos repassados deverão ser aplicados pela gestão municipal, esta tem autonomia para investi-los de acordo com as necessidades locais. Diante desta flexibilização, o presente estudo objetiva compreender como se deu o uso do recurso do PMAQ-AB em nível municipal, como estratégia de pagamento por desempenho, no estado da Paraíba. Com isso, pretendemos ampliar a compreensão sobre as maneiras como esse programa pode ter afetado a AB no estado e contribuir com a literatura na identificação de possíveis modalidades mais frequentes de execução desses recursos, agregando na elaboração de modelos para avaliar o uso do PMAQ na gestão da AB no Brasil.

Material e métodos

O estudo é um recorte da pesquisa: 'Impactos do PMAQ-AB na Atenção Básica: análise da aplicação do incentivo financeiro por desempenho às equipes de saúde no Brasil'. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. A base de dados da pesquisa foi construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde (GPECS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), a partir de questionário respondido por gestores municipais de saúde do estado da Paraíba.

O instrumento de coleta de dados é composto por quatro partes: a primeira parte contém questões que exploram o perfil do gestor municipal respondente; a segunda aborda a existência de normativas que regulamentam a gestão do recurso do PMAQ-AB no município; a terceira versa sobre a forma de aplicação dos recursos; e a quarta (e última) parte aborda a avaliação dos gestores dos efeitos causados pelos recursos na melhoria da AB.

A coleta de dados foi realizada com cada participante entre os meses de julho e setembro de 2018, concomitante à avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB na Paraíba. Para responder o questionário, o indivíduo deveria ser secretário de saúde ou alguém que representasse a gestão municipal nas questões relacionadas à política de AB. Cabe ressaltar, ainda, que a coleta de informações referentes aos ciclos 1, 2 e 3 foi realizada de forma retrospectiva com os atuais gestores de 2018.

A grande maioria dos respondentes – 76,7% (168) – era do sexo feminino, com média de idade de 39,72 anos (Desvio Padrão 9,974) e variando entre 23 e 70 anos. Quanto ao cargo, 63,9% (140) ocupavam a função de secretária(o) de saúde, 25,1% (55) de direção/coordenação da AB, 5,9% (13) de gerente e 5,0% (11) se encaixavam na opção 'outros cargos'. Para efeito deste estudo, esse conjunto de participantes será compreendido como os gestores municipais da AB.

Para coletar as informações, a equipe de avaliação externa solicitava que os gestores respondessem a um questionário aplicado pelo próprio avaliador. Quando o gestor afirmava não ter condições de respondê-lo naquele momento, era fornecido um *link* de acesso ao formulário, via WhatsApp, para que fosse respondido posteriormente.

Os dados coletados foram organizados e agrupados através do programa Excel, na versão 2016. Para a análise de dados, utilizou-se a técnica estatística de análise descritiva, recorrendo aos cálculos de

médias e valores relativos (percentuais e desvios padrões) das variáveis em estudo. Essa estratégia foi proposta segundo o seu potencial explicativo, permitindo a visualização, de forma mais clara e objetiva, dos desfechos do estudo e suas interpretações¹².

Ressalta-se que a pesquisa originária do banco cumpriu os aspectos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – CEP/CCM/UFPB e aprovada com registro de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de número 90331418.6.0000.8069.

Ressalta-se, ainda, que esta pesquisa não obteve financiamento específico de agências de fomento para seu desenvolvimento, porém parte do seu trabalho de campo foi realizado em paralelo às ações de avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB, os quais, foram realizados com o financiamento do Ministério da Saúde.

Resultados e discussão

Os resultados desse estudo foram agregados em temas e serão apresentados em quatro partes, para uma melhor abordagem e discussão dos dados: (a) modos de aplicação dos recursos operados pelos municípios da Paraíba; (b) tipos de legislações utilizadas para o repasse dos recursos no município; (c) critérios de avaliação e de repasse dos recursos do PMAQ-AB; (d) avaliação dos gestores sobre os efeitos do PMAQ-AB na qualificação da AB.

Modos de aplicação dos recursos operados pelos municípios da Paraíba

Dado que o PMAQ-AB não determinava a forma de aplicação dos recursos financeiros, cabendo ao gestor municipal essa tomada de decisão, é importante compreender como foi realizada a definição do repasse do incentivo para as EAB. Os dados da *tabela 1* demonstram como isso se deu na Paraíba.

Tabela 1. Resultado da definição do repasse concebido pelo PMAQ-AB para as Equipes de Atenção Básica

Como é definido o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB?	Ciclos do PMAQ-AB					
	Ciclo 1		Ciclo 2		Ciclo 3	
	n	%	n	%	n	%
Valor fixo para todos os profissionais	50	22,8	58	26,5	53	24,2
Percentual sobre a remuneração mensal individual de cada profissional	46	21,0	67	30,6	68	31,1
Não há repasse para as EAB	27	12,3	02	0,9	10	4,6
Outros	39	17,8	57	26,0	61	27,9
NS/NR	57	26,0	35	16,0	27	12,3
Total	219	100	219	100	219	100

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados mostram que, nos três ciclos, as formas mais frequentes de repasse dos incentivos financeiros aos trabalhadores eram por um valor fixo ou por um percentual sobre a remuneração mensal. Observa-se, ainda, que os valores entre essas duas opções de respostas

encontram-se bem próximos e vão se distanciando com o passar dos ciclos, com destaque para a opção percentual sobre a remuneração mensal, que aumentou sua diferença de 1,8% no primeiro ciclo para 6,9% no terceiro ciclo. Isso mostra que houve um aumento na

diferença entre os valores repassados para os diferentes trabalhadores das equipes.

Esse critério de repasse pode gerar insatisfação nos trabalhadores, pois o fato de se esforçarem em conjunto, mas receberem valores diferentes (percentual sobre remuneração mensal) produz tensões internas nas equipes, gerando disputas e competições por bônus individuais, que podem prejudicar o trabalho em equipe^{13,14}. Destaca-se que o trabalho individual não era capaz de promover as mudanças de interesse do PMAQ-AB, cabendo, portanto, a toda a equipe o envolvimento no processo que repercutisse na organização do serviço como um todo¹⁵.

Os resultados que se referem às EAB que receberam os recursos do PMAQ-AB evidenciam que grande parte dos gestores municipais repassaram os recursos de forma exclusiva para as equipes participantes do programa. Observou-se que, no 1º ciclo, 53,9% (118) dos gestores repassavam recursos para as EAB e esse critério sofreu um aumento ao longo dos ciclos. No 2º ciclo, a taxa foi de 71,7% (157) e no 3º ciclo 73,1% (160), assim como o valor de resposta para a alternativa ‘não houve repasse para as equipes’ foi diminuindo com a transição dos ciclos.

Esses dados evidenciam que o pagamento por desempenho, através de repasse de recursos para os trabalhadores, passou a ser adotado cada vez mais pelos municípios paraibanos. A partir disso, geram-se reflexões sobre o real motivo da adoção do pagamento por desempenho por parte dos gestores, haja vista a pressão dos servidores para receber recursos, municípios vizinhos adotando essa forma de pagamento, ou mesmo uma compreensão dos gestores da sobre os benefícios de um programa de P4P.

Armond¹⁶ e Bertusso & Rizzotto¹⁷ apontam que são vários os motivos para a adoção do pagamento por desempenho no setor saúde, pois sua contribuição vai desde motivar os trabalhadores aumentando seu empenho nos serviços, por meio de um aumento ou atribuição de remuneração, até a melhoria na qualidade dos serviços oferecidos pela instituição como um todo. Contudo, Barreto¹⁸, Zermiani, Baldani e Ditterich¹⁹ ressaltam que o pagamento por desempenho requer um planejamento dos incentivos que serão repassados aos trabalhadores, sob pena de gerar efeitos inesperados, como desmotivar o trabalhador a realizar tarefas que são importantes, porém não remuneradas, fraude na apresentação de relatórios, seleção de pacientes para a facilidade de atingir objetivos e até mesmo causar uma dependência dos recursos financeiros.

No contexto da falsificação na apresentação dos dados, percebe-se que alguns autores relatam a existência de uma manipulação da realidade local, como é o caso da ‘PMAQuiagem’, citada por Sampaio et al.²⁰. Essa ‘PMAQuiagem’ forjava a percepção dos avaliadores, produzindo resultados mais favoráveis na avaliação externa. Assim, o município não deixaria de receber os recursos anteriores e poderia ampliá-los, o que mostra também uma dependência de recursos das equipes.

Neves, Montenegro e Bittencourt^{21,22} ressaltam que o modelo de gestão baseado no cumprimento de objetivos, visando apenas o quantitativo de procedimentos, sem reuniões frequentes entre os atores envolvidos para gerar reflexões sobre a melhoria do processo de trabalho, pode gerar problemas entre os gestores e os profissionais de saúde.

As informações expostas a seguir apontam o percentual dos incentivos que são repassados para as EAB (*tabela 2*).

Tabela 2. Percentual dos incentivos financeiros do PMAQ-AB repassado para as Equipes de Atenção Básica

Percentual repassado	Ciclos do PMAQ-AB					
	Ciclo 1		Ciclo 2		Ciclo 3	
	n	%	n	%	n	%
De 0 a 20%	05	2,3	06	2,7	04	1,8
De 20 a 30%	15	6,8	18	8,2	18	8,2
De 30 a 40%	13	5,9	21	9,6	22	10,0
De 40 a 50%	59	26,9	80	36,5	84	38,4
De 50 a 60%	21	9,6	32	14,6	31	14,2
De 60 a 70%	06	2,7	12	5,5	10	4,6
De 70 a 100%	07	3,2	08	3,7	07	3,2
Não houve repasse para as equipes	25	11,4	02	0,9	08	3,7
NS/NR	68	31,1	40	18,3	35	16,0

Fonte: Elaboração própria.

Analisando de modo específico as alternativas de respostas fornecidas, verifica-se que a maioria dos gestores municipais designaram um percentual de 40% a 50% do valor recebido do PMAQ-AB para as EAB (tabela 2). É possível compreender que houve avanço gradual de adesão dos municípios nesta modalidade de percentual de repasse, conforme a ocorrência dos ciclos.

A decisão de destinar uma parcela do incentivo para o pagamento dos profissionais de saúde tem sido amplamente discutida pela literatura científica. Diversos estudos apontam que o recurso financeiro repassado sobre um percentual variável é pactuado por vários municípios, como forma de um mecanismo para incentivar a adesão dos trabalhadores das EAB ao processo^{2,17,18}.

Esses incentivos poderiam ser repassados para os trabalhadores das EAB ou serem utilizados em outros investimentos na AB, por exemplo, aplicando-os como fomento contínuo à qualificação da assistência ofertada neste âmbito. Entretanto, essa parcela de recursos, quando destinada às equipes como forma de pagamento por desempenho, é capaz de incentivar a alcançar os objetivos estabelecidos²¹.

Nesse contexto, percebe-se que os outros 50% a 60% dos recursos tendem a ser investidos nas condições de trabalho e na educação

permanente em saúde. Essa distribuição do restante do recurso é de suma importância, pois viabiliza a resolução de problemas de menor complexidade dos pacientes e pode atingir os objetivos pactuados e, consequentemente, o sucesso de uma atividade, programa ou projeto na AB de saúde^{21,23,24}.

Os resultados apontaram para uma homogeneidade em três opções de respostas (reparos nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, processos de educação permanente em saúde e compras de medicamentos, insumos e materiais) nos três ciclos de avaliação. Desta forma, percebe-se que, possivelmente, na Paraíba, existia um padrão para o investimento do restante dos recursos na melhoria dos processos de trabalho conforme a decorrência dos ciclos.

Essa forma de utilização do restante dos recursos se mostra positiva para a melhoria das condições de trabalho das equipes participantes do programa. Neste âmbito, destaca-se que é essencial para qualquer trabalhador ter uma boa estrutura e oferta de materiais para a entrega de qualidade nos serviços. Estes, inclusive, são pontos bastante discutidos na gestão do trabalho da AB, como citado no trabalho de Frigoto²⁵.

Vale ressaltar que as condições de trabalho na Atenção Básica de Saúde (ABS) são

aspectos bastante comprometidos desde o surgimento do SUS, devido à ocorrência do subfinanciamento na saúde. A questão da limitação dos recursos acaba acarretando vários problemas na oferta de serviços à população e, nos últimos anos, após a aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC 95) isso parece ainda pior, com a imediata diminuição na cobertura de vacinas e o aumento na mortalidade infantil^{26,27}.

É de suma importância destacar, também, o investimento na educação permanente. Esta tem a finalidade de produzir mudanças no setor da saúde, ampliando a capacidade de autoavaliação e autogestão dos trabalhadores, capacitando os profissionais e qualificando o

processo de trabalho da equipe. Além disso, ela é instituída com uma estratégia importante na estimulação dos envolvidos no processo, causando uma reflexão crítica sobre o que precisa ser transformado e melhorado^{28,29}.

Jales, Jales e Gomes¹⁵ ressaltam que o PMAQ-AB não considerava a educação permanente apenas como participação em cursos, mas como parte de uma estratégia de gestão através de planejamento e programação de trabalhos coletivos para resolução de problemas e necessidades de saúde sofridas pela população.

Na *tabela 3*, abaixo, estão descritos os resultados referentes à distribuição do recurso entre os profissionais da AB.

Tabela 3. Distribuição do incentivo do PMAQ-AB entre os profissionais que compõem as equipes de saúde, de acordo com os ciclos de avaliação

Profissionais da saúde	Ciclos do PMAQ-AB					
	Ciclo 1		Ciclo 2		Ciclo 3	
	n	%	n	%	n	%
Médico	124	13,1	164	12,6	158	11,8
Enfermeiro	137	14,4	179	13,7	176	13,1
Odontólogos	135	14,2	179	13,7	179	13,3
Técnico em Enfermagem	70	7,4	170	13,0	170	12,7
Agente Comunitário de Saúde	125	13,2	167	12,8	170	12,7
Técnico em Saúde Bucal	124	13,1	168	12,9	169	12,6
Equipe Nasf	57	6,0	95	7,3	125	9,3
Outros Profissionais de Nível Superior	28	2,9	41	3,1	49	3,7
Gerente	62	6,5	86	6,6	84	6,3
Não há repasse financeiro	29	3,1	01	0,1	13	1,0
Outros profissionais	31	3,3	47	3,4	48	3,6
NS/NR	28	2,9	10	0,8	0	0

Fonte: Elaboração própria.

As informações contidas na *tabela 3* apontam que, ao longo dos ciclos, os repasses do incentivo financeiro do PMAQ-AB foram destinados a mais atores, além da equipe mínima (médicos, enfermeiros, técnicos e equipe de saúde bucal). Este dado pode estar relacionado a questões relatadas anteriormente, como a pressão das categorias profissionais

para receber recursos, a adoção do P4P como incentivo à implantação de boas práticas em saúde, ou mesmo a valorização, por parte dos gestores, do incentivo ao trabalho em equipe envolvendo outros trabalhadores no esquema de recompensa do P4P.

Os dados expressos na questão ‘Para quem ou para qual outro serviço foram repassados

incentivos financeiros além da EAB?’ apontam que poucos municípios tendiam a repassar recursos para outros serviços além das EAB. Porém, nota-se que os municípios que faziam esse repasse para além das EAB acabavam investindo de alguma forma na AB. Entre os agentes que recebiam recursos, além das EAB, estão: no 1º ciclo, a ‘equipe de apoio institucional’, com 2,7% (06) dos respondentes; no 2º ciclo, a ‘equipe de gestores da AB’, com 4,1% (09) dos respondentes; e no 3º ciclo, ‘Agentes de Combate a Endemias (ACE), Núcleo de

Apoio à Saúde da Família (Nasf) e Centro Especializado de Odontologia (CEO)’, com 5,5% (12) dos respondentes. Sobre os resultados, sugere-se estudos que avaliem se tal divisão foi capaz de proporcionar benefícios ou conflitos em termos de processos de trabalho, haja vista a realidade local de cada município.

A seguir, na *tabela 4*, estão expostos os resultados referentes à periodicidade com que esses recursos eram repassados pelo município para as equipes.

Tabela 4. Periodicidade repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB às equipes

Periodicidade	Ciclos do PMAQ-AB					
	Ciclo 1		Ciclo 2		Ciclo 3	
	n	%	n	%	n	%
Mensal	30	15,3	36	18,3	27	13,7
Bimestral	09	4,6	09	4,6	09	4,6
Trimestral	16	8,2	19	9,6	20	10,2
Semestral	42	21,4	65	33,0	72	36,5
Anualmente	34	17,3	51	25,9	49	24,9
Vinculada à avaliação externa do PMAQ-AB	03	1,5	01	0,5	01	0,5
Não há periodicidade definida	26	13,3	02	1,0	03	1,5
Não há repasse para as equipes	36	18,4	03	1,5	11	5,6

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados (*tabela 4*) apontam que o repasse semestral era o mais utilizado nos três ciclos. Entretanto, percebe-se que o pagamento anual possui valores de respostas bem próximos da opção semestral. Além disso, é possível observar que, nos dois casos, houve um aumento paulatino com o decorrer dos ciclos de avaliação. Os dados ainda revelam que, no 1º ciclo, 13,3% (26) dos gestores municipais não tinham periodicidade definida de repasse e que este comportamento foi reduzido na ocorrência do 2º – com 1,0% (02) – e do 3º ciclo – este com 1,5% (03). Esse fato pode estar relacionado à criação/definição de normativas por cada município, uma vez que passou a haver um padrão de distribuição.

Não foram encontrados estudos que ajudassem a compreender a opção por essa

periodicidade do pagamento. Contudo, estima-se que a experiência dos gestores ao longo dos ciclos do PMAQ-AB, aliada às discussões oportunizadas entre os atores participantes e ao conhecimento adquirido neste caminho, foram conformando esta definição da periodicidade dos repasses financeiros. Esta reflexão apoia-se no fato de que os dados mostram uma variação positiva dos percentuais de respostas dos gestores municipais, conforme a ocorrência dos ciclos para todos os municípios participantes da amostra.

Legislação

No quesito relacionado à existência de normativas no município que regulamentem o

uso dos incentivos financeiros do PMAQ-AB, 47,0% (103) apontam a existência dessas normativas desde o primeiro ciclo de avaliação, chegando a 79,0% (173) no segundo ciclo e 86,3% (189) no terceiro ciclo. Durante a análise das as normativas existentes, percebeu-se que a lei municipal foi a mais utilizada nos três ciclos – 1º ciclo com 41,6% (91), 2º ciclo com 72,6% (159) e 3º ciclo com 74,0% (162) –, seguida da pactuação do conselho municipal de saúde – 1º ciclo com 1,8% (04), 2º ciclo com 2,7% (06) e 3º ciclo com 5,5% (12).

Moraes e Iguti³⁰ ressaltam que o PMAQ-AB não pressupunha que os incentivos financeiros recebidos pelos municípios fossem repassados para suas equipes de saúde, mesmo sendo estes recursos alcançados a partir da avaliação do desempenho delas¹⁷. Assim, o sistema introduzido pelo PMAQ-AB demandava dos gestores municipais de saúde a adequação ao novo e a criação de legislações próprias, baseadas na realidade e nas necessidades locais. Nesse sentido, cada município definia os percentuais e áreas nas quais os recursos deveriam ser aplicados, norteados os possíveis investimentos e o repasse de gratificações aos trabalhadores¹⁷.

Para Reis³¹, o fato de o município adotar uma normativa regulamentando o repasse dos recursos financeiros concedidos pelo programa para as equipes, apresentava-se como um ponto positivo. Isto porque a existência de uma norma tenderia a evitar maiores descontentamentos dos profissionais e desconforto no processo de trabalho, melhorando o diálogo entre gestão e trabalhadores, permitindo a estes últimos saberem como se dava a destinação dos recursos.

Crítérios de avaliação e de repasse dos recursos do PMAQ-AB

Dentre os respondentes, grande maioria, correspondente a 76,7% (168), respondeu que não havia no município incentivo financeiro adicional para os trabalhadores antes do PMAQ-AB. Dos que afirmaram que havia algum tipo de incentivo antes do programa, a maior parte

foi composta por gestores de municípios de pequeno e médio porte (até 25 mil habitantes e de 25 mil a 100 mil habitantes, respectivamente), tendo apenas João Pessoa e Campina Grande com características de grande porte (acima de 100 mil habitantes). Ainda, dentre os que afirmaram que havia incentivo financeiro antes do PMAQ-AB, 67,5% (29) responderam que o recurso era repassado para os trabalhadores em forma de bônus, prêmio e gratificação; os demais 32,5% (14) Não Sabiam ou Não Responderam (NS/NR). Esses dados mostram que a maioria dos municípios não utilizava o pagamento por performance e o PMAQ-AB surge com uma proposta positiva para atribuir incentivos financeiros aos trabalhadores.

Machado³² aponta que o fato de atribuir bônus, prêmio ou gratificação motiva as EAB a designarem sistemas de verificação do processo de trabalho e atenção à saúde da população de sua área de abrangência, de acompanhamento e avaliação de indicadores, de participação da comunidade e de satisfação do usuário.

Pinto, Magalhães e Koerner³³ pontuam que o PMAQ-AB ocasionou um aumento nos recursos de cada equipe que aderisse ao programa. Além disso, os autores complementam que o programa foi capaz de causar um impacto positivo no financiamento geral da AB. Esse impacto positivo pode ser observado através da comparação entre anos de 2010 e 2014, onde, no ano de 2011, o repasse foi de 70 milhões de reais, em 2012, chegou a quase 700 milhões e, em 2014, a estimativa foi de 1,6 bilhão. Para esse período, foi estimado um aumento do PAB variado de 5,92 para 11,17 bilhões de reais. Os autores complementam que 30% desse aumento foi ocasionado pela criação do componente de qualidade do programa.

Segundo os gestores municipais, a avaliação externa do PMAQ-AB foi o principal critério utilizado para a definição do repasse financeiro do programa para as EAB, sendo paulatinamente o mais utilizado no decorrer dos ciclos: 47,0% (103) no 1º ciclo, 57,5% (126) no 2º ciclo e 56,6% (124) no 3º ciclo. Outro critério utilizado

foi o alcance de metas absolutas e/ou relativas: 8,7% (19) no 1º ciclo, 15,1% (33) no 2º ciclo e 16,0% (35) no 3º ciclo. Nesse sentido, a opção de distribuir o recurso igualmente a todas as EAB foi a menos indicada pelos respondentes: 7,3% (16) no 1º ciclo, 11,0% (24) no 2º ciclo e 10,0% (22) no 3º ciclo. O conjunto desses dados evidencia que a medida da performance das equipes (seja pelo resultado da avaliação externa ou pelo alcance de metas absolutas e/ou relativas) foi um importante critério para o repasse de recursos, o que caracteriza o pagamento por desempenho.

Alguns autores apontam que, com o passar dos anos, estratégias como o pagamento por desempenho e a contratualização de resultados têm sido adotadas na AB, na busca por uma

maior qualidade dos serviços ofertados à população^{31,33}. Nesta perspectiva, o PMAQ-AB, ao adotar a lógica de recompensa do P4P a partir da avaliação de desempenho das equipes de saúde, parecia buscar incentivar a melhoria do acesso e da qualidade na AB a partir do fortalecimento das práticas de monitoramento e avaliação e o cumprimento de metas estabelecidas^{20,29,34,35}.

Efeitos do PMAQ-AB na qualificação da AB

Em seu último bloco de perguntas, o instrumento desse estudo abordou a percepção dos gestores sobre se os recursos do PMAQ-AB incentivaram melhorias na AB, conforme a *tabela 5*, a seguir.

Tabela 5. Avaliação do gestor quanto ao incentivo da qualificação das equipes a partir do recurso financeiro do PMAQ-AB

Variáveis	Ciclos do PMAQ-AB					
	Ciclo 1		Ciclo 2		Ciclo 3	
	n	%	n	%	n	%
Melhoria do Acesso						
Não incentiva nenhuma melhoria	52	23,7	48	21,9	33	15,1
Indiferente	30	13,7	39	17,8	42	19,2
Incentiva a melhoria	77	35,2	112	51,1	127	58,0
NS/NR	60	27,4	20	9,1	17	7,8
Melhoria da Eficiência						
Não incentiva nenhuma melhoria	48	21,9	49	22,4	34	15,5
Indiferente	33	15,1	37	16,9	39	17,8
Incentiva a melhoria	78	35,6	114	52,1	129	58,9
NS/NR	60	27,4	19	8,7	17	7,8
Melhoria dos processos de Trabalho						
Não incentiva nenhuma melhoria	47	21,5	48	21,9	31	14,2
Indiferente	30	13,7	35	16,0	39	17,8
Incentiva a melhoria	83	37,9	116	53,0	133	60,7
NS/NR	59	26,9	20	9,1	16	7,3
Melhoria dos Resultados em Saúde						
Não incentiva nenhuma melhoria	46	21,0	50	22,8	36	16,4
Indiferente	29	13,2	30	13,7	33	15,1
Incentiva a melhoria	85	38,8	121	55,3	134	61,2
NS/NR	59	26,9	18	8,2	16	7,3

Tabela 5. (cont.)

Variáveis	Ciclos do PMAQ-AB					
	Ciclo 1		Ciclo 2		Ciclo 3	
	n	%	n	%	n	%
Melhoria da Satisfação do Usuário						
Não incentiva nenhuma melhoria	46	21,0	49	22,4	32	14,6
Indiferente	32	14,6	33	15,1	41	18,7
Incentiva a melhoria	81	37,0	117	53,4	129	58,9
NS/NR	60	27,4	20	9,1	17	7,8
Melhoria da Satisfação Profissional						
Não incentiva nenhuma melhoria	48	21,9	47	21,5	30	13,7
Indiferente	27	12,3	31	14,2	37	16,9
Incentiva a melhoria	84	38,4	120	54,8	136	62,1
NS/NR	60	27,4	21	9,6	16	7,3

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados mostram que os gestores afirmaram que o PMAQ-AB incentivou a melhoria em todas as categorias questionadas. Nos dois primeiros ciclos, percebe-se que a categoria que obteve maiores valores de resposta foi ‘melhoria nos resultados de saúde’, com 38,8% (85) e 55,3% (121) dos respondentes, respectivamente. Já no terceiro ciclo, percebe-se que o maior valor de respostas foi atribuído à ‘melhoria da satisfação profissional’, com 62,1% (136) dos respondentes.

Percebe-se, ainda, que os valores para as opções de resposta ‘não incentiva nenhuma melhoria’ e ‘NS/NR’, em todos os aspectos questionados, são bem semelhantes nos dois primeiros ciclos e vão diminuindo com o passar dos ciclos do programa.

O trabalho de Pinto, Sousa e Ferla² apresenta alguns dados de resposta de gestores municipais, em âmbito nacional, que se referem à melhoria ocasionada pela implementação do PMAQ-AB. Os avaliados classificaram alguns pontos, tais quais: a redução no tempo de espera nas UBS, a ampliação do número de pessoas atendidas pelas EAB e a melhoria no acesso e na humanização do atendimento aos usuários. Esses pontos foram conceituados pelos respondentes em muita ou moderada melhoria, corroborando, assim, os achados deste estudo.

Percebe-se com os dados levantados que, na visão dos gestores municipais, o programa conseguiu atingir os objetivos específicos traçados, dentre os quais fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS, ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e também na satisfação de seus usuários além de estimular o foco da procura da AB pelo usuário³.

Cabe ressaltar que o PMAQ-AB foi além de um programa de pagamento por desempenho, sendo uma inovação na gestão da AB, que buscou fomentar diferentes processos: institucionalização do monitoramento e avaliação, Avaliação da Melhoria da Qualidade (AMQ), ações de educação permanente e apoio institucional, além do pagamento por desempenho, com o intuito de mobilizar os indivíduos envolvidos em uma dinâmica de gestão, atuação e negociação que impulsionasse de forma permanente a mudança³⁶.

Como limitações do estudo, indica-se: 1. O fato de se tratar de uma coleta de dados transversal sobre aspectos não apenas do momento, mas também referentes a anos anteriores, podendo incidir em viés de memória, o que ocasionou um número expressivo de respostas ‘Não Sabe ou Não Respondeu’ (NS/NR) em várias questões do instrumento de coleta, em especial nas questões

referentes aos primeiros ciclos do programa. 2. O fato de uma parte dos respondentes não ter estado na condição de gestão que ocupava no momento em que os ciclos anteriores estavam sendo executados, podendo reduzir a precisão das informações sobre os ciclos anteriores. 3. O caráter mais exploratório deste artigo é uma limitação devida, em parte, à inexistência de estudos em profundidade sobre o uso dos recursos do PMAQ-AB em nível municipal, lacuna esta que tentamos ajudar a preencher com o presente artigo, mas que demanda outras pesquisas a serem desenvolvidas. Ainda assim, como o objetivo era identificar a maneira como os gestores atuais valoraram o processo do PMAQ-AB como um todo, considera-se que os dados, ainda que com eventuais imprecisões, são adequados para as análises propostas nesse estudo.

Conclusões

Conclui-se que os municípios da Paraíba tendiam a utilizar uma forma de gestão homogênea para repasse dos recursos advindos do programa para as EAB participantes do PMAQ-AB. Esse perfil homogêneo se dá pela semelhança nas medidas adotadas pelos municípios, tais quais a adoção do uso da avaliação externa como critério de repasse; a atribuição de um valor percentual sobre a remuneração mensal de cada profissional; o repasse de recursos para outros profissionais, além da equipe mínima; o repasse de 40% a 50% dos valores recebidos aos trabalhadores em uma periodicidade semestral ou anual; e a utilização do restante dos recursos em melhorias nas condições de trabalho, em reparos nas unidades, no processo de educação permanente e na compra de medicamentos, insumos e materiais.

Foi possível perceber que os objetivos propostos pelo programa foram alcançados no estado, tendo o resultado da ótica dos gestores como base. Nesse sentido, percebeu-se que o PMAQ-AB, ao transferir recursos financeiros, pontua objetivos para a indução e a ampliação do acesso e da qualidade da atenção, da formação dos profissionais e da melhoria das condições de

trabalho. Além disso, o programa se caracterizou como um importante sistema de P4P para os trabalhadores e induziu o reconhecimento e a valorização das EAB e dos gestores municipais de saúde na qualificação da AB.

Esta pesquisa permitiu identificar aspectos relevantes sobre como se deu a execução em nível local dos recursos do PMAQ por parte dos municípios de um estado com elevada cobertura de ESF e ampla adesão ao programa. Isso permite identificar potenciais vetores a serem considerados pelos gestores das três esferas, num momento em que esta modalidade de composição do financiamento da AB foi descontinuada, por meio do Previner Brasil. Por ter sido a primeira experiência em âmbito nacional de repasse de recursos aos municípios vinculados ao alcance de resultados com base em diferentes maneiras de avaliação, compreender o modo como PMAQ foi executado pode ajudar a construir diferentes cenários para superar desafios postos pela maneira em curso de se realizar o financiamento federal para a AB.

Colaboradores

Rodrigues AWD (0000-0002-3029-0913)* contribuiu substancialmente para concepção e planejamento; análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho; revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Mello ECA (0000-0001-9747-2992)* contribuiu substancialmente para concepção e planejamento; análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. Candeia RMS (0000-0002-2641-1620)* contribuiu substancialmente para concepção, delineamento do estudo e aquisição; e para análise e interpretação dos dados do trabalho. Silva G (0000-0002-4320-632x)* contribuiu substancialmente para concepção e planejamento; para a análise e interpretação dos dados; contribuiu significativamente para elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. Gomes LB (0000-0002-1957-0842)*

contribuiu substancialmente para concepção e planejamento; para a análise e interpretação dos dados; contribuiu significativamente para elaboração do rascunho; revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Sampaio J (0000-0003-0439-5057)*

contribuiu substancialmente para concepção e planejamento; para a análise e interpretação dos dados; contribuiu significativamente para elaboração do rascunho; revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Flôres GMS, Weigelt LD, Rezende MS, et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2018; 42(116): 237-247.
2. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):358-372.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, DF: MS; 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, DF: MS; 2017.
5. Santos TC, Ozorio JC, Ferreira AV, et al. PMAQ-AB e os pactos do SUS: função dispositivo ou repetição? In: Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA, organizadores. *Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB)*. Porto Alegre: Rede Unida; 2016. p. 75-99.
6. Amstrong M. *Armstrong's handbook of human resource management practice*. 13. ed. London: Kogan Page; 2014.
7. Poli NP, Faoro NT, Prado JJC, et al. Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(5):1377-1388.
8. Fontenele MFM. Gestão do desempenho humano: um estudo de caso em um Hospital Geral de Fortaleza (CE). *Ciênc. Saúde Colet*. 2010; 15(supl1):1315-1324.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Saúde: tire suas dúvidas. Brasília, DF: MS; 2019.
10. Harzheim E. “Previne Brasil”: bases da reforma da atenção primária à saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020; 25(4):1189-1196.
11. Neves RG, Flores TR, Duro SMSD, et al. Tendência temporal da cobertura de estratégia de saúde da família no Brasil, regiões e unidades da federação, 2006-2016. *Epid. Serv. saúde*. 2018; 27(3):1-8.
12. Huotx R. *Métodos quantitativos para as ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget; 2002.
13. Wright BE. Public service and motivation: does mission matter? *Public Adm. Review*. 2007; 67(1):54-63.
14. Gerhart B. Compensation. In: Wilkinson A, Bacon

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- N, Redman T, et al., editores. *The SAGE Handbook of Human Resource Management*. London: SAGE; 2009.
15. Jales ED, Jales RD, Gomes JGN. O PMAQ-AB enquanto ferramenta de gestão do trabalho em saúde a partir das percepções dos gestores e profissionais de saúde. *RSC online*. 2017; 6(3):77-97.
 16. Armond LP. *Motivação pela remuneração por desempenho, justiça organizacional e desempenho humano no trabalho*. 2017. [dissertação]. Brasília, DF: Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação, Universidade de Brasília; 2017. 120 p.
 17. Bertusso FR, Rizzotto MLF. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. *Saúde debate*. 2018; 42(117):408-419.
 18. Barreto JOM. *Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis*. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015; 20(5):1497-1514.
 19. Zermiani TC, Helena BP, Gomes DR. *Pagamento por desempenho na atenção primária à saúde em Curitiba-PR: incentivo ao desenvolvimento da qualidade*. *Soc. Cultura*. 2018; 21(2).
 20. Sampaio J, Moraes MN, Marcolino EC, et al. PMAQ-AB: a experiência local para a qualificação do programa nacional. *Rev enferm UFPE online*. 2016; 10(5):4318-4328.
 21. Universidade Federal de Minas Gerais. *Relatório final diálogos online: remuneração por desempenho na Atenção Básica – 1ª e 2ª Edição*. Belo Horizonte: UFMG; 2014.
 22. Neves TCCL, Montenegro LAA, Bittencourt SDA. *Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB*. *Saúde debate*. 2014; 38(103):756-770.
 23. Faria HP, Werneck M, Santos MA, et al. *O processo de trabalho em atenção básica à saúde*. 2009. [acesso em 2020 jun 30]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>.
 24. Assunção AA. *Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde*. In: Gomez CM, Machado JMH, Pena PGL, organizadores. *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 453-473.
 25. Frigoto V. *Gestão do trabalho em saúde: uma análise a partir do PMAQ-AB na macrorregião oeste do Paraná*. 2018. [dissertação]. Toledo: Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2018. 100 p.
 26. Mendes A, Louvison M. O debate da regionalização em tempos de turbulência do SUS. *Saúde e Soc*. 2015; 24(2):393-402.
 27. Dwek E, Oliveira ALM, Rossi P, organizadores. *Austeridade e Retrocesso: impactos sociais da política fiscal no Brasil*. 2018. [acesso em 2020 jun 17]. Disponível em: http://brasildebate.com.br/wp-content/uploads/DOC-AUSTERIDADE_doc3-_L9.pdf.
 28. Vianna DM, Nogueira CA, Araujo RS, et al. *A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família*. *Rev. enferm Cent.-Oeste Min*. 2015; 5(2):1658-1668.
 29. Castro BMC. *Avaliação da atenção básica com foco no processo de trabalho das equipes de saúde através do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB-CICLO II)*. 2017. [dissertação]. Manaus: Fundação Oswaldo Cruz; Instituto Leônidas e Maria Deane; 2017. 132 p.
 30. Moraes PN, Iguti AM. *Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB*. *Saúde debate*. 2013; 37(98):416-426.
 31. Reis ALG. *O Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) como indutor de novas práticas em unidades de*

- saúde da família no município de Camaçari-BA: relato de experiência. [monografia]. Camaçari: Fundação Oswaldo Cruz; 2018. 50 p.
32. Machado GAB. Organização do processo de trabalho vivenciado pelas equipes de saúde da família do município de São Sebastião do Paraíso/MG, a partir da adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). [monografia]. Formiga: Universidade Federal de Minas Gerais; 2018. 45 p.
33. Pinto HA. Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade. [dissertação]. [Porto Alegre]: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014. 231 p.
34. Ditterich RG, Moysés ST, Moysés SJ. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(4):615-625.
35. Feitosa RMM, Paulino AA, Lima JJOS, et al. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde soc*. 2016; 25(3):821-829.
36. Sossai TA, Galavote HS, Vieira ECL, et al. Evidências sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2016; 18(1):111-119.

Recebido em 07/12/2020
Aprovado em 10/09/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Atuação das equipes de Atenção Primária à Saúde no teste rápido para Infecções Sexualmente Transmissíveis

Role of Primary Health Care teams in rapid testing for Sexually Transmitted Infections

Túlio César Vieira de Araújo¹, Marize Barros de Souza¹

DOI: 10.1590/0103-1104202113110

RESUMO A pesquisa objetivou descrever a prática profissional das equipes de Atenção Primária à Saúde quanto ao teste rápido para as Infecções Sexualmente Transmissíveis. Estudo descritivo com abordagem quantitativa. Participaram 18 municípios, 94 Unidades Básicas de Saúde e 100 equipes de Estratégia Saúde da Família, a amostra foi composta pelo gestor das unidades e pelo profissional diretamente envolvido na testagem, as variáveis envolveram a adesão aos testes e os fatores relacionados com o processo de testagem, a coleta de dados ocorreu *in loco* com instrumento semiestruturado. O teste rápido é oferecido por 93% das equipes, 78,5% o oferecem a quaisquer usuários. Em 89,2% das equipes, somente o enfermeiro coletava o teste, 55,9% não se sentem seguros de informar um resultado positivo, 63,1% dos que classificaram o agente comunitário de saúde como principal forma de divulgação julgaram essa atuação como inadequada. O tratamento para sífilis é realizado por 50,5%. Há uma boa adesão ao teste por parte das equipes, contudo, a centralidade da atividade no enfermeiro leva a uma sobrecarga de trabalho ao mesmo tempo que revela o protagonismo da categoria, o que proporciona uma reflexão sobre a prática profissional e abre espaço para que diferentes realidades sejam investigadas.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Infecções Sexualmente Transmissíveis. HIV. Sífilis. Prática profissional.

ABSTRACT *This research aims at describing the professional practices of Primary Health Care teams regarding rapid tests for STDs. It follows a descriptive study under a quantitative approach; participants include 18 municipalities, 94 Basic Health Units, and 100 staff teams working on Family Health Strategies. The sample was composed of the managers and the staff members directly involved in the testing, while the variables included adherence to the tests and factors regarding the testing process. Data collection was performed in loco through a semi-structured instrument. Rapid tests were offered by 93% of the teams, 78.5% offering the tests to any users. In 89.2% of the staff teams, the nurse was solely responsible for collecting tests; 55.9% of members did not feel confident about reporting on a positive result, while 63.1% of those who considered the community health agent the main form of outreach assessed their performance as inadequate. Treatment against syphilis accounts for 50.5%. There is fair adherence to testing by part of the staff teams; the focus on the nurse, however, leads to an increase in their workload, highlighting their protagonism, leading to a reflection on professional practices and paving the way for different realities to be further investigated*

KEYWORDS *Primary Health Care. Sexually Transmitted Diseases. HIV. Syphilis. Professional practice.*

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil.
tuca_cva@hotmail.com



Introdução

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) constituem um problema de esfera individual e coletiva; entre essas, incluem-se as hepatites B e C, a sífilis e o HIV. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, anualmente, ocorra cerca de 1,34 milhão de óbitos associados às hepatites virais e que, entre eles, 96% estejam associados às hepatites B ou C; o número de óbitos é comparável às mortes devido à tuberculose e superior àquelas referentes ao HIV¹.

Sobre o HIV, no ano de 2019, foram notificados 41.919 casos no Brasil, sendo o Nordeste a segunda região com mais notificações (25,6%). Soma-se a isso o fato de que, em 2019, dos 10.565 óbitos tendo o HIV/Aids como causa básica, o Nordeste foi a segunda região com maior número de óbitos, representando 23% do total. O coeficiente de mortalidade padronizado no período de 2009 a 2019 apresentou uma redução de 29,3% no País; contudo, no mesmo período, seis estados brasileiros apresentaram aumento em seus coeficientes, entre eles, o Rio Grande do Norte (RN)².

Em 2016, a sífilis foi declarada como um grave problema de saúde pública no Brasil. De 2017 para 2019, a taxa de detecção da sífilis adquirida passou de 59 para 72,8 casos por 100 mil habitantes. Dos 61.127 casos de sífilis gestacional notificados em 2019, a região Nordeste se destaca com 13.026 casos (21,3%), ficando atrás somente da região Sudeste. Houve redução de 8,7% no número de notificações de sífilis congênita no País de 2018 para 2019; entretanto, dez estados apresentaram taxas de incidência superiores à taxa nacional, em que o RN é o quinto estado com maior número de casos, apresentando uma taxa de 12,3 casos/mil nascidos vivos³, evidenciando a existência de obstáculos no diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional.

Para a maioria das doenças infecciosas, um diagnóstico rápido e preciso é uma estratégia crucial de saúde pública, tendo em vista a implementação de um tratamento precoce

e mais eficaz, consequentemente, interrompendo a cadeia de transmissão sustentada por casos não tratados⁴. Com base na evolução tecnológica, novas políticas têm sido adotadas com o objetivo de ampliar o diagnóstico; entre as inovações propostas, está o diagnóstico por meio de Testes Rápidos (TR). Os TR são imunoenaios cromatográficos de execução simples, com resultados em até 30 minutos, realizados em ambiente não laboratorial com amostra de sangue total obtida por punção digital ou venosa e Fluido Oral (FO)^{5,6}.

Apesar da relevância do TR, sua implementação na Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira, ocorrida em 2012 por meio da Portaria nº 77, enfrenta barreiras relacionadas com infraestrutura, logística, treinamento de profissionais e desconhecimento da população⁷. A descentralização e a efetivação do TR na APS são um fenômeno complexo e multifacetado, envolvendo não apenas a vontade pessoal do trabalhador, mas também as condições estruturais para que o processo seja desenvolvido, assim como mecanismos de sensibilização, acompanhamento e qualificação, designando a ele um sentido de corresponsabilidade e compartilhamento em vez de simples transferência de responsabilidade⁸.

Promover a descentralização do TR de IST para a APS é um passo importante e necessário, todavia, não basta proporcionar o acesso da população ao serviço, é necessário que a testagem aconteça com as condições de qualidade necessárias, tanto para os usuários quanto para os profissionais. Nesse processo de descentralização, é essencial identificar os principais desafios e traçar alternativas para superá-los da melhor maneira possível⁹, o que reforça a importância de investigar e elucidar o assunto que, além de apresentar uma dimensão social, entrelaça-se com a política, o planejamento e a gestão em saúde.

Considerando-se as lacunas de conhecimento por se tratar de uma temática recente na APS, associado à taxa de mortalidade causada por hepatites B e C, à epidemia de sífilis e à relevância do HIV no contexto mundial,

nacional e regional, justifica-se a importância deste estudo que tem como objetivo: descrever a prática profissional das equipes de APS no que se refere ao TR para as IST.

Material e métodos

Estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa. O cenário da pesquisa foi a região do Seridó historicamente construído, RN, Brasil, região que abrange os 23 municípios que, direta ou indiretamente, surgiram a partir do Município de Caicó¹⁰. A região foi escolhida em virtude do histórico de baixa adesão das equipes ao TR, conforme resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), à ausência de estudos sobre a temática na região e por ser campo de atuação do pesquisador.

O estado do RN encontra-se atualmente dividido em oito regiões de saúde, segundo a Deliberação nº 909/13-CIB/RN. Os 23 municípios deste estudo fazem parte da 4ª Região de Saúde. Dos 23 municípios que compõem o cenário deste estudo, 18 gestores entregaram a carta de anuência, assim, as 18 cidades participantes somam 100 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 110 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF).

Nas UBS, usou-se como critério de inclusão: estar em funcionamento no período da coleta de dados e ser integrante da ESF, com funcionamento superior a seis meses. Em relação ao profissional assistencial: ter nível superior e ser vinculado à UBS. Uma UBS foi excluída por ser o campo da atuação de um dos pesquisadores responsáveis por este estudo.

Realizou-se uma amostra intencional com dois profissionais, sendo o profissional responsável pela gestão da unidade e um profissional assistencial que estivesse diretamente envolvido na testagem. Nos serviços em que não havia gestor e nas equipes que não realizavam TR, era entrevistado o profissional que tivesse um amplo domínio sobre as informações do processo de trabalho da

equipe. Um teste-piloto foi realizado com três equipes de ESF em um município limítrofe ao cenário deste estudo.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento semiestruturado que estava dividido em dois domínios, sendo o primeiro uma caracterização da unidade de saúde e do gestor, elaborado com base nas perguntas da avaliação externa do 3º ciclo do PMAQ-AB. O segundo domínio abordava variáveis relativas ao TR na equipe de saúde e foi construído ao longo da revisão de literatura, com os principais tópicos sobre o assunto.

Os dados na íntegra foram utilizados para uma pesquisa vinculada a uma dissertação de mestrado. Para fins deste estudo, selecionaram-se as variáveis: Zona da UBS; número de equipes na UBS; gestão da unidade; composição da equipe; caracterização do processo de testagem; capacitação das equipes para o TR; formas de divulgação do teste; testagem nas populações-chave; importância do teste na APS; segurança na entrega do resultado; realização de busca ativa; fluxo dos usuários testados; administração da penicilina benzatina na APS; e confiabilidade nos testes.

Os dados foram coletados por meio de entrevista *in loco*, entre julho e novembro de 2018, em local que respeitasse a privacidade do entrevistado e que garantisse o sigilo das informações. Para um melhor entendimento das informações coletadas, o Microsoft Excel® 2010 foi utilizado para tabulação dos dados, em que as variáveis foram agrupadas nas colunas, e as entrevistas, nas linhas. Em seguida, para realizar as análises estatísticas, as informações foram analisadas com o Statistical Package for Social Sciences® (SPSS), versão 20.0. Além das análises, o aplicativo permitiu a visualização dos dados em forma de gráficos, tabelas e quadros.

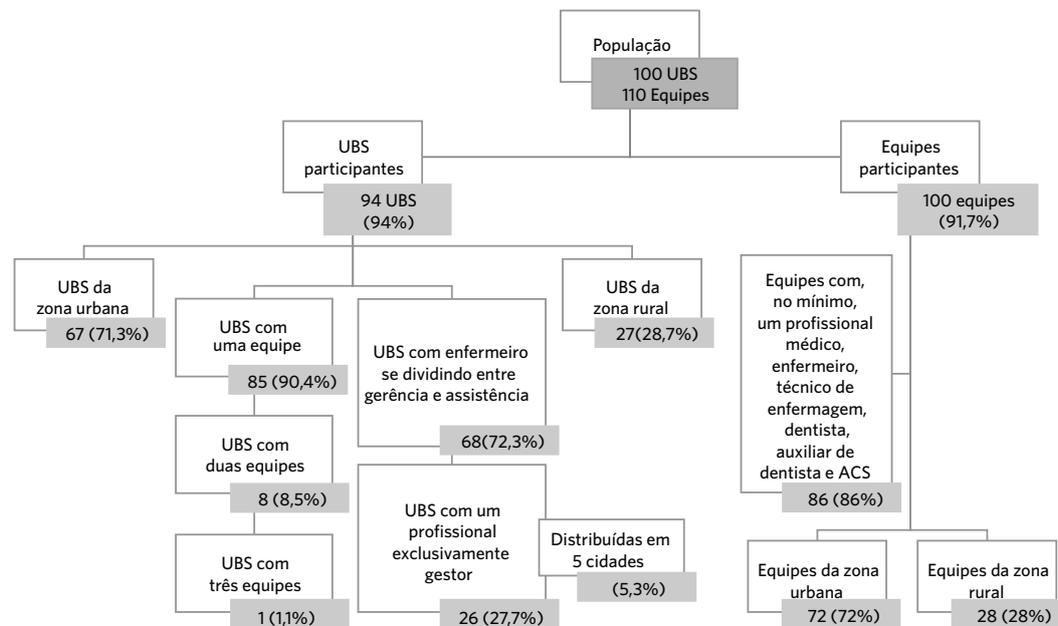
Esta pesquisa encontra-se em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com o Parecer 2.529.502 de 2018.

Resultados

Das UBS e equipes participantes, a maioria se localizava na zona urbana, o profissional enfermeiro em 72,3% das equipes se dividia

entre as funções assistenciais da profissão e gerenciais da unidade básica de saúde, 14% das equipes não estavam completas. A *figura 1* discrimina as características das equipes de saúde e unidades participantes do estudo.

Figura 1. Caracterização das unidades de saúde e equipes participantes do estudo - Seridó norte-rio-grandense. Natal, RN, Brasil, 2018



Fonte: Elaboração própria.

O segundo domínio do instrumento foi idealizado para ser respondido pelo profissional assistencial que estivesse diretamente envolvido na testagem. Contudo, nas primeiras entrevistas realizadas em um dos municípios, observou-se que essa atividade tinha como protagonista o profissional enfermeiro, visto que, quando respondidas por outros profissionais, as respostas eram insuficientes para o objetivo deste estudo, ficando estabelecido o enfermeiro como o profissional a ser entrevistado. Os 18 municípios incluídos no estudo tiveram equipes entrevistadas.

Um total de 93 equipes (93%) ofereciam TR para IST na rotina do serviço. As sete equipes

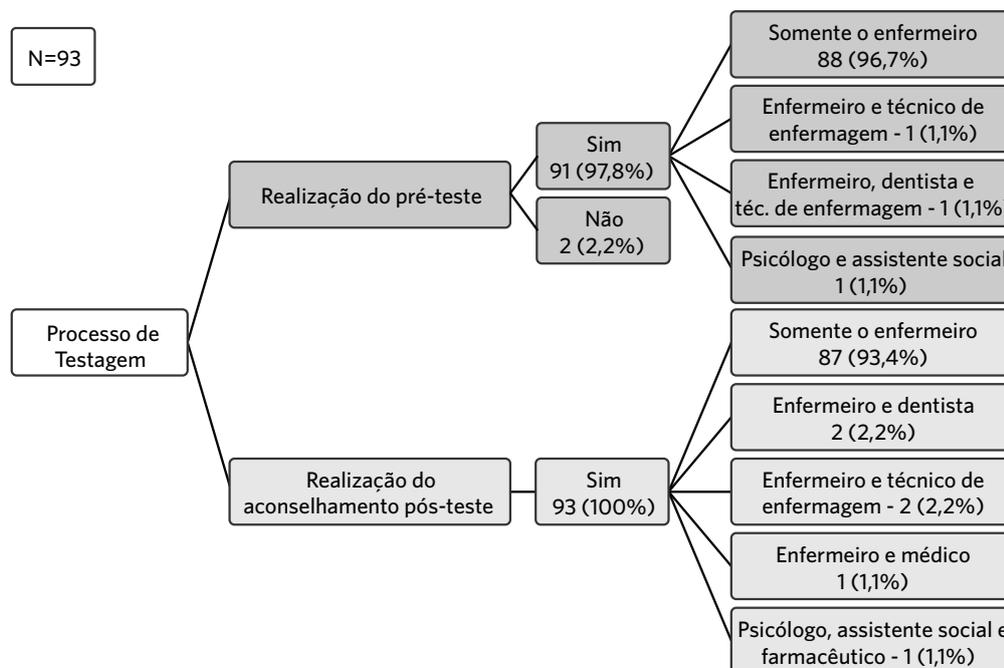
(7%) que não ofereciam estavam distribuídas em três cidades, sendo três equipes rurais e quatro urbanas. Os motivos citados foram: ausência do teste (três equipes); estrutura da UBS inadequada (duas equipes); falta de capacitação (uma equipe); mudança de estrutura física (uma equipe). As sete equipes estavam completas no que se refere aos profissionais, cinco afirmaram não conhecer a capacitação a distância para TR.

Sobre a coleta do TR, em 83 equipes (89,2%), somente o enfermeiro realizava o procedimento; em sete equipes (7,5%), somente o técnico de enfermagem; em uma (1,1%), coletavam o enfermeiro e o técnico de enfermagem; em

uma (1,1%), o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o dentista; e uma equipe (1,1%) relatou que o farmacêutico, o assistente social e o nutricionista realizavam a coleta do teste. No aconselhamento pré-teste e aconselhamento

pós-teste, o enfermeiro é evidenciado como principal envolvido, o profissional médico é citado somente na etapa pós-teste por uma equipe. As características das etapas pré e pós-teste encontram-se apresentadas na *figura 2*.

Figura 2. Características do processo de testagem e profissionais envolvidos nas equipes da Estratégia Saúde da Família - Seridó norte-rio-grandense. Natal, RN, Brasil, 2018



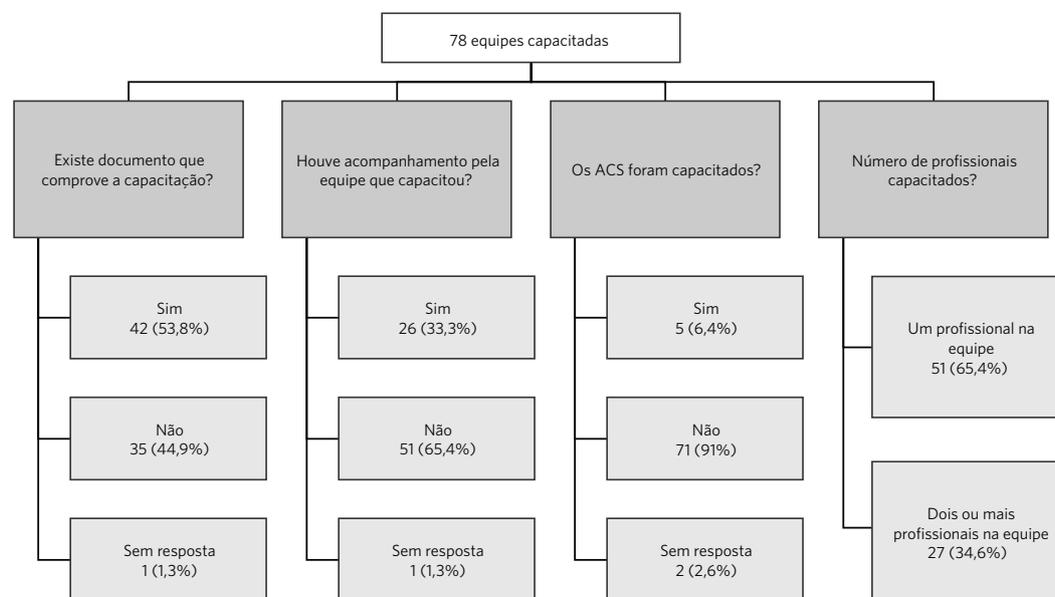
Fonte: Elaboração própria.

Com relação as 93 equipes que ofereciam a testagem, 89 (95,7%) ofertavam os 4 testes; e 4 (4,3%), somente alguns. Sobre o acesso, 73 Enfermeiros (78,5%) disseram que todos os usuários tinham acesso ao teste; 14 (15%), que o acesso se restringia à população da área; 6 (6,5%), que o teste era somente para as gestantes. No que concerne à periodicidade, 13 equipes (14%) ofereciam o teste diariamente; 43 (46,2%), semanalmente; 21 (22,6%), quinzenalmente; 13 (14%), uma vez por mês; 37 responderam que, além da periodicidade anterior, também ofertavam os testes em campanhas; e 3 equipes (3,2%), apenas em campanhas.

Em 78 equipes (83,9%), os profissionais

envolvidos na testagem eram capacitados; das 15 equipes (16,1%) sem capacitação, 5 profissionais (33,3%) afirmaram conhecer a capacitação para TR a distância, 10 (66,7%) desconheciam. Os motivos citados para os profissionais não terem participado da capacitação foram: “*Não foi ofertada capacitação*” e “*Não fui convidada*”. Das equipes capacitadas, o enfermeiro é apontado em todas as entrevistas como profissional capacitado para a testagem; o técnico de enfermagem foi citado em 23 (29,4%); o dentista, em 9 (11,5%); o auxiliar de dentista, em 4 (5,1%); e o médico, em 2 entrevistas (2,5%). As características das equipes capacitadas encontram-se apresentadas na *figura 3*.

Figura 3. Características das equipes de Estratégia Saúde da Família em que os profissionais envolvidos na testagem haviam sido capacitados – Seridó norte-rio-grandense. Natal, RN, Brasil, 2018



Fonte: Elaboração própria.

A principal forma de divulgação dos testes apontada por 65 entrevistados (69,9%) foi o Agente Comunitário de Saúde (ACS); seguido por atividade coletiva, 12 (12,9%); e sala de espera, 7 (7,5%); 9 entrevistados (9,7%) indicaram “*Outra forma de divulgação*”. A divulgação foi considerada inadequada por 60 profissionais (64,5%). Se considerarmos o meio de divulgação como sendo o ACS, das 65 entrevistas, 41 (63,1%) disseram que a divulgação não era adequada.

Quando questionados se a população que comparecia para realizar o teste apresentava comportamentos de risco, 28 (30,1%) indicaram que “*A maioria*”, 64 (68,8%) disseram “*A*

minoría”, 1 entrevista (1,1%) não teve resposta. Em relação à importância do TR dentro do contexto da AB, 1 enfermeiro (1,1%) julgou como não importante. Sobre o grau de importância em uma escala de zero a 10, em que zero significava sem importância e 10, a importância máxima, a média foi de 9,59, mediana 10, moda 10, valor mínimo 5 e máximo 10. Já em relação ao grau de motivação do profissional para realizar o TR, ainda em uma escala de zero a 10, a média foi de 8,2, mediana 8, moda 8, valor mínimo 3 e máximo 10. Os demais fatores relacionados com o processo de testagem encontram-se descritos na *tabela 1*.

Tabela 1. Fatores envolvidos com o processo de testagem nas equipes da Estratégia Saúde da Família – Seridó norte-riograndense. Natal, RN, Brasil, 2018. (n=93)

Variável	Sim		Não		Sem resposta	
	n	%	n	%	n	%
O resultado é dado no mesmo dia da coleta?	93	100	0	0	0	0
O responsável sente-se seguro de informar um resultado positivo?	41	44,1	52	55,9	0	0
É realizada a busca ativa dos casos positivos que não retornam?	87	93,5	2	2,2	4	4,3
É realizada a busca ativa dos parceiros sexuais?	78	83,9	12	12,9	3	3,2
Existe documentado um fluxograma local/regional a ser seguido conforme o resultado do teste?	12	12,9	81	87,1	0	0
O fluxo de referência/contrarreferência na especialidade de infecções sexualmente transmissíveis funciona?	27	29	61	65,6	5	5,4
A equipe tem a penicilina sempre disponível?	81	87,1	12	12,9	0	0
A equipe faz aplicação da penicilina na unidade básica?	47	50,5	46	49,5	0	0
Indica tratamento do parceiro da gestante com sífilis sem solicitar exame?	11	11,8	81	87,1	1	1,1
De maneira geral, os testes são confiáveis?	88	94,6	5	5,4	0	0
O teste rápido que usa sangue é confiável?	89	95,7	4	4,3	0	0
O teste rápido que usa fluido oral é confiável?	62	66,7	28	30,1	3	3,2

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

As UBS incluídas neste estudo caracterizam-se como predominantemente urbanas e com uma equipe. A pesquisa apresentou uma adesão satisfatória, aproximadamente 95% das unidades e 92% das equipes participaram do estudo; contudo, a distância geográfica existente entre as unidades, o fato de somente um profissional ser responsável pela coleta de dados e a rotina de trabalho do entrevistador atuaram como fatores limitantes na presença de 100% da demanda planejada.

As UBS participantes, em sua grande maioria (72,3%), apresentaram o enfermeiro acumulando a função assistencial e de gerência da unidade. Uma das características do cotidiano da ESF é a sobrecarga de trabalho, pelo acúmulo de funções e pelo afastamento do enfermeiro da assistência direta, as quais decorrem da necessidade de oferecer respostas às demandas relativas ao funcionamento dos serviços de saúde, à população e, ainda, às metas estabelecidas, pactuações e indicadores

do serviço. A priorização de demandas que requerem respostas mais urgentes ligadas à gerência deixa o enfermeiro distante da assistência direta, da realidade e das necessidades em saúde da população¹¹.

Com as primeiras entrevistas, constatou-se que o enfermeiro era o profissional mais apropriado para responder à pesquisa, já que dominava todas as informações inerentes à testagem. Estudo apontou que os profissionais que mais participaram de capacitações para a realização do aconselhamento e TR para IST na APS do Brasil foram as enfermeiras e, em alguns casos, os médicos¹². Corroborando esse achado, pesquisa apontou que, entre 24 profissionais da atenção primária capacitados para realizar o TR, 20 eram enfermeiros, e apenas 4 eram médicos¹³.

Os achados deste estudo convergem com as duas pesquisas anteriores. Mesmo os resultados evidenciando que a maior parte das equipes havia sido capacitada para a testagem, os detalhes que circundam a capacitação merecem destaque. Em todas as equipes capacitadas, o

enfermeiro surge como profissional habilitado, em 65,4% das equipes, somente ele foi capacitado; no entanto, o dentista foi citado em nove entrevistas e o médico, em duas. Os dados embasam a escolha do enfermeiro como profissional a ser entrevistado e ratificam a constatação de que foram os enfermeiros que prioritariamente se responsabilizaram pelo TR na APS brasileira.

Ressalta-se a necessidade de que mais profissionais se habilitem na temática e se sintam também responsáveis pelo processo. Ao compartilhar a responsabilidade, evita-se a sobrecarga em uma determinada categoria e contribui-se para uma produção de saúde interdisciplinar e multiprofissional. No entanto, um dos problemas de saúde do País é o número de médicos na APS ainda abaixo da média, principalmente em territórios ribeirinhos e de difícil acesso¹⁴, em vista disso, a inserção do médico no processo de testagem, por vezes, pode ser impraticável devido à ausência do profissional e à sobrecarga de trabalho, quando presente.

Mesmo o ACS sendo o meio de divulgação mais citado, essa divulgação foi analisada pela maioria como inadequada. É pertinente mencionar que, das equipes capacitadas, em mais de 90%, o ACS não participou da capacitação, o que pode acentuar essa dificuldade; contudo, os entrevistados citaram outros fatores, como: receio dos ACS em abordar o assunto; estigma; extensão da área de trabalho; falta de motivação; ausência das pessoas no horário das visitas; *deficit* de profissionais; sobrecarga de trabalho; e processo de trabalho inadequado. Os dados abrem premissa para uma investigação mais aprofundada no assunto, abordando, inclusive, outros pontos de vista, como os dos próprios ACS.

O certificado da capacitação foi recebido somente por 53,8% dos entrevistados, e 65,4% apontaram a capacitação como algo pontual. Pesquisa realizada em Santa Catarina, a qual entrevistou profissionais capacitados para executar os TR, evidenciou que, ao concluir a capacitação, 80,6% afirmaram que esclareceram todas as dúvidas sobre o tema, mas apenas 51,6% se sentiam seguros para realizar o diagnóstico¹⁵.

Uma vez que a capacitação pode não ser suficiente para a segurança dos envolvidos, o seguimento e a continuidade nas ações de capacitação poderiam ser um apoio nas angústias dos profissionais. Mesmo não havendo evidências nesta pesquisa sobre tal, certamente, inúmeros fatores atuam como obstáculos para a equipe que capacita; entretanto, o que se pode concluir é a existência de uma fragilidade na capacitação e que alguns pontos merecem ser revistos no sentido de aprimorar o trabalho.

A sobrecarga de trabalho do enfermeiro fica evidenciada quando se constata que, mesmo o profissional considerando o TR uma importante ferramenta no contexto da APS (grau de importância – mediana e moda igual a 10), o grau de motivação apresentou um valor consideravelmente inferior (grau de motivação – mediana e moda igual a 8). Quando indagados sobre a razão da falta de motivação, dos 61 que responderam, a sobrecarga de trabalho emerge em 34,4% dos relatos.

Em relação aos três momentos que envolvem a testagem (aconselhamento pré-teste, coleta do teste e aconselhamento pós-teste), o enfermeiro surge em, aproximadamente, 90% das equipes como único profissional envolvido em todas as etapas. O aconselhamento se mostra importante, principalmente no contexto do TR. Uma revisão sistemática apontou o aconselhamento como uma estratégia positiva, comprovando que o vínculo e o tipo de relação estabelecida entre usuário e profissional do aconselhamento e sua articulação com práticas de prevenção influenciam as mudanças de comportamento e a adesão ao tratamento¹⁶.

O acúmulo de todas as etapas do TR em única categoria pode contribuir para um trabalho mecânico, em que a rapidez se torna mais importante do que a qualidade do serviço. Nesse sentido, chama-se a atenção para o risco de tecnicização do diagnóstico, concebido como um processo no qual a ênfase da ação recai sobre a oferta e realização do teste em si, desvinculado da abordagem preventiva, da avaliação de riscos e do apoio emocional que caracterizam o aconselhamento⁸. O

aconselhamento pode promover a sensibilização para a prevenção, a adesão ao tratamento e a redução do impacto do diagnóstico, expressando, ainda, uma dimensão ética e política, relacionada com a escuta do usuário e comprometimento com a construção conjunta de possibilidades de resolução dos problemas^{8,17}.

O motivo mais citado para a não realização da testagem foi a ausência do teste, todavia, o número restrito de equipes que não aderiram ao procedimento atua como fator limitante no entendimento do motivo pelo qual as equipes não realizavam o TR. Esta pesquisa abre possibilidades para novos questionamentos, compreendendo que existem outros fatores associados com a resistência dos profissionais, na adesão do TR como rotina do processo de trabalho. Acredita-se que o fato de algumas equipes deste estudo oferecerem somente alguns dos TR está mais associado a uma ausência do insumo do que a uma resistência pessoal para aquele teste.

Destaca-se o avanço considerável na adesão das equipes ao TR, visto que, no primeiro ciclo do PMAQ 2011/2013, das 26 equipes do Seridó participantes, todas assinalaram a opção “nunca disponível” para o TR de sífilis e HIV¹⁸. No segundo ciclo 2013/2014, das 72 equipes incluídas, 36,1% afirmaram que o teste para sífilis nunca estava disponível, e 31,9% afirmaram que não realizavam o TR para HIV¹⁹. Nesta pesquisa, a taxa de ausência de testagem foi de 7%, comprovando a efetividade do processo de descentralização dos testes para a APS e o aumento da adesão das equipes com o passar do tempo.

O elevado número de equipes que disponibilizavam os quatro testes favorece o acesso e oportuniza aos usuários um conhecimento mais amplo sobre seu estado de saúde no que se refere a essas infecções. A eficiência do processo de trabalho é constatada quando se observa que todas as equipes forneciam o resultado no mesmo dia. Ao encontro desse achado, estudo realizado no México constatou que os testes eram executados em subsistemas que se encontravam ligados e com determinada

dependência; os resultados eram entregues no dia seguinte no setor de psicologia, o processo se estendia por cinco a sete dias²⁰.

A testagem ficou evidenciada como um mecanismo de fácil acesso para qualquer usuário, independentemente de residir na área da UBS. Uma minoria de equipes oferecia o teste somente para a gestante. Em relação à periodicidade, a maior parte das equipes oferecia semanalmente, entretanto, uma constante no relato dos profissionais foi a baixa procura pelo serviço. O fato se torna mais delicado quando questionados sobre o perfil dos usuários que compareciam para realizar o teste, em que mais de dois terços afirmaram que a minoria apresentava comportamentos de risco.

A contrarreferência das especialidades na área das IST inexistia para cerca de dois terços dos entrevistados. Já a conduta a ser tomada de acordo com o resultado do teste poderia ser embasada por meio de fluxograma local/regional; todavia, na maior parte das equipes (87,1%) esse documento inexistia. Um relato sobre a implementação de TR na APS constatou como principal achado a lentificação do processo, visto que, dos 31 serviços de saúde, apenas dois implementaram o TR durante o período em estudo. Um dos principais obstáculos foi a dificuldade na elaboração de um fluxo de trabalho adequado, 38,7% apontaram como justificativa o fato de que não conseguiram compreender/elaborar um fluxo de trabalho, o que trouxe insegurança no seguimento do paciente com teste reagente¹⁵. A falta de orientações sobre fluxo a ser seguido alimenta a insegurança do profissional no sentido das decisões a serem tomadas de acordo com o resultado do teste.

Ainda sobre a insegurança, um aspecto observado em estudo desenvolvido nas UBS de Recife/Pernambuco refere-se às dificuldades relatadas pelos entrevistados no aconselhamento pós-teste, em especial quando o resultado era positivo. O impacto desse diagnóstico costuma ser intenso, tanto para a pessoa quanto para o profissional. Portanto, é fundamental que o profissional esteja preparado para oferecer apoio emocional, respeitando

o tempo do paciente, bem como a reação diante do resultado. Observou-se que os profissionais entrevistados ainda não se sentiam seguros na realização do TR, tampouco no aconselhamento pós-teste com resultados positivos²¹.

Os resultados deste estudo ratificam a constatação, visto que mais da metade dos entrevistados afirmou não ter segurança para lidar com um resultado positivo. Nessa perspectiva, a existência de informações oficialmente registradas, como protocolos ou fluxogramas, pode atuar como alicerce para a segurança do profissional, que, por mais inseguro emocionalmente que esteja, tecnicamente estaria amparado.

O TR que usa sangue foi considerado pela maior parte (95,7%) como uma tecnologia confiável, mas, quando questionados sobre a confiabilidade nos testes que utilizam FO, a confiança reduziu significativamente. Os testes que utilizam FO disponibilizados atualmente pelo Ministério da Saúde são para o diagnóstico do HIV. O FO contém menor quantidade de anticorpos do que amostras de sangue total, soro ou plasma, mas em quantidade suficiente para um diagnóstico seguro, assim, as vantagens do emprego desse teste superam sua limitação de sensibilidade. A coleta do FO simplifica a testagem, pois não é invasiva, reduz o risco biológico e, sobretudo, amplia o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV²²⁻²⁵.

Corroborando a informação relativa às fragilidades existentes na inserção do TR na APS, somente 11% iniciariam o tratamento presuntivo do parceiro da gestante com sífilis sem os exames confirmatórios, indo em oposição ao que é preconizado^{26,27}. Atenuando a dificuldade no controle da sífilis, constatou-se que aproximadamente metade das equipes não fazia administração da penicilina benzatina na UBS, mesmo a maioria (87,1%) afirmando ter disponível.

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), o grande desafio para administração da penicilina benzatina nas UBS é o receio dos profissionais da ocorrência de eventos adversos, principalmente a reação anafilática,

sem que haja recursos para a reversão desses quadros²⁸. Todavia, pesquisas indicam que a ocorrência de reações alérgicas é estimada em 2%, e as reações anafiláticas ocorrem em apenas 0,01% a 0,05% dos pacientes tratados com penicilina^{29,30}. Tais dados estatísticos podem ser usados como incentivo para administração na penicilina na APS.

Este estudo apresenta como limitação o fato de refletir uma realidade regional, que pode não ser a realidade do restante do País, tendo em vista a ampla extensão territorial e diversos contextos regionais do Brasil. Como contribuições, destaca-se o pioneirismo em pesquisar um cenário nunca estudado em publicações anteriormente veiculadas ao assunto; assim, na prática diária, a pesquisa lança sugestões para o futuro dos serviços estudados. Por constituir um tema de relevância epidemiológica e atual no debate mundial, o estudo contribui para outras pesquisas que possam ocorrer em diferentes cenários.

Conclusões

A descentralização da testagem ocorreu para as equipes da APS do Seridó, com muitos pontos funcionando a contento. Ainda assim, quando se analisam as peculiaridades que existem no processo de testagem, constata-se uma série de fragilidades que evidenciam um trabalho superficial, sem embasamento necessário para as especificidades que o TR exige.

A testagem na ESF foi absorvida prioritariamente pelo enfermeiro, ponto positivo quando se entende que a APS contribua para a autonomia do enfermeiro, por meio da incorporação de novas competências e tecnologias. Contudo, nesta realidade estudada, na maior parte dos casos, o enfermeiro respondia também pela gerência dos serviços. Assim, torna-se complexo enxergar uma tecnologia que veio para auxiliar a produção da saúde, sem a conceituar como mais uma atribuição, visto que a participação dos demais profissionais foi escassa. Em um serviço no qual o enfermeiro é rotineiramente

sobrecarregado, aderir a uma nova demanda com excelência na execução foi a realidade de poucos.

Nesse cenário, recomendar que o TR se torne um processo multiprofissional e interdisciplinar é um assunto delicado, porém, necessário, uma vez que os resultados e a literatura apontam a carência de determinados profissionais. Entretanto, cabe a reflexão sobre como estão a valorização e o reconhecimento daqueles que majoritariamente respondem pelo serviço.

Conclui-se que o TR é uma iniciativa viável, benéfica, que pode somar na realidade da APS.

No entanto, por vezes, faz-se necessário voltar para a base do processo de trabalho e refletir como esse atendimento vem acontecendo, uma vez que identificar as fragilidades e traçar meios para sua solução é um passo importante na adequação dos serviços de saúde.

Colaboradores

Araújo TCV (0000-0003-3991-0215)* e Souza MB (0000-0002-7539-9226)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. World Health Organization. Global Hepatitis Report 2017. Geneva: WHO; 2017. [acesso em 2021 fev 5]. Disponível em: <https://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/>.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico HIV/Aids 2020. Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2021 fev 5]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2020>.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim epidemiológico sífilis 2020. Brasília, DF; 2020. [acesso em 2021 fev 5]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>.
4. Hanafiah KM, Garcia M, Anderson D. Point-of-care testing and the control of infectious diseases. *Biomarkers Med.* 2013;7(3):333-347.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasília, DF: MS; 2016. [acesso em 2021 fev 5]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças. Brasília, DF: MS; 2018. [acesso em 2021 fev 5]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>.
7. Mizevski VD, Brand EM, Calvo KS, et al. Disponibilidade do teste rápido para sífilis e anti-HIV nas unidades de atenção básica do Brasil, no ano de 2012. *Saúde em Redes.* 2017 [acesso em 2021 fev 8]; 3(1):40-49. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/Rede-unida/article/view/823>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Zambenedetti G, Silva RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis Rev. Saúde Colet.* 2016; 26(3):785-806.
9. Araújo TCV, Souza MB. Adesão das equipes aos testes rápidos no pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção primária. *Rev. esc. enferm. USP.* 2020; (54):e03645.
10. Moraes IRD. Seridó Norte-Rio-Grandense: uma geografia da resistência. Caicó: Ed. do autor; 2005.
11. Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA, et al. Being a nurse in the family health strategy programme: challenges and possibilities. *Rev Min Enferm.* 2015; 19(3):612-626.
12. Rocha KB, Santos RRG, Conz J, et al. Network transversality: matrix support in the decentralization of counseling and rapid testing for HIV, syphilis, and hepatitis. *Saúde debate.* 2016; 40(109):22-33.
13. Lopes ACMU, Araújo MAL, Vasconcelos LDPG, et al. Implementation of fast tests for syphilis and HIV in prenatal care in Fortaleza – Ceará. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(1):54-58.
14. Lima SVM, Nunes J, Santos L, et al. O programa mais médicos e a atenção básica no Brasil: uma revisão integrativa. *Gest. Soc.* 2017; 11(30):1963-1975.
15. Nascimento DSF, Silva RC, Tártari DO, et al. Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na Atenção Básica do SUS em um município do Sul do Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2018; 13(40):1-8.
16. Soares PS, Brandão ER. O aconselhamento e a testagem anti-HIV como estratégia preventiva: uma revisão da literatura internacional, 1999-2011. *Saúde Soc.* 2012; 21(4):940-953.
17. Moreno DMFC. Aconselhamento para revelação do diagnóstico de infecção pelo HIV. In: Paiva V, Calazans G, Segurado A, organizadores. *Vulnerabilidade e direitos humanos: Promoção e Prevenção da saúde.* Curitiba: Juruá; 2013. p. 165-188. (Livro II).
18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: MS; 2011. [acesso 2021 fev 12]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo1/>.
19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Microdados da avaliação externa. Brasília, DF: MS; 2013. [acesso em 2021 fev 12]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2/>.
20. Cuadra-Hernández SM, Bernabé-Aranda JI, Conde-Glez CJ, et al. Public health services and their relationship with rapid HIV test utilization and access for key populations in Morelos, Mexico. *Salud Publica Mex.* 2015 [acesso em 2021 fev 12]; 57(4):304-311. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26395795>.
21. Araújo WJ, Quirino EMB, Pinho CM, et al. Perception of nurses who perform rapid tests in Health Centers. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(supl1):676-681.
22. Guarner J. Human immunodeficiency virus: Diagnostic approach. *Semin Diagn Pathol.* 2017; 34(4):318-324.
23. Cappello JM, Gunasekera A, Gunasekera D, et al. A multicenter performance evaluation of the DPP HIV-1/2 assay for the detection of HIV antibodies in various HIV testing algorithms. *J Clin Virol.* 2013; 58(supl1):59-64.
24. Granade TC, Phillips SK, Parekh B, et al. Detection of antibodies to human immunodeficiency virus type 1 in oral fluids: a large-scale evaluation of immunoassay performance. *Clin Diagn Lab Immunol.* 1998 [acesso em 2021 fev 15]; 5(2):171-175. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9521138>.
25. Pascom ARP, Barros CHD, Lobo TDM, et al. Point-of-care HIV tests done by peers, Brazil. *Bull World Health Organ.* 2016; 94(8):626-630.

26. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília, DF: MS; 2018. [acesso em 2021 fev 15]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>.
27. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, DF: MS; 2018. [acesso em 2021 fev 15]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>.
28. Conselho Federal de Enfermagem. Nota técnica Cofen/CTLN N° 03/2017. Brasília, DF: MS; 2017. [acesso em 2021 fev 15]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-publica-nota-tecnica-sobre-administracao-da-penicilina-benzatina_52797.html.
29. Felix MMR, Kuschnir FC. Alergia à penicilina: aspectos atuais. *Adolesc. Saúde*. 2011 [acesso em 2021 fev 15]; 8(3):43-53. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=285#.
30. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Como prevenir a transmissão vertical do HIV e da Sífilis no seu Município. Brasília, DF: UNICEF; 2008. [acesso em 2021 fev 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/como_prevenir_transmissao_vertical_hiv_prof.pdf.

Recebido em 03/03/2021

Aprovado em 10/09/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Qualidade da assistência e adesão aos antirretrovirais em serviços especializados em HIV em Pernambuco/Brasil, 2017-2018

Quality of care and adherence to antiretroviral drugs in specialized HIV services in Pernambuco/Brazil, 2017-2018

Danielle Moraes¹, Juliana da Rocha Cabral¹, Regina Célia de Oliveira¹, Vanessa Alves de Souza²

DOI: 10.1590/0103-1104202113111

RESUMO O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade da assistência à saúde e a adesão à medicação em pessoas vivendo com vírus da imunodeficiência humana em serviços de assistência especializada. Trata-se de um estudo transversal, avaliativo, com abordagem quantitativa, realizado em dez serviços em Pernambuco. Utilizaram-se dois instrumentos validados e analisados por testes estatísticos, dos quais participaram 306 adultos e os respectivos gerentes dos serviços. O padrão de qualidade foi equivalente para a maioria dos indicadores. Apenas no interior, os indicadores referentes à disponibilidade de antirretrovirais e atendimento na falta do medicamento foram associados à baixa adesão (p -valor=0,033 e p -valor=0,011), sendo o último preditor para baixa adesão. Serviços com padrão de qualidade insuficiente apresentaram uma ocorrência 19% maior de baixa adesão à medicação. 81% dos usuários apresentaram baixa adesão aos antirretrovirais. Há deficiência na adesão aos antirretrovirais, e aqueles assistidos nos serviços do interior apresentam mais fatores complicadores relacionados à qualidade da assistência à saúde para uma adesão satisfatória.

PALAVRAS-CHAVE Qualidade da assistência à saúde. Adesão à medicação. Antirretrovirais.

ABSTRACT *The aim of this study was to evaluate health care quality and medication adherence in people living with human immunodeficiency virus in specialized care services. This is a cross-sectional, evaluative study, with a quantitative approach, carried out in ten services in Pernambuco. Two instruments were validated and analyzed by statistical tests were used and 306 adults and their service managers participated. The quality standard was equivalent for most indicators. Only in the countryside, the indicators referring to the availability of antiretroviral drugs and care in the absence of medication were associated with low adherence (p -value=0.033 and p -value=0.011), the latter being a predictor for low adherence. Services with insufficient quality standards showed a 19% higher occurrence of low medication adherence. 81% of users had low adherence to antiretroviral drugs. There is a deficiency in adherence to antiretroviral drugs, and those assisted in services in the countryside have more complicating factors related to the quality of health care for satisfactory adherence.*

KEYWORDS *Quality of health care. Medication adherence. Anti-retroviral agents.*

¹Universidade de Pernambuco (UPE) – Recife (PE), Brasil.
dani_chianca@hotmail.com

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



Introdução

O início precoce da Terapia Antirretroviral (Tarv) possibilita uma condição fundamental para a prevenção e o controle da epidemia pelo potencial de intervir na cadeia de transmissão a partir da redução dos níveis de carga viral no sangue das pessoas vivendo com HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). Tal perspectiva aponta um retardo da elevação da epidemia e redução da mortalidade por doenças relacionadas à aids ao longo dos anos, atribuindo à infecção pelo HIV o caráter de uma doença crônica, com possibilidades de controle, sendo imprescindível uma adesão satisfatória aos antirretrovirais, o que representa uma frequência regular e diária na tomada das doses da terapia medicamentosa^{1,2}.

Cerca de 23,3 milhões de pessoas vivendo com HIV fazem uso da Tarv no mundo, sendo, aproximadamente, 1,3 milhão dessas pessoas na América Latina. Entre os anos de 2010 e 2018, observou-se uma rápida e progressiva diminuição dos óbitos relacionados à aids no mundo, correspondendo a 14%³.

A promoção da adesão ao tratamento do HIV por meio da assiduidade às consultas, da realização de exames e ingestão diária dos antirretrovirais caracterizam-se como fatores essenciais, em que a preservação do cuidado deve partir da qualidade da assistência prestada, com intervenções focadas no ambiente de saúde, na disponibilidade de recursos, organização do processo de trabalho, atenção clínica e farmacêutica de qualidade e no comportamento dos profissionais de saúde, de modo a garantir a continuidade do cuidado⁴.

A adesão à medicação não é uma condição estática e sofre influência de vários fatores, sendo que a organização do serviço e a qualidade da assistência à saúde prestada possuem aspectos importantes nesse cenário e que interferem no cuidado pelas possibilidades de aumento na expectativa de vida das pessoas vivendo com HIV assistidas em serviços que garantem um completo acesso à Tarv⁵.

A crescente interiorização da epidemia no País e as singularidades das diversas regiões

fazem submergir a preocupação quanto à organização dos serviços para promover a adesão à Tarv, uma vez que as barreiras geográficas, ou seja, a distância até os grandes centros urbanos pode tornar-se fator complicador para o acompanhamento da condição de saúde das pessoas vivendo com HIV no interior. Além disso, o aumento da infecção em municípios com menor renda per capita inclui problemas de ordem financeira e social, além de deficiências na disponibilidade de recursos humanos e materiais para a assistência em HIV, o que, por sua vez, fragiliza a integralidade do cuidado^{6,7}.

Nesse contexto, tornam-se necessárias uma análise sobre a qualidade da assistência à saúde para pessoas vivendo com HIV e a adesão à medicação dessas pessoas assistidas em serviços distribuídos em diferentes localidades, para que se possa conhecer melhor a realidade e investir esforços direcionados às regiões mais vulneráveis⁸. Assim, diante do exposto, objetivou-se avaliar a qualidade da assistência à saúde e a adesão à medicação em pessoas vivendo com HIV em Serviços de Assistência Especializada (SAE).

Material e métodos

Trata-se de um estudo quantitativo, avaliativo e transversal, desenvolvido em dez SAE, distribuídos no estado de Pernambuco, região Nordeste do Brasil, sendo dois serviços localizados na capital do estado e oito no interior. A escolha dos locais deu-se por meio da parceria com a Escola de Saúde Pública de Pernambuco, que teve o interesse mútuo pelo estudo a partir do Programa de Residência em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes, que apresentava residentes instalados nas Regiões de Saúde correspondentes do interior do estado e que, após treinamento prévio, colaboraram para a coleta de dados sob monitoramento dos pesquisadores. O estado de Pernambuco possui 37 SAEs.

Para avaliação da adesão, participaram do estudo as pessoas vivendo com HIV com mais de 18 anos de idade, em uso da Tarv há pelo

menos 6 meses. Excluíram-se as pessoas com dificuldade de comunicação verbal, as gestantes e os indivíduos cujos prontuários não foram identificados. Utilizou-se um plano amostral estratificado para garantir a proporcionalidade em cada serviço de saúde avaliado, a partir de cálculo com população finita, resultando em 306 pessoas. Para avaliação da qualidade da assistência à saúde dos serviços de referência que atendem pessoas vivendo com HIV, participaram os 10 gerentes dos respectivos serviços. Ambos os grupos constituíram-se de amostragem não probabilística por conveniência.

Os dados foram coletados em duas etapas. A primeira etapa correspondeu à coleta dos dados relacionados à adesão à Tarv e ocorreu entre os meses de junho de 2017 e maio de 2018, por meio de entrevistas realizadas nas instalações do SAE de cada Região de Saúde, em sala predeterminada pela coordenação do serviço, para fim específico de coleta de dados, de modo a resguardar a privacidade dos entrevistados.

Os participantes eram abordados na sala de espera para consulta e coleta de material para contagem de CD4 e carga viral. Aqueles que atenderam aos critérios de elegibilidade foram informados sobre a pesquisa, os objetivos do estudo e convidados a participar. A participação foi confirmada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nessa etapa, utilizaram-se dois instrumentos para coleta de dados, que foram coletados por meio de entrevista face a face: um formulário de entrevista semiestruturado para descrever o perfil sociodemográfico e econômico, comportamental e clínico das pessoas que

realizam a Tarv; e, para classificar a adesão à medicação, Tarv, utilizou-se a versão validada para a língua portuguesa do 'Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral' (CEAT-VIH). Trata-se de um instrumento autoinforme, composto por 20 questões, que considera boa adesão à Tarv um percentual igual ou superior a 85^{9,10}.

A pontuação mínima do CEAT-VIH é 17, e a máxima 89, permitindo classificar a adesão em 3 níveis. Para favorecer as análises bivariadas, facilitando a associação e, conseqüentemente, a identificação ou não de significância estatística, como também pelo fato de a literatura apontar a importância da manutenção da adesão elevada para o sucesso terapêutico³, a classificação da adesão foi adaptada para boa adesão (pontuação ≥ 79 pontos), que equivale a uma adesão $\geq 85\%$, e baixa adesão (pontuação ≤ 78 pontos), que representa menos de 84% de adesão à Tarv^{9,10}.

A segunda etapa correspondeu à coleta de dados relacionados aos indicadores de qualidade do serviço e aconteceu no período de maio a agosto de 2018. Construiu-se um formulário eletrônico, por meio da ferramenta Google forms, a partir da adaptação de 6 (seis) questões do questionário Qualiaids, que se propõe a avaliar a qualidade da assistência à saúde dos serviços públicos no Brasil que assistem pessoas vivendo com HIV em nível ambulatorial: organização do processo de assistência, gerenciamento técnico do trabalho e disponibilidade de recursos relacionados à adesão à medicação, com seus respectivos domínios e critérios de indicador de avaliação¹¹ (*quadro 1*).

Quadro 1. Questões, dimensões, domínios e critérios de indicador da qualidade da assistência à saúde relacionados à promoção da adesão à Terapia Antirretroviral considerados para o estudo

Questão	Dimensão	Domínio	Critério de Indicador
A30	Organização do processo de assistência	Atividades específicas de adesão à medicação	Intervalo entre consultas médicas, no início ou na troca de antirretrovirais
A31	Organização do processo de assistência	Atividades específicas de adesão à medicação	Acompanhamento do uso de antirretroviral dos pacientes
A33	Organização do processo de assistência	Atividades específicas de adesão à medicação	Condutas para pacientes com dificuldade no uso da medicação
A34	Organização do processo de assistência	Atividades específicas de adesão à medicação	Formas de atendimento para paciente que ficou sem medicamento
G32	Gerenciamento técnico do trabalho	Registros, avaliação, monitoramento e planejamento	Monitoramento das taxas de adesão à Terapia Antirretroviral
R51	Disponibilidade de recursos	Medicamentos, insumos, exames e referências	Medicamentos antirretrovirais

Fonte: Elaboração própria. Adaptado do Questionário QualiAids¹¹.

Nota: Questionário QualiAids.

O formulário foi enviado por correio eletrônico aos gerentes responsáveis pelos respectivos serviços para serem respondidos pelos próprios gerentes e/ou pela equipe de saúde local. As questões (indicadores de qualidade) receberam os valores 0, 1 ou 2, em que a pontuação representa, respectivamente: valor zero (0): padrão de qualidade insuficiente; um (1): padrão de qualidade aceitável; e o dois (2): padrão de qualidade esperado¹¹.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial a partir do *Software* SPSS 18.0. As análises foram realizadas por meio dos testes: Qui-quadrado. Nos casos em que as suposições do teste Qui-quadrado não foram satisfeitas, aplicou-se o teste Exato de Fisher. O teste de Wald foi utilizado na comparação dos riscos entre os níveis dos fatores avaliados. As variáveis que apresentaram significância estatística de até 20% na análise bivariada foram incluídas no ajuste do modelo de Poisson com variância robusta para análise multivariada, a fim de determinar quais são os fatores que influenciam na baixa adesão à Tarv. Todas as conclusões foram tiradas, considerando nível de significância de 5%.

Visando a facilitar as análises multivariadas, no que se refere aos indicadores de qualidade da assistência do serviço, considerou-se o n^o de participantes assistidos, respectivamente, em cada SAE, de acordo com os padrões de qualidade da assistência encontrados para cada indicador.

Considerou-se como variável dependente o nível de adesão à medicação (baixa adesão e boa adesão à Tarv). Como variáveis independentes, consideraram-se aquelas que apresentavam dados de qualidade do serviço: intervalo entre consultas médicas, no início ou na troca de Tarv; acompanhamento do uso de antirretroviral dos pacientes; condutas para pacientes com dificuldade no uso da medicação; formas de atendimento para paciente que ficou sem medicamento; monitoramento das taxas de adesão à Tarv; e disponibilidade de medicamentos antirretrovirais.

Para desenvolvimento do estudo, obteve-se a aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa do complexo hospitalar da Universidade de Pernambuco (UPE), por meio do Parecer n^o 2122011, de 15 de junho de 2017, atendendo às exigências éticas da Resolução n^o 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

A amostra foi caracterizada por prevalência do gênero masculino (57,2%), autodeclarados pardos (44,1%), com 1º grau completo/incompleto (44,1%), casados ou morando com o companheiro (46,4%), na faixa etária de 40 a 59 anos (60,8%) e renda familiar mensal média de até 1 (um) salário mínimo¹² (41,5%). Maior percentual (32,4%) de pessoas em uso da Tarv no período de 1 a 5 anos, 54,9% utilizavam

o esquema da Tarv com dois comprimidos/dia, 69,9% apresentavam último registro no prontuário de carga viral indetectável, e apenas 21,9% registro de baixa adesão à Tarv.

Quanto à classificação do nível de adesão à Tarv das pessoas vivendo com HIV (*tabela 1*), observou-se elevado índice de baixa adesão (81,0%) em todo o estado. Ressalta-se que o nível de baixa adesão à medicação é maior no interior (91,5%) do que na capital (77,9%), sendo esse achado significativo (p-valor < 0,05).

Tabela 1. Nível de adesão à medicação das pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, segundo localidade, em Serviços de Assistência Especializada. Pernambuco, Brasil, 2019 (n=306)

Nível de adesão*	n	%	Capital		Interior		p-valor
			n	%	N	%	
Baixa adesão	248	81,0	183	77,9	65	91,5	0,010*
Boa adesão	58	19,0	52	22,1	6	8,5	

Fonte: Elaboração própria.

*p-valor mediante teste Qui-quadrado para homogeneidade.

A baixa adesão à Tarv verificada corrobora estudos brasileiros¹³⁻¹⁶, realizados em distintas regiões do Brasil, e outros estudos¹⁷⁻¹⁹ realizados no Chile, Guiné Equatorial e Romênia, em que o CEAT-VIH foi o instrumento utilizado para analisar o nível de adesão à Tarv.

A baixa adesão é preocupante, uma vez que a adesão aos medicamentos antirretrovirais é o foco principal para o sucesso terapêutico individual, pela possibilidade de reduzir as chances de infecção, minimizando, assim, a incidência do HIV. Índices elevados de baixa adesão significam que as pessoas vivendo com HIV apresentam dificuldades com a Tarv e não estão aderindo ao tratamento de forma segura e regular²⁰.

As dificuldades para o uso da Tarv podem ser agravadas durante o percurso do tratamento pelo *deficit* de suporte familiar e social, pelo desconforto do tempo de terapia, pela falsa crença de cura relacionada à

espiritualidade e, ainda, pela falta de percepção da doença e da gravidade que se pode gerar em torno da falha na supressão viral e de doenças oportunistas²¹.

É importante que a equipe de saúde organize-se a fim de prestar uma assistência que envolva a pessoa vivendo com HIV para discutir os principais problemas enfrentados visando a melhorar a adesão ao tratamento, criando espaços e fomentando a troca de experiências e de vivências²².

Quanto à qualidade dos serviços (*tabela 2*), os indicadores avaliados com padrão insuficiente foram ‘acompanhamento do uso de antirretroviral dos pacientes’ (95,1%), ‘monitoramento das taxas de adesão à Tarv’ (94,8%) e ‘disponibilidade de medicamentos antirretrovirais’ (75,2%). Já o indicador que apresentou maior percentual de padrão aceitável foi ‘condutas para pacientes com dificuldade no uso da medicação’ (94,8%). O padrão de qualidade esperado foi

encontrado em maior percentual nos indicadores ‘intervalo entre consultas médicas, no início ou na troca de Tarv’ e ‘formas de atendimento para paciente que ficou sem medicamento’, com 78,1% e 64,1%, respectivamente, sendo esses achados significativos em todos os indicadores (p-valor < 0,05).

Ainda, no que diz respeito ao padrão de qualidade do indicador ‘formas de atendimento para paciente que ficou sem medicamento’, a capital apresentou 75,3% de serviços com padrão esperado, enquanto que o interior apresentou 64,8% com padrão insuficiente.

Tabela 2. Indicadores da qualidade do serviço na perspectiva da promoção da adesão à medicação antirretroviral, segundo localidade, nos Serviços de Assistência Especializada. Pernambuco, Brasil, 2019 (n=306)

Indicador de qualidade	n	%	Capital		Interior		p-valor
			n	%	N	%	
A30. Intervalo entre consultas médicas, no início ou na troca de antirretrovirais							
Padrão aceitável	67	21,9	58	24,7	9	12,7	0,032*
Padrão esperado	239	78,1	177	75,3	62	87,3	
A31. Acompanhamento do uso de antirretroviral dos pacientes							
Padrão insuficiente	291	95,1	235	100,0	56	78,9	<0,001**
Padrão esperado	15	4,9	-	-	15	21,1	
A33. Condutas para pacientes com dificuldade no uso da medicação							
Padrão insuficiente	16	5,2	-	-	16	22,5	<0,001**
Padrão aceitável	290	94,8	235	100,0	55	77,5	
A34. Formas de atendimento para paciente que ficou sem medicamento							
Padrão insuficiente	46	15,0	-	-	46	64,8	<0,001*
Padrão aceitável	64	20,9	58	24,7	6	8,4	
Padrão esperado	196	64,1	177	75,3	19	26,8	
G32. Monitoramento das taxas de adesão à Terapia Antirretroviral							
Padrão insuficiente	290	94,8	235	100,0	55	77,5	<0,001**
Padrão aceitável	16	5,2	-	-	16	22,5	
R51. Disponibilidade de medicamentos antirretrovirais							
Padrão insuficiente	230	75,2	177	75,3	53	74,6	<0,001*
Padrão aceitável	18	5,9	-	-	18	25,4	
Padrão esperado	58	19,0	58	24,7	-	-	

Fonte: Elaboração própria.

*p-valor mediante teste Qui-quadrado para homogeneidade. **p-valor mediante teste Exato de Fisher.

A adesão à medicação antirretroviral em pessoas vivendo com HIV envolve múltiplos aspectos que devem ser explorados nos serviços que prestam assistência a essas pessoas. Ao se mensurar o grau de adesão à Tarv e a qualidade da assistência à saúde, é possível reorganizar e planejar práticas de cuidado, identificando-se, assim, as melhores

estratégias para o fortalecimento da adesão no campo da gestão do cuidado^{8,13}.

O início da terapia, bem como a troca de medicamentos antirretrovirais, é um momento delicado, que envolve, além da aceitação do diagnóstico, a adaptação da pessoa vivendo com HIV às novas mudanças que o tratamento acarreta. Sabe-se que os antirretrovirais

podem apresentar efeitos colaterais que, se não forem acompanhados, contribuem para a irregularidade do tratamento ou até mesmo o abandono²³.

Nesses presságios, se os intervalos entre as consultas forem longos, pode ocorrer uma fragilidade no acompanhamento dessas pessoas, favorecendo maior vulnerabilidade para não adesão e posterior abandono da terapia²². Diante dessa importância, os SAE apresentaram um processo de trabalho satisfatório, uma vez que o padrão de qualidade foi esperado para o indicador correspondente.

Na análise do nível de adesão à medicação antirretroviral segundo os indicadores de qualidade do serviço (tabela 3), no estado, de modo geral, apenas o indicador de qualidade ‘formas de atendimento para paciente que ficou sem medicamento’ foi significativo para modificar o nível de adesão (p-valor = 0,005), sendo verificada uma maior predominância de

baixa adesão à Tarv no grupo de pessoas em que o serviço apresentou padrão de qualidade insuficiente para esse indicador (97,8%).

Na capital, não houve indicadores de qualidade significativos para alterar o nível de adesão à Tarv das pessoas vivendo com HIV avaliadas. Contudo, para o interior do estado, os indicadores de qualidade que apresentaram significância para a adesão à Tarv foram ‘formas de atendimento para paciente que ficou sem medicamento’ (p-valor = 0,011) e ‘disponibilidade de medicamentos antirretrovirais’ (p-valor = 0,033).

As pessoas atendidas pelos serviços com padrão de qualidade aceitável no indicador ‘formas de atendimento após ficarem sem medicamento’ e padrão de qualidade insuficiente para o indicador ‘disponibilidade de medicamento antirretrovirais’ foram as que apresentaram maior percentual de baixa adesão à Tarv (100,0% e 96,2%, respectivamente).

Tabela 3. Nível de adesão à Terapia Antirretroviral das pessoas vivendo com HIV, de acordo com os indicadores de qualidade, segundo localidade, em Serviços de Assistência Especializada. Pernambuco, Brasil, 2019 (n=306)

Indicador de qualidade	Nível de Adesão					
	Geral		Capital		Interior	
	Baixa	Boa	Baixa	Boa	Baixa	Boa
A30. Intervalo entre consultas médicas, no início ou na troca de antirretrovirais						
Padrão aceitável	53(79,1%)	14(20,9%)	46(79,3%)	12(20,7%)	7(77,8%)	2(22,2%)
Padrão esperado	195(81,6%)	44(18,4%)	137(77,4%)	40(22,6%)	58(93,5%)	4(6,5%)
p-valor		0,646*		0,761*		0,164**
A31. Acompanhamento do uso de antirretroviral dos pacientes						
Padrão insuficiente	235(80,8%)	56(19,2%)	183(77,9%)	52(22,1%)	52(92,9%)	4(7,1%)
Padrão esperado	13(86,7%)	2(13,3%)	-	-	13(86,7%)	2(13,3%)
p-valor		0,745**		-		0,600**
A33. Condutas para pacientes com dificuldade no uso da medicação						
Padrão insuficiente	14(87,5%)	2(12,5%)	-	-	14(87,5%)	2(12,5%)
Padrão aceitável	234(80,7%)	56(19,3%)	183(77,9%)	52(22,1%)	51(92,7%)	4(7,3%)
p-valor		0,745**		-		0,611**
A34. Formas de atendimento para paciente que ficou sem medicamento						
Padrão insuficiente	45(97,8%)	1(2,2%)	-	-	45(97,8%)	1(2,2%)
Padrão aceitável	52(81,3%)	12(18,7%)	46(79,3%)	12(20,7%)	6(100,0%)	0(0,0%)
Padrão esperado	151(77,0%)	45(23,0%)	137(77,4%)	40(22,6%)	14(73,7%)	5(26,3%)
p-valor		0,005*		0,761*		0,011**

Tabela 3. (cont.)

Indicador de qualidade	Nível de Adesão					
	Geral		Capital		Interior	
	Baixa	Boa	Baixa	Boa	Baixa	Boa
G32. Monitoramento das taxas de adesão à Terapia Antirretroviral						
Padrão insuficiente	235(81,0%)	55(19,0%)	183(77,9%)	52(22,1%)	52(94,5%)	3(5,5%)
Padrão aceitável	13(81,3%)	3(18,7%)	-	-	13(81,3%)	3(18,7%)
p-valor		1,000*		-		0,123**
R51. Disponibilidade de medicamentos antirretrovirais						
Padrão insuficiente	188(81,7%)	42(18,3%)	137(77,4%)	40(22,6%)	51(96,2%)	2(3,8%)
Padrão aceitável	14(77,8%)	4(22,2%)	-	-	14(77,8%)	4(22,2%)
Padrão esperado	46(79,3%)	12(20,7%)	46(79,3%)	12(20,7%)	-	-
p-valor		0,856*		0,761*		0,033**

Fonte: Elaboração própria.

*p-valor mediante teste Qui-quadrado para independência. **p-valor mediante teste Exato de Fisher.

De todos os fatores que apresentaram significância estatística de até 20% na análise multivariada, apenas a ‘forma de atendimento para paciente que ficou sem medicamento’ é fator determinante para a baixa adesão aos antirretrovirais (*tabela 4*).

Verificou-se nos serviços com padrão de qualidade insuficiente uma ocorrência de

baixa adesão à Tarv 19% maior quando comparados aos serviços com padrão de qualidade esperado (RP=1,19; p-valor < 0,001). Para o grupo de pessoas vivendo com HIV em que o serviço apresentou o padrão de qualidade aceitável, verificou-se que não foi significativa (p-valor = 0,476) a ocorrência de baixa adesão (RP=1,05).

Tabela 4. Ajuste do modelo de Poisson para a baixa adesão à Terapia Antirretroviral das pessoas vivendo com HIV, em Serviços de Assistência Especializada. Pernambuco, Brasil, 2019 (n=306)

Indicador de qualidade	RP	IC(95%)	p-valor*
A34. Formas de atendimento para paciente que ficou sem medicamento			
Padrão insuficiente	1,19	1,09 - 1,30	<0,001
Padrão aceitável	1,05	0,92 - 1,20	0,476
Padrão esperado	1,00	-	-

Fonte: Elaboração própria.

*p-valor mediante teste de Wald. RP = Razão de Prevalência. IC = Intervalo de Confiança.

Apesar de o indicador ‘formas de atendimento para paciente que ficou sem medicamento’ ser considerado como um cenário positivo na avaliação dos serviços do estado de modo geral e da capital, como foi apresentado na *tabela 2*, ele contrastou com o cenário

dos serviços do interior, sendo evidenciado, também na *tabela 3*, como um importante fator para a baixa adesão à Tarv. Esse achado denota uma fragilidade no processo de trabalho desses SAE, visto que a forma de atendimento para o paciente que ficou sem antirretrovirais

fragiliza o tratamento, afeta a qualidade do cuidado, a segurança do paciente e, em longo prazo, aumenta os custos do tratamento e as chances de falhas virológicas²⁴.

Além disso, a ‘disponibilidade de medicamentos antirretrovirais’ é outro achado importante para a adesão, uma vez que os SAE de ambas as localidades apresentaram-se insuficientemente estruturados, e a indisponibilidade foi preditora para a adesão à Tarv nos serviços interioranos. Existe a necessidade da organização e da disponibilidade de recursos pelos serviços, visto que a literatura²⁵ comprova que a falta de medicamentos foi significativamente relatada por pessoas vivendo com HIV como sendo uma barreira para a adesão à medicação.

A fragilidade da dispensação dos antirretrovirais desestimula a continuidade do tratamento em serviços com péssimos indicadores de qualidade, uma vez que estes apresentam um risco maior para não adesão à Tarv quando comparados com aqueles que possuem melhores indicadores de qualidade^{4,26}.

Achado na literatura brasileira²⁷ verificou que apenas a metade dos serviços encontra-se com padrão de qualidade esperado para a disponibilidade de antirretroviral. Tal achado põe em risco o conceito de cuidado às pessoas vivendo com HIV, que visa a proporcionar uma adesão satisfatória, a fim de garantir o aumento de pessoas com supressão viral e reduzir a transmissão da doença²⁸.

O *deficit* de suprimento dos medicamentos é uma situação complexa e multifatorial, influenciada por elementos referentes aos fatores políticos, ao financiamento e à gerência farmacêutica²⁹. O abastecimento suficiente e de boa qualidade de recursos é essencial para que seja ofertada melhor assistência. A gestão e o financiamento dos serviços de saúde são tão responsáveis pela qualidade do cuidado quanto os profissionais que prestam assistência³⁰.

Nessa perspectiva, apesar de os serviços de ambas as localidades terem apresentado padrão de qualidade de assistência à saúde aceitável para o indicador ‘condutas para

pacientes com dificuldade no uso da medicação’, inferiu-se que esse representa que a assistência prestada para aquelas pessoas que estão com dificuldades de adaptação ao uso dos antirretrovirais ainda não está ocorrendo de modo satisfatório.

No que se refere aos indicadores ‘acompanhamento do uso de antirretroviral dos pacientes’ e ‘monitoramento das taxas de adesão à Tarv’, os serviços de ambas as localidades apresentaram padrão de qualidade insuficiente, sendo um achado preocupante, visto que o serviço deve desenvolver estratégias e dispor de meios que permitam acompanhar o uso da Tarv por cada indivíduo. Estudos observaram que, na maioria dos serviços brasileiros de referência para o HIV, a adesão da pessoas vivendo com HIV à Tarv foi verificada nos atendimentos individuais mediante questionamento sobre o uso correto dos medicamentos²⁸.

Os serviços do estado, sem distinção de localidade, apresentam precariedade no monitoramento da adesão à Tarv, o que reforça a fragilidade da assistência desses serviços no que diz respeito ao acompanhamento do uso da Tarv pelos pacientes e ao monitoramento da adesão aos medicamentos.

De modo geral, apesar das fragilidades encontradas nos serviços, verifica-se que aqueles situados no interior do estado apresentam-se mais vulneráveis, na perspectiva da adesão, a uma assistência fragmentada. Esse achado denota um maior comprometimento nas ações de promoção da adesão à Tarv, as quais são consideradas fundamentais no tratamento do HIV.

Como se percebe, a adesão à Tarv é um processo complexo, influenciado por diversos fatores que devem ser explorados nos serviços que prestam atendimento a essas pessoas. Dessa forma, compreender as dificuldades na adesão à Tarv é um processo essencial e requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre o usuário e o serviço, a equipe de saúde e a rede social de apoio, a fim de atender às singularidades socioculturais e subjetivas da população assistida¹³.

Diante desse cenário, os SAE devem articular-se em prol de ações para a promoção e o monitoramento da retenção dos pacientes em seguimento com o intuito de melhorar a adesão e a permanência dos usuários nos serviços. Espera-se que os gestores sejam sensibilizados a avaliar e monitorar os indicadores relacionados à qualidade da assistência à saúde e à adesão à medicação antirretroviral, a fim de planejarem estratégias para alcançar a meta 90-90-90, principalmente no que concerne ao acesso satisfatório ao tratamento e, com isso, à supressão virológica²⁸.

Considerações finais

Os SAEs do estado de Pernambuco, onde realizou-se este estudo, ainda não apresentam padrão de qualidade esperado para manter uma assistência integral às pessoas vivendo com HIV. A disponibilidade de recursos e o modo como se organiza o processo de trabalho foram importantes para a adesão à Tarv.

A indisponibilidade de medicamentos antirretrovirais foi um fator associado à baixa adesão no estado. Trata-se, portanto, de uma problemática de cunho administrativo e que envolve aspectos de ordem financeira e logística. Entende-se que sejam empenhados esforços a fim de minimizar empecilhos para o abastecimento regular e contínuo de medicamentos antirretrovirais, conforme a demanda.

As pessoas assistidas nos SAEs interiores apresentam fatores complicadores para a adesão à Tarv. As formas de atendimento à pessoa que ficou sem medicação, por um *deficit* no serviço, foram um fator preditor para a baixa adesão. Trata-se de uma deficiência no processo do cuidado e que, com a indisponibilidade dos antirretrovirais, pode comprometer todo o trabalho que a equipe de saúde realiza sobre a importância da adesão ao tratamento, favorecendo falhas tanto virológicas como na continuidade na tomada diária desses medicamentos.

Somando a isso, a baixa adesão encontrada exige a implementação de ações de educação continuada aos profissionais de saúde atuantes nos SAEs, haja vista que nessa situação é importante um atendimento humanizado e acolhedor que possibilite uma escuta e considere as singularidades de cada indivíduo, visando a minimizar o desestímulo para continuidade do tratamento e até mesmo fortalecer o vínculo entre o usuário e o serviço.

Como limitação do estudo, no que diz respeito à análise dos indicadores de qualidade da assistência nos SAEs, destaca-se a possibilidade de terem ocorrido conflitos de interesse, uma vez que os formulários foram preenchidos pelos gerentes dos respectivos serviços. Outras limitações incluem a fonte secundária de dados: os prontuários incompletos, no que se refere à carga viral e ao registro de baixa adesão, o que resultou em uma coleta informativa, feita a partir de registros antigos. Acredita-se que houve omissão desses dados.

Espera-se contribuir para um melhor entendimento acerca do comportamento da adesão à Tarv e da qualidade dos serviços de referência no estado de Pernambuco, mas principalmente nas localidades da capital e do interior, uma vez que, no contexto do HIV, estas apresentam características distintas e que necessitam de planejamento e intervenções específicas, condizentes com cada realidade. Desse modo, os achados desta pesquisa podem auxiliar na estruturação e no fortalecimento das políticas públicas de saúde direcionadas ao HIV em Pernambuco.

Colaboradoras

Moraes D (0000-0003-4979-6145)* e Cabral JR (0000-0003-3827-996X)* contribuíram para coleta de dados, análise e discussão dos dados. Oliveira RC (0000-0002-6559-5872)* e Souza VA (0000-0001-7232-7561)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Monteiro SS, Brigeiro M, Vilella WV, et al. Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019 [acesso em 2020 set 20]; 24(5):1793-1807. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018245.16512017>.
2. Bezabhe WM, Chalmers L, Bereznicki LR, et al. Adherence to antiretroviral therapy and virologic failure: a meta-analysis. *Adherence to Antiretroviral Therapy and Virologic Failure. A Meta-Analysis. Medicine.* 2016 [acesso em 2020 set 20]; 95(15):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000003361>.
3. Joint United Nations Programme on HIV. Unaid data 2019. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. [acesso em 2020 out 18]. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf.
4. Holtzman CW, Brady KA, Yehia BR. Retention in care and medication adherence: current challenges to antiretroviral therapy success. *Drugs.* 2015 [acesso em 2020 set 20]; 75:445-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40265-015-0373-2>. DOI: 10.1007/s40265-015-0373-2.
5. Kessler J, Nucifora KLL, Uhler L, et al. Impact and cost-effectiveness of hypothetical strategies to enhance retention in care within HIV treatment programs in East Africa. *Value in Health.* 2015 [acesso em 2020 out 19]; 18(8):46-955. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.09.2940>.
6. Miranda WA, Medeiros LB, Nascimento JA, et al. Modelo predictivo de retención en el cuidado especializado en VIH/SIDA. *Cad. Saúde Pública.* 2018 [acesso em 2020 set 19]; 34(10):e00209416. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00209416>.
7. Biscotto CR, Lopes FP, Carvalho CAR, et al. Interiorização da epidemia HIV/Aids. *Rev. Bras. Med.* 2013; 70(8/9).
8. Garbin CAS, Gatto RCJ, Garbin AJI. Adesão à terapia antirretroviral em pacientes HIV soropositivos no Brasil: uma revisão da literatura. *Arch Health Invest.* 2017 [acesso em 2020 out 10]; 6(2):65-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v6i2.1787>.
9. Remor E. Manual del cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento Antirretroviral: CE-AT-VIH. Madrid: Department of Psychobiology and Health. Faculty of Psychology, UAM; 2002.
10. Remor E, Milner-Moskovics J, Preussler G. Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antirretroviral”. *Rev Saú-de Pública.* 2007 [acesso em 2020 out 10]; 41(5):685-94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000043>.
11. Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Equipe Qualiaids. Sistema de avaliação Qualiaids, São Paulo: Universidade de São Paulo. 2016. [acesso em 2020 abr 10]. Disponível em: <http://www.qualiaids.fm.usp.br/>.
12. Brasil. Decreto Federal nº 8.948, de 29 de dezembro de 2016. Dispõe sobre o valor do salário-mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. *Diário Oficial da União.* 30 Dez 2016. [acesso em 2021 out 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8948.htm.
13. Goulart S, Meirelles BHS, Costa VT, et al. Adesão à terapia antirretroviral em adultos com HIV/AIDS atendidos em um serviço de referência. *REME – Rev. Min. Enferm.* 2018 [acesso em 2020 mar 8]; (22):e-1127. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180050>.
14. Oliveira RC, Moraes DCA, Oliveira ECS, et al. Associação do uso de álcool e drogas e a adesão ao tratamento antirretroviral. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2017 [acesso em 2020 maio 11]; 11(10):3862-68. Dis-

- ponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/69702/24409>.
15. Pedrosa SC, Lima ICV, Vasconcelos BA, et al. Intervenção telefônica na adesão à terapia antirretroviral de mulheres com vírus da imunodeficiência humana. *Rev Rede Enferm. Nordeste*. 2017 [acesso em 2020 set 11]; 18(3):300-06. Disponível em: <http://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000300003>.
 16. Zuge SS, Primeira MR, Remor EA, et al. Fatores associados à adesão ao tratamento antirretroviral em adultos infectados pelo HIV: estudo transversal. *Rev Enferm. UFSM*. 2017 [acesso em 2020 set 10]; 7(4):577-89. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018247.22312017>.
 17. Silva-Villanueva M, Alvarez-Risco A, Del-Aguila-Arcentales S, et al. Impacto de la Atención Farmacéutica en la adherencia de los pacientes con VIH en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. *Pharm. Care España*. 2017 [acesso em 2020 set 10]; 19(1):3-15. Disponível em: <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/369/274>.
 18. Salmanton-García J, Herrador Z, Ruiz-Seco P, et al. Self-reported adherence to antiretroviral therapy in HIV+ population from Bata, Equatorial Guinea. *AIDS care*. 2016 [acesso em 2020 out 10]; 28(5):543-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1124976>.
 19. Dima AL, Schweitzer AM, Diaconit R, et al. Adherence to ARV medication in Romanian young adults: self-reported behaviour and psychological barriers. *Psychol. Health Med*. 2013 [acesso em 2020 set 11]; 18(3):343-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13548506.2012.722648>.
 20. Baggaley R, Dalal S, Johnson C, et al. Beyond the 90-90-90: refocusing HIV prevention as part of the global HIV response. *J. Inter. AIDS Soc*. 2017 [acesso em 2020 out 10]; 19(1):e21348. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.7448/IAS.19.1.21348>.
 21. Santos EI, Silva AL, Santana PPC, et al. Evidências científicas brasileiras sobre adesão à terapia antirretroviral por pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Rev. Eletr. Gest. Saúde*. 2016 [acesso em 2020 set 11]; 7(1):454-70. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/2554/1506>.
 22. Silva JAG, Dourado I, Brito AM, et al. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2015 [acesso em 2020 set 10]; 31(6):1188-98. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00106914>.
 23. Pires PN, Marega A, Creagh JM. Adesão à terapia antirretroviral em pacientes infetados pelo VIH nos cuidados de saúde primários em Nampula, Moçambique. *Rev. Port. Med. Geral e Fam*. 2017 [acesso em 2020 maio 9]; 33(1):30-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgfv33i1.12021>.
 24. Rosa MB, Reis AMM, Perini E. Descontinuação de medicamentos: um problema. *Cad. Saúde Pública*. 2016 [acesso em 2020 abr 10]; 32(10):e00086916. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00086916>.
 25. Shubber Z, Mills EJ, Nachega JB, et al. Patient-reported barriers to adherence to antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*. 2016 [acesso em 2020 mar 20]; 13(11):e1002183. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002183>.
 26. Nemes MIB, Castanheira ERL, Helena ETS, et al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência a AIDS no Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2009 [acesso em 2020 set 2]; 55(2):207-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000200028>. DOI: 10.1590/S0104-42302009000200028.
 27. Astolfo S, Kehrig RT, Oliveira LR. Disponibilidade de recursos dos serviços ambulatoriais do Sistema Único de Saúde destinados a pessoas vivendo com HIV

em Mato Grosso, 2016. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2018 [acesso em 2020 set 10]; (27):e2017406. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000300001>. DOI: 10.5123/s1679-49742018000300001.

28. Perdigão REA, Bonolo PF, Silveira MR, et al. Oportunidade de vinculação de pessoas vivendo com HIV em um serviço especializado de saúde, Belo Horizonte (MG). *Rev. Bras. epidemiol.* 2020 [acesso em 2020 mar 20]; (23):E200020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2020.v23/e200020/pt>.

29. Pauwels K, Simoens S, Casteels M, et al. Insights into European Drug Shortages: A Survey of Hospi-

tal Pharmacists. *PLoS ONE*. 2015 [acesso em 2020 maio 11]; 10(3):e0119322. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119322>.

30. Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care*. Nova York: Oxford University Press; 2003.

Recebido em 10/03/2021
Aprovado em 20/09/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Representações sociais de pessoas vivendo com HIV: autopercepção da identidade ego-ecológica

The social representations of people living with HIV: self-perception of the ego-ecological identity

Dayana Souza de Melo¹, Rosâne Mello²

DOI: 10.1590/0103-1104202113112

RESUMO Este artigo objetivou compreender a identidade ego-ecológica da pessoa vivendo com HIV e analisar as influências exercidas pelo profissional de saúde sobre esses indivíduos. A pesquisa é de abordagem qualitativa, com base teórico-metodológica na Teoria das Representações Sociais. Foram realizadas entrevistas com complementação de frases com 20 pessoas vivendo com HIV que recebem atendimento no laboratório de imunologia de um hospital universitário. O perfil populacional do estudo influenciou positivamente no lidar com o agravo, dada a maior idade e tempo de tratamento. Apesar disso, os estigmas sociais negativos ainda se fizeram presentes. Enfatizou-se o profissional de saúde com potencial de transformação, sendo este vinculado à oferta qualificada de cuidado. Por fim, concluiu-se que ainda há preconceitos e tabus direcionados a pessoas vivendo com HIV, indicando assim a necessidade de um olhar atencioso às vulnerabilidades biopsicossociais dessa população.

PALAVRAS-CHAVE HIV. Pessoal de saúde. Saúde mental. Estigma social.

ABSTRACT *The aim of this paper is to understand the ego-ecological identity of the person living with HIV and to analyze the influences exerted by the health professional on these individuals. The research has a qualitative approach, with theoretical and methodological basis on the Theory of Social Representations. Phrase-complementing interviews were conducted with 20 people living with HIV who receive care at the immunology laboratory of a university hospital. The population profile of the study had a positive influence on dealing with the problem, given the older age and treatment time; despite that, negative social stigmas were still present. The health professional with transformation potential was emphasized, being linked to the qualified offer of care. Finally, it was concluded that there are still prejudices and taboos directed at people living with HIV, thus indicating the need for a careful look at the biopsychosocial vulnerabilities of this population.*

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Psiquiatria (Ipub) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
dayanasouza_10@hotmail.com

²Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

KEYWORDS HIV. Health personnel. Mental health. Social stigma.



Introdução

A situação de vulnerabilidade social de pessoas vivendo com HIV é assinalada em livros, filmes e demais exposições artísticas, produzidas, principalmente, nas décadas de 1980 a 1990. Apesar dessa ampla divulgação das necessidades individuais e dos dados epidemiológicos da síndrome, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) ainda é cercada de estigmas e conflitos¹.

A Aids é uma síndrome infecciosa crônica, causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e se caracteriza pela progressiva destruição do sistema imunológico, comprometendo especialmente a imunidade do tipo celular. Em vários casos, as infecções oportunistas do déficit imunológico tornam-se letais².

A síndrome se apresentou como pandemia em meados da década 1970, em um contexto estadunidense, com afecções de âmbito político, social e religioso. A Aids se tornou um estigma! Algo que não devia ser mencionado, que só dizia respeito a grupos minoritários e que tinham o que, considerável parte da população, chamavam de ‘comportamento sexual promíscuo’ (multiplicidade de parceiros e relações homoafetivas, entre outros)¹.

O problema atingiu níveis globais derivados, principalmente, do desconhecimento científico sobre o HIV, sendo mínimas as noções de diagnóstico, causa e tratamento. O que outrora era o mal das minorias sociais atingiu todas as classes, fazendo com que a criação de políticas públicas fosse essencial, inclusive no Brasil.

A descoberta de uma nova terapêutica farmacológica, chamada zidovudina (AZT), possibilitou aumentar o prognóstico e a qualidade de vida de quem portava tal vírus. Em 1991, o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) passou a disponibilizar o AZT de forma gratuita. Assim, a Terapia Antirretroviral (ARV) mudou o cenário epidemiológico do País. Características marcantes da Aids, como emagrecimento e fragilidade física, foram se reduzindo³. Além disso, os impactos na morbimortalidade também se refletiram no

número de internações e, conseqüentemente, na maneira como os profissionais de saúde e indivíduos se relacionam com as pessoas vivendo com HIV, pois estes vêm se mostrando cada vez mais ativos e inseridos socialmente.

Apesar dessa inserção progressiva bem-sucedida, estudar tal grupo social ainda se faz necessário. Comprovadamente, em pacientes que vivem com HIV, o risco de desenvolver depressão é o dobro do que na população geral, afetando sua qualidade de vida^{4,5}. Além disso, temos a desinformação acerca do contágio e do tratamento farmacológico, e o medo da morte, que traz à tona uma situação de vulnerabilidade psicossocial. Nesse contexto, o domínio teórico faz-se primordial para o atendimento aos pacientes com tal comorbidade.

Para nortear a pesquisa, as seguintes questões foram trabalhadas: como o indivíduo vivendo com HIV se vê na sociedade? Como este acredita que os outros o veem? Qual é a imagem do profissional de saúde para as pessoas vivendo com HIV, bem como suas influências?

A pesquisa tem como objeto a autorrepresentação daqueles que vivem com HIV. Ou seja, conhecer a identidade, suas peculiaridades, por meio das representações que o indivíduo tem sobre si mesmo e o meio em que está inserido. Com isso, a Teoria das Representações Sociais desponta como referencial teórico-metodológico para compor tal estudo, pois permite o aprofundamento dessas questões.

Assim, Souza⁶⁽⁶¹⁾ discorre um pouco sobre a Teoria das Representações Sociais, dizendo que:

Representar é uma capacidade mental inerente ao homem que busca apreender a realidade que o rodeia. Pode-se perceber essa capacidade representativa através da linguagem falada e escrita, nos comportamentos, na produção pictórica e gráfica que nos cercam. Em síntese, pode-se afirmar que representar são formas que traduzem o querer, o sentir e o agir humanos.

O estudo objetiva, então, compreender a identidade ego-ecológica da pessoa vivendo

com HIV e analisar as influências exercidas pelo profissional de saúde sobre esses indivíduos.

Compreender a identidade ego-ecológica diz sobre buscar um método mais sensível, que fundamenta as nossas práticas e que se propõe a analisar como o indivíduo se insere e se entende no mundo, problematizando, a partir daí, suas questões e conflitos. A Teoria Ego-ecológica, que foi pensada pela psicóloga social canadense Marisa Zavalloni, é uma das vertentes da Teoria das Representações Sociais, compondo o referencial teórico-metodológico deste trabalho⁷.

Material e métodos

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa e exploratória. Por meio desta, objetivou-se o estreitamento da relação entre o ator social, inserido em seu contexto, e o pesquisador, visando sempre entender o processo, e não apenas o resultado⁸.

O estudo dividiu-se em três etapas: a) análise bibliográfica, para identificação da problemática; b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema em questão; e c) análise dos temas emergentes para obter a compreensão e alcançar os objetivos propostos⁹.

A coleta de dados deu-se por intermédio de entrevistas, com uma estrutura preexistente mais flexível a intervenções pontuais do entrevistador e colocações do respondente¹⁰. As perguntas são semiestruturadas, permitindo, assim, o surgimento de questões individuais do entrevistado¹¹.

Foram entrevistados 20 adultos em tratamento para HIV no laboratório de imunologia de um Hospital Universitário (HU), localizado no estado do Rio de Janeiro, sendo a coleta de dados realizada uma vez por semana, por um período de um mês.

A abordagem foi realizada no HU, no qual foram explicitadas as finalidades do estudo, bem como solicitado o preenchimento do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, foi oferecida uma cópia com o Instrumento de Contextualização do Participante (ICP), contendo perguntas sobre condições socioeconômicas e acerca de sua história de saúde, no que diz respeito ao HIV.

Foi utilizado um inventário constituído por complementações de frases sobre as representações da identidade dos respondentes como pessoas vivendo com HIV. Destaca-se que tal inventário foi preenchido com uma palavra ou frases curtas. Este é baseado na Teoria Ego-ecológica, sendo uma das vertentes da Teoria das Representações Sociais, que permite conhecer a construção da identidade vislumbrada sob três esferas principais: as representações que o indivíduo tem de si mesmo, dos outros (ou seja, seu meio inserido mais próximo) e da sociedade⁷.

Assim, inicialmente, tomou-se como base a resposta do indivíduo a dois estímulos distintos: 'eu/nós' e 'eles'. Esse duplo estímulo (eu/nós e eles) propõe o aparecimento de um autpensamento crítico, bem como dos indivíduos que compõem sua matriz social⁷. A partir do estímulo 'eles', o entrevistado se afasta do grupo para que consiga opinar a tal respeito, enquanto o 'nós' traz reaproximação, com o reforço da ideia individualizada. Em seguida, foi solicitado que o entrevistado completasse as seguintes sentenças: 1.a) Eu, como pessoa vivendo com HIV, sou [...]; 1.b) Eles, como portadores de HIV, são [...].

Foi abordada, ainda, a visão que a sociedade e o profissional de saúde têm sobre a pessoa vivendo com HIV. Para tal, foi pedido que o entrevistado completasse as seguintes sentenças: 2.a) A sociedade vê o portador de HIV como [...]; 2.b) Os profissionais de saúde veem o portador de HIV como [...].

Após isso, o entrevistado foi convidado a confirmar as frases ditas por ele e se as afirmações são referentes à sua identidade (auto) ou a de outros (alo). Em um terceiro momento, o entrevistado verbalizou se os atributos trazidos por ele eram positivos ou negativos.

Na terceira etapa, buscou-se desmembrar

suas afirmações, a fim de traçar os perfis subjetivos. Essa foi nomeada Contextualização Representacional, em que foram retomados termos e valores atribuídos à questão norteadora da pesquisa¹².

Logo, pretendeu-se correlacionar a história do indivíduo com as afirmações feitas na etapa anterior. Em tal momento, passou-se às seguintes formas analíticas: a) do perfil traçado sobre si mesmo; b) da construção de sua identidade, refletida nos seus grupos sociais mais próximos; c) dos valores atribuídos às definições coletivas e individuais⁷.

A análise deste estudo seguiu três momentos: 1) Entender: as respostas obtidas no estudo são lidas, a fim de retirar a ideia central de cada pensamento e tomar conhecimento dos achados subjetivos; 2) Sintetizar (análise temática): as informações foram divididas em categorias para criação de um roteiro de leitura de sequência lógica; 3) Criticar (análise interpretativa): inserção das ideias do analisador, sendo este corresponsável pela produção de todos os achados desde então¹³.

Em atendimento à Resolução CNS nº 466/2012, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para apreciação, e somente após sua liberação, em 25 de junho de 2019, deu-se início à coleta de dados, sendo aprovada sob número de parecer 3.410.907.

Para a abordagem, o TCLE foi lido e assinado pelo participante, sem limite de tempo e com a entrevistadora disponível para esclarecimento de quaisquer dúvidas anteriores ou posteriores à realização do estudo. A entrevista foi realizada em sala reservada. Para garantir o sigilo dos entrevistados, os participantes foram identificados pela sigla EH (Entrevistado do Hospital), seguida por um código numérico individual. A pesquisa teve financiamento próprio e sem fins lucrativos. Acrescenta-se ainda que a pesquisa gerou um risco mínimo, dada a possibilidade de desconforto, por parte dos entrevistados, com o tema do estudo, por relembrar situações que vivenciaram.

Resultados e discussão

Participaram desta pesquisa 20 entrevistados, seguindo os critérios de inclusão e exclusão, com idade média de 50 anos. A maior parte do público foi do gênero feminino e, em sua totalidade, cisgênero. Em relação à orientação sexual, a maior incidência foi de indivíduos heterossexuais, seguidos de homossexuais. Quanto às questões específicas sobre o HIV, a forma de contágio mais relatada foi por via sexual. Todos os respondentes faziam tratamento exclusivamente farmacológico, cujo tempo médio era de 13 anos.

Quadro1. Perfil dos entrevistados. Rio de Janeiro, 2019

Indicador	Intervalos	Porcentagem
Idade	20 - 29 anos	5%
	30 - 39 anos	10%
	40 - 49 anos	30%
	50 - 59 anos	35%
	60 - 69 anos	20%
Gênero	Feminino	70%
	Masculino	30%
Orientação Sexual	Heterossexual	85%
	Homossexual	15%

Quadro 1. (cont.)

Indicador	Intervalos	Porcentagem
Escolaridade	Ensino fundamental	35%
	Ensino médio	50%
	Ensino técnico	5%
	Ensino superior	10%
Forma de contágio	Relação sexual	60%
	Transfusão Sanguínea	10%
	Acidente de trabalho	5%
	Desconhecido	25%
Tempo de tratamento para o HIV	0 - 11 meses	10%
	1 - 5 anos	10%
	6 - 10 anos	15%
	> 10 anos	65%

Ao estímulo ‘Eu, como portador de HIV, sou [...]’, referente ao instrumento de representações da identidade ego-ecológica, obteve-se, em sua maior parte (37 respostas, 58,7%), uma identificação positiva com o grupo. Ou seja, as complementações de frases indicaram satisfação e valorização, tanto de suas qualidades intrínsecas como de sua inserção no grupo de pessoas vivendo com HIV⁷. Com isso, é possível verificar que as pessoas vivendo HIV se sentem pertencentes ao meio e às suas relações, e com o agravo, não apresentam, em sua maior parte, um fator estressor.

Com o avanço do tratamento farmacológico e o aumento da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV, é perceptível o envelhecimento dessa população¹⁴. O perfil deste estudo comprova esse fato, marcado tanto pela média de idade quanto pelo tempo de tratamento elevados. Ambos os fatores auxiliam no sentimento de esperança e do menor impacto gerado pela doença como potencial fator estressor¹⁵. Dessa forma, a população com mais idade, e há mais tempo vivendo com HIV, lida melhor com questões relativas à doença se comparada à população mais jovem e com um diagnóstico recente.

Houve um número significativo de pessoas (41,3%) que expressou ter identificação negativa com o grupo, ou seja, estas não se sentem contentadas, nem com o fato de viverem com HIV, nem com o seu meio social relativo ao agravo. Resta demonstrado que, apesar dos fatores capazes de auxiliar os indivíduos a lidarem com tais questões, como maior idade e maior tempo de tratamento para o HIV, ainda há um peso negativo envolvendo essa temática, gerando, por exemplo, sentimentos de vergonha.

A despeito da crescente produção de métodos de divulgação de conhecimentos específicos ao HIV, é percebida a falta de conhecimento sobre meios de contágio, prevenção e tratamento. Esses tabus dão origem a um distanciamento da sociedade para com o indivíduo que vive com HIV, estimulando a segregação e a exclusão em razão da desinformação¹⁶.

A segunda indagação, ‘Eles, como portadores de HIV, são [...]’, em sua maior parte, ou seja, em 24 respostas (42,1%), não revelou identificação com o grupo. Essa diferenciação ocorre de forma negativa, ou seja, há uma desvalorização de questões pessoais⁷. O mesmo

resultado pode ser visto na pergunta ‘A sociedade vê o portador de HIV como [...]’, na qual há diferenciação negativa com o grupo em 44 respostas (78,6%). Quando há o distanciamento, por meio do estímulo ‘eles’, é possível identificar que a imagem negativa da pessoa vivendo com HIV ainda se faz presente e se perpetua no imaginário, inclusive dos próprios protagonistas desse cenário.

Estigma é definido como uma expressão da fuga do normal preestabelecido socialmente. Entre as circunstâncias descritas pelo autor para a produção desse fenômeno, o indivíduo que vive com HIV está atrelado não só a questões físicas, mas também a atributos éticos e morais de valores e caráter¹⁷.

Assim, “normais e estigmatizados são perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro”, diz Goffman⁸⁽¹⁴⁸⁾. No presente estudo, o desvio do padrão social desse grupo está relacionado com a expressão de gênero e sexualidade que está em conflito com o padrão social heteronormativo.

Destaca-se que 39 das complementações (70,9%) quanto à questão ‘Os profissionais de saúde veem a pessoa vivendo com HIV como [...]’ apresentaram diferenciação positiva ao grupo, ou seja, mesmo não havendo identificação direta com profissionais de saúde, os participantes exaltam as qualidades destes, vendo seus diferenciais de modo favorável.

A mudança do perfil epidemiológico tornou o cuidado a tal agravo não restrito ao leito de uma enfermagem hospitalar. O cuidado e o aperfeiçoamento tiveram de ser adaptados para além do atendimento da internação. Com isso, a evolução de novas técnicas em dispositivos como Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios e hospitais-dia fez-se necessária¹⁸. Tanto essa iniciativa quanto a atualização corroboram os achados de tal estudo, visto que os profissionais foram mencionados positivamente.

Espaço elementar de identidade social: o não ser e o ser soropositivo

Nesta etapa, a análise deu-se objetivando verificar o grau de identificação do sujeito com a complementação dita por ele⁷. Para isso, usou-se o conceito chamado Espaço Elementar de Identidade Social – um componente da Teoria Ego-ecológica que se destina a classificar se as afirmações foram, em sua maioria, egomórficas, isto é, atribuídas a si mesmo, ou alomórficas, isto é, atribuídas ao outro¹².

O presente estudo apresentou perfil egomórfico no estímulo ‘eu/nós’, e alomórfico no estímulo ‘eles’, sendo o primeiro majoritariamente positivo, e o segundo, em contrapartida, negativo. Houve tendência ao distanciamento do outro, sempre trazendo a imagem do soropositivo de forma negativa. Neste ponto, há de se considerar os preconceitos e os estigmas nas práticas e vivências dessa população. Quando existe essa aproximação, e as complementações mostram significados contrários, indica-se que os sujeitos não se sentem pertencentes a esse grupo, inferindo que viver com o HIV é algo com o qual não se quer estar associado.

Com base na análise temática, foram definidos os seguintes eixos: a) o ser normal e suas associações; b) expressão de sentimentos e emoções; c) relações com a doença; e d) demais implicações sociais relativas a viver com HIV. Sobre os eixos temáticos, a maior parte das citações, sendo 79 respostas (33,8%), enquadrou-se no eixo das demais implicações sociais relativas a viver com o HIV. Em seguida, emergiu o eixo que diz respeito a ser normal e suas associações, com 66 respostas (28%). Ambos trazem questões relativas a como se portar socialmente e discutem questões relevantes sobre estigmas, preconceitos e padrões socialmente aceitáveis.

Na subcategoria das identificações positivas com o grupo, foi mais mencionado o eixo ‘expressão de sentimentos e emoções’, com 22 complementações (46,8%). Em identificações negativas com o grupo, o eixo mais mencionado foi o que aludia às demais implicações

sociais diretas a pessoa que vive com o HIV, com 21 complementações (43,7%). Na subcategoria das diferenciações positivas, a maioria foi ‘o ser normal e suas associações’, com 36 respostas (58,0%). Por último, nas diferenciações negativas, deu-se ‘demais implicações sociais diretas no portador de HIV’, com 39 respostas (46,7%), seguido do eixo ‘relações com a doença’, com 16 considerações (20,8%).

O ser normal e suas associações

Foram identificados vocábulos como, “rotina” (EH2), “*ser humano comum*” (EH9) e “normal” (EH17), em contrapontos opostos como “diferente” (EH17), “anormal” (EH4) e “*um ser alienígena*” (EH18), sempre trazendo esse conceito da aproximação de um padrão que os difere ou não do restante da sociedade que não porta o HIV. Assim,

a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias¹⁹⁽¹²⁾.

Nesse eixo, há interesse em reforçar que o fato de conviver com HIV não compõe sua totalidade, ao mesmo tempo que os pacientes acusam a sociedade e alguns profissionais de saúde de não os verem de forma integral, somente por meio da doença. Aqui cabe destacar o conceito de integralidade do nosso SUS, que afirma que o sujeito deve ser visto de forma multiaxial, assim como é definido o conceito de saúde²⁰.

Expressão de sentimentos e emoções

Foram identificados vocábulos como “feliz” (EH4), “forte” (EH9) e “perseverante” (EH20) como marcadores positivos. Já a contraparte negativa identifica sentir-se “culpado” (EH1), “revoltado” (EH4) e “triste” (EH16). Aqui, ser é o mesmo que

sentir; as respostas foram mais rápidas e potencialmente interligadas com aquele dia em que ocorreu a entrevista. Além disso, aparecem questões muito subjetivas, bem como de foro íntimo.

Após as mais de três décadas do aparecimento da epidemia de Aids, é notável que as questões relativas ao HIV não estão apenas ligadas ao seu arcabouço biofisiológico. Tais associações permeiam os aspectos biopsicossociais, e observa-se um progressivo aumento de estudos que abordam questões íntimas da pessoa vivendo com HIV, dada a sua importância, que implica não só o tratamento, mas todo o meio em que está inserido²¹.

Relações com a doença

Os entrevistados relatam questões conexas ao processo de adoecer com o HIV, entre as quais, estão a aceitação ou não da doença, os sintomas e os impactos em sua rotina e disposição física. Essas questões foram expressadas nas seguintes complementações: “*ter consciência da doença*” (EH4), “*complicado de viver*” (EH9) e “*doente*” (EH6). Sobre a forma de contágio, emergiram, com ênfase, as preocupações em contaminar o outro, trazendo a preocupação como algo positivo e a despreocupação como um ato de irresponsabilidade, marcado nas seguintes complementações: “*procuro não contaminar ninguém*” (EH13) e “*descuidados por contaminar o outro*” (EH3).

O conhecimento acerca da doença e seu manejo é visto positivamente e muito mencionado, principalmente relativo à sociedade e ao profissional de saúde. Possuir conhecimento técnico-científico e desenvolver ações de educação em saúde são métodos que podem influenciar na adesão ao tratamento, assim como na morbimortalidade e potencial qualidade de vida²². Em contraponto, as complementações “*leprosos*” (EH20) e “*contagioso*” (EH7, EH12) também foram citadas, reafirmando a necessidade de esclarecimentos e revelando o medo do contágio e o afastamento repentino daqueles que o cercavam.

Demais implicações sociais diretas a pessoa que vive com o HIV

Foram identificados diversos tabus ao assunto, seguidos de esquiva ou fuga, evidenciados nas seguintes complementações: “*fechados*” (EH9) e “*não tocam no assunto*” (EH10). A esquiva do assunto se dá por medo de prejulgamentos ou vergonha de si e do outro. Além destas, foram relatadas frases associadas a discriminação, preconceito, exclusão, invisibilidade e até mesmo animalização, como “*bicho*” (EH11, EH18). Foi possível fazer uma averiguação de uma associação daquele que convive com HIV atrelado a comportamentos relativos à inconsequência, à promiscuidade, à maldade e à irresponsabilidade, reforçando arquétipos sociais negativos e levando a situações antiéticas, não profissionais ou imorais³.

Em contraponto, quando não há rejeição, discriminação, e existe cuidado e carinho, isso é encarado de forma positiva, mostrando, assim, que ser e se sentir acolhido pelos outros é importante. O cuidado sem preconceito é valorizado, bem como reconhecido como potencial para resolver suas questões pessoais, como autoestima. A complementação “*carinho*” (EH1, EH12 e EH13) é citada várias vezes, principalmente vinda dos profissionais de saúde, sendo estes os mencionados: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e psicólogos. Resta explicitada a importância da criação de vínculo e do relacionamento interpessoal.

Considerações finais

A população mais velha e com um tempo maior de tratamento tende a lidar melhor com o fator

HIV. Apesar disso, a estigmatização é notável nas falas, principalmente no que concerne aos padrões aceitáveis, aos conceitos de normalidades e negativa associação com promiscuidade e imoralidade: estes ainda permanecem fortemente associados.

O conhecimento sobre questões específicas do HIV tem potencial de transformação. No caso de sua ausência, gera desconfortos diversos, por causa da desinformação sobre contágio e prevenção, o que provoca sentimentos de exclusão e vergonha. Em contrapartida, quando há esse conhecimento, transmite-se esperança e fortalecimento dos vínculos.

Os profissionais de saúde, imersos nesse ambiente, são vistos de forma positiva nas falas dos entrevistados. Os cuidados humanizados e éticos ultrapassam os conhecimentos técnico-científicos e são abordados como potencial para melhoria da qualidade de vida de pessoas com HIV.

Assim, tal trabalho alcançou seus objetivos dispostos, contribuindo para um maior entendimento de como se dá a identidade ego/social do perfil estudado. Seu resultado indica a necessidade da ampliação do olhar para além das questões fisiológicas do agravo, entendendo que as pessoas vivendo com HIV têm questões específicas que impactam seu modo de se relacionar com o mundo, suas construções de vínculos e sua qualidade de vida.

Colaboradoras

Melo DS (0000-0003-1464-829X)* e Mello R (0000-0001-6042-4647)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Zolin KP, Oliveira SF, Mendonça MK, et al. Os estigmas e a discriminação social e os portadores do vírus HIV a partir do filme “The normal heart”. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/paper/view/5050>.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela atenção básica: manual para a equipe multiprofissional. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
3. Costa MS. A concepção das pessoas com HIV/AIDS acerca do estigma e da discriminação: um estudo junto ao serviço de assistência especializada em HIV/AIDS e Hepatites virais (SAE) do município de Campina Grande-PB. [monografia]. Campina Grande: Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual da Paraíba; 2015. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/9422>.
4. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde, Coordenadoria de Controle de Doenças. Diretrizes para implementação da rede de cuidados em IST/HIV/AIDS: manual de assistência. São Paulo: SESSP; 2017.
5. Santos AP, Braide ASG, Silva PGB, et al. Fatores associados à qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. Cadernos ESP/CE. 2019 [acesso em 2019 ago 12]; 13(1):27-36. Disponível em: <http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/166/159>.
6. Souza DB. Representações sociais sobre indisciplina em sala de aula dos professores iniciantes da rede municipal de Presidente Prudente-SP: implicações para a formação inicial. [dissertação]. Presidente Prudente: Universidade Estadual Paulista; 2005.
7. Mello R, Furegato ARF. Teoria Ego-ecológica e o estudo da identidade social- aplicabilidade em pesquisas de enfermagem. Esc Anna Nery (impr.). 2011 [acesso em 2019 mar 30]; 15(4):825-832. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400023>.
8. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2017.
9. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7. ed. São Paulo: Atlas; 2019.
10. Batista EC, Matos LAL, Nascimento AB. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. Rev Interdiscip Cient Ap. 2017 [acesso em 2019 mar 30]; 11(3):23-38. Disponível em: <https://rica.unibes.com.br/rica/issue/view/63/showToc>.
11. Alonso A, Lima M, Almeida R. Métodos de pesquisa em Ciências Sociais: bloco qualitativo. São Paulo: Sesc São Paulo; CEBRAP; 2016.
12. Zavaloni M, Louis-Guérin C. Identité sociale et conscience. Introduction à l'égo-écologie. Montreal: Les Presses de L'Université de Montreal; 1984.
13. Rampazzo L. Metodologia Científica para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação. 3. ed. São Paulo: Loyola; 2005.
14. Affeldt AB, Silveira MF, Barcelos RS. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/AIDS em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. Epidemiol Serv Saúde. 2015 [acesso em 2019 ago 5]; 24(1):79-86. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000100009>.
15. Cassette JB, Silva LC, Felício EEAA, et al. HIV/AIDS em idosos: estigmas, trabalho e formação em saúde. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2016 [acesso em 2019 ago 5]; 19(5):733-744. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150123>.
16. Andrade RG, Iriart JAB. Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. Cad. Saúde Pública. 2015 [acesso em 2019 set 10]; 31(3):565-574. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00019214>.
17. Gunther LE. O HIV e a AIDS: preconceito, discriminação estigma no trabalho: aplicação da Súmu-

- la 443 do Tribunal Superior do Trabalho. Rev Eletr do TRT9. 2015 [acesso em 2019 set 10]; 42(4):46-67. Disponível em: <https://juslaboris.tst.jus.br/handle/20.500.12178/90992>.
18. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC; 1975.
 19. Zambenedetti G, Silva RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. Physis Rio J. 2016 [acesso em 2019 set 10]; 26(3):785-806. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300005>.
 20. Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. Cad. Saúde Pública. 2016 [acesso em 2019 set 10]; 32(8):e00183415. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183415>.
 21. Villela WV, Monteiro S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/AIDS entre mulheres. Epidemiol Serv Saúde. 2015 [acesso em 2019 set 10]; 24(3):531-540. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2015.v24n3/531-540/>.
 22. Coutinho AFP, Lopes JL, Carneiro CS, et al. Satisfação dos pacientes atendidos no Ambulatório de Educação em Saúde. Rev Fund Care Online. 2019 [acesso em 2019 set 10]; 11(5):1111-1116. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1111-1116>.

Recebido em 01/02/2021
Aprovado em 10/09/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Fluxo de internação por Covid-19 nas regiões de saúde do Brasil

Inpatient flow for Covid-19 in the Brazilian health regions

Everton Nunes da Silva¹, Fernando Ramalho Gameleira Soares², Gustavo Saraiva Frio¹, Aimê Oliveira¹, Fabrício Vieira Cavalcante¹, Natália Regina Alves Vaz Martins¹, Klébya Hellen Dantas de Oliveira¹, Leonor Maria Pacheco Santos¹

DOI: 10.1590/0103-1104202113113

RESUMO Objetivou-se investigar os fluxos de internações por Covid-19 nas 450 regiões e 117 macrorregiões de saúde brasileiras, de março a outubro de 2020. Realizou-se estudo descritivo, compreendendo todas as internações por Covid-19 registradas no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe entre a 8^a e a 44^a semanas epidemiológicas de 2020. Identificaram-se 397.830 internações por Covid-19 no Brasil. A evasão foi de 11,9% dos residentes nas regiões de saúde e de 6,8% nas macrorregiões; padrão que se manteve no período de pico das internações por Covid-19. Houve, em média, 17,6% de evasão dos residentes das regiões de saúde do Nordeste e de 8,8% das do Sul. A evasão foi mais acentuada nas regiões de saúde com até 100 mil/hab. (36,9%), a qual foi 7 vezes maior que a verificada naquelas com mais de 2 milhões/habitantes (5,2%). O indicador de eficácia migratória negativo (-0,39) indicou predomínio da evasão. Das 450 regiões de saúde brasileiras, 117 (39,3%) apresentaram coeficiente de eficácia migratória entre -1 e -0,75; e 113 (25,1%), entre -0,75 e -0,25. Os resultados indicam que a regionalização do sistema de saúde mostrou-se adequada na organização do atendimento no território, porém, as longas distâncias percorridas ainda são preocupantes.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Regionalização da saúde. Hospitalização. Movimentação e deslocamento de pacientes.

ABSTRACT *The study aims to investigate the flows of Covid-19 hospitalizations in the 450 Brazilian health regions and 117 health macro-regions between March and October 2020. This descriptive study includes all Covid-19 hospitalizations registered in the Influenza Epidemiological Surveillance Information System between the eighth and forty-fourth epidemiological weeks of 2020. In Brazil, 397,830 admissions were identified for Covid-19. Emigration was 11.9% for residents in health regions and 6.8% in macro-regions; this pattern was also maintained during the peak period of Covid-19 hospitalizations. The average evasion for residents of health regions was 17.6% in the Northeast and 8.8% in the South. Evasion was more accentuated in health regions with up to 100 thousand inhabitants (36.9%), which was 7 times greater than that observed in health regions with more than 2 million inhabitants (5.2%). The negative migratory efficacy indicator (-0.39) revealed a predominance of evasion. Of the 450 Brazilian health regions, 117 (39.3%) had a coefficient of migratory efficacy between -1 and -0.75, and 113 (25.1%) between -0.75 and -0.25. Results indicate that the regionalization of the health system exhibited adequate organization of healthcare in the territory; however, the long distances traveled are still worrisome.*

KEYWORDS Covid-19. Regional health planning. Hospitalization. Movement and displacement of patients.

¹Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) - Brasília (DF), Brasil. evertonsilva@unb.br

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



Introdução

A Covid-19 tem desafiado os sistemas de saúde mundialmente, os quais precisaram reorganizar os serviços de saúde para o enfrentamento da pandemia^{1,2}. Dada a sua alta transmissibilidade, potencialmente agravada pelo aparecimento de novas variantes, e ausência de tratamentos específicos, a Covid-19 se alastrou rapidamente entre os países de alta, média e baixa renda. Estados Unidos, Índia e Brasil são os países com maior número de casos e mortes por Covid-19. Entretanto, embora tenha consequências negativas em todo o mundo, nos países em desenvolvimento, a Covid-19 tem maior chance de aumentar as iniquidades em saúde, incluindo falhas no acesso à saúde e aumento do fluxo de pacientes para tratamento de saúde³.

No Brasil, apesar da transmissão do vírus Sars-CoV-2 ter rapidamente atingido todas as regiões, isso ocorreu em diferentes proporções^{4,5}. As desigualdades regionais que incluem, além de diferenças socioeconômicas, uma desigual distribuição dos recursos e oferta dos serviços de saúde – afora alterar o fluxo de pacientes – têm impacto no bem-estar, morbidade e mortalidade pela doença^{4,5}.

O processo de interiorização da Covid-19 ao atingir os municípios de pequeno porte, os quais estão menos estruturados em termos de oferta de serviços de saúde de média e alta complexidade, desafia a capacidade de gestão municipal⁶. Um estudo apontou que 90,4% dos municípios brasileiros não dispunham de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para adultos, 59,3% não dispunham de respiradores/ventiladores, 51,9% não possuíam monitores de eletrocardiograma (ECG), 39,6% não contavam com desfibriladores, 71,0% não registravam bombas de infusão e 84,6% não tinham tomógrafos registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em fevereiro de 2020⁶. Assim, embora uma pequena parcela de pacientes com Covid-19 evolua para quadros graves da doença, estes podem necessitar de hospitalização e cuidados intensivos em UTI⁷. Dessa

forma, é esperado encontrar fluxos de internação entre municípios e dentro das regiões de saúde.

Nesse contexto, é importante analisar os fluxos de internações por Covid-19 no âmbito das regiões de saúde, visto que a maioria dos municípios não possui oferta de serviços especializados para os casos mais graves da doença. As regiões de saúde podem ser entendidas como uma estratégia para otimizar a gestão dos serviços de saúde, a racionalização de recursos e o aporte institucional para a criação de redes de atenção em saúde⁸. A organização regionalizada dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) define os fluxos de pacientes no território, tanto no nível das regiões como no nível das macrorregiões de saúde, e depende, entre outros, da oferta de transporte e da capacidade dos municípios de referência^{9,10}.

O objetivo deste estudo foi de investigar os fluxos de internações por Covid-19 nas 450 regiões e 117 macrorregiões de saúde brasileiras no período de março a outubro de 2020. Avaliaram-se: i) a proporção de internações de residentes dentro da sua região de saúde e da sua macrorregião de saúde, estratificada pelo período de maior estresse do sistema de saúde; ii) os fluxos de pacientes que buscaram internações por Covid-19 entre as regiões de saúde, mapeando as regiões e macrorregiões que apresentaram processo migratório de evasão/invasão de internações por Covid-19.

Material e métodos

Foi realizado um estudo descritivo dos fluxos de internações por Covid-19 nas regiões de saúde, levando em consideração diferentes recortes (regiões e macrorregiões de saúde). A unidade de análise foi a região de saúde, contemplando todas as 450 regiões e as 117 macrorregiões de saúde brasileiras.

As macrorregiões foram definidas com base na Resolução CIT nº 37/2018, que estabeleceu o parâmetro mínimo de 500 mil habitantes

para os estados do Norte e de 700 mil habitantes para os demais estados.

O número de internações por Covid-19 foi obtido por meio do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe), do Ministério da Saúde do Brasil. O Sivep-Gripe foi criado inicialmente para o monitoramento do vírus influenza no País, a partir de uma rede de vigilância sentinela da síndrome gripal, e adaptado em 2020 para orientar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde para a circulação simultânea do novo coronavírus. A partir da Nota Técnica nº 20/2020-SAPS/GAB/SAPS/MS e da Portaria Sesab nº 233, de 19 de junho de 2021, todo caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizado ou óbito por SRAG, ainda que não hospitalizado, mas que se enquadre na definição de caso, deve ser obrigatoriamente notificado no Sivep-Gripe, em até 24 horas, pelas unidades cadastradas (hospitais, Unidades de Pronto Atendimento – UPA, Serviço de atendimento Médico de Urgência – Samu, Serviço de Verificação de Óbito – SVO). Nesse banco, não foi possível distinguir quais dados se referem ao setor público ou privado. Foram considerados, para a amostra deste estudo, apenas indivíduos nos quais a classificação final do caso foi de SRAG-Covid-19, confirmada após o resultado positivo de teste molecular RT-PCR para o vírus Sars-CoV-2¹¹.

O estudo compreendeu todas as internações por Covid-19 registradas no Sivep-Gripe de 1º de março a 29 de outubro de 2020, que equivalem às notificações realizadas entre a 8ª e a 44ª semanas epidemiológicas. Esse período foi selecionado devido à disponibilidade de dados até a realização deste estudo.

Para estimar a capacidade de atendimento das regiões de saúde em prover internações por Covid-19 aos seus residentes, foi calculada a proporção obtida pela divisão do somatório de todas as internações pela doença realizadas pelos residentes dentro da sua respectiva região de saúde pelo somatório de todas as internações por Covid-19 realizadas pelos residentes daquela região de saúde. Essa

proporção foi calculada em dois períodos distintos. O primeiro período refere-se ao pico das internações por Covid-19 na região de saúde, definido como a semana epidemiológica com maior número de internações pela doença, acrescida das semanas epidemiológicas anterior e posterior. Esse período representa a situação em que o sistema hospitalar seria mais demandado pela população atendida. O segundo período refere-se às demais semanas epidemiológicas, excluindo-se o período de pico das internações por Covid-19.

Para identificar os fluxos de internações pela doença, foram cruzados os dados de origem dos pacientes (região de saúde de residência) com os dados do local da realização das internações (região de saúde de atendimento). Com o cruzamento das internações por Covid-19, também foi possível identificar o indicador de eficácia migratória, que leva em consideração a evasão e invasão de pacientes. Segundo Rocha¹², quanto maior a evasão de pacientes, menor seria a capacidade de assistir local ou regionalmente a população; e quanto maior a invasão de pacientes, maior o poder de atração exercido pelas condições de oferta de assistência¹². O Indicador de Eficácia Migratória (IEM) foi obtido pela fórmula abaixo:

$$IEM = (I - E) / (E + I)$$

Em que 'I' é a invasão, definida como a entrada de pacientes de outras regiões de saúde; 'E' é a evasão, definida com a saída de pacientes para outras regiões de saúde; 'I - E' é a migração líquida (entradas menos saídas de pacientes em uma região de saúde); 'E + I' é a migração bruta (entradas mais saídas de pacientes em uma região de saúde). O indicador assume valores entre 1 e -1 inclusive. Valores próximos de 1 indicam alta atração migratória, enquanto valores próximos de -1 indicam alta repulsão migratória.

Também foi calculada a distância média percorrida pelos pacientes para internações realizadas fora das regiões de saúde e entre municípios dentro da própria região. Esta

foi calculada no *software* QGIS com base na distância euclidiana em metros entre as coordenadas das sedes dos municípios de residência e de internação do fluxo, utilizando uma projeção policônica com o sistema de referência geodésico Sirgas 2000. As coordenadas das sedes municipais foram obtidas no estudo ‘Cadastro de Localidades Seleccionadas 2010’ do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Essa informação fornece uma medida de trajeto percorrido pelos pacientes, a qual foi estratificada por porte populacional da região de saúde (até 100 mil habitantes; entre 100 mil e 200 mil habitantes; entre 200 mil e 500 mil habitantes; entre 500 mil e 1 milhão de habitantes; de 1 milhão a 2 milhões de habitantes; e acima de 2 milhões de habitantes) e região geográfica (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul).

Análise estatística

Os dados foram tabulados para cada uma das 450 regiões de saúde e das 117 macrorregiões de saúde. Inicialmente, foram apresentadas as frequências absolutas e relativas de internação por Covid-19. Em seguida, foram calculados os percentuais médios de evasão nas regiões de saúde, para Brasil e suas cinco regiões geográficas, estratificando segundo períodos de maior e menor demanda de internações e segundo o porte populacional das regiões de saúde. O deslocamento foi representado pelas distâncias médias e graficamente por meio de mapas, incluindo os fluxos entre regiões e macrorregiões de saúde. Da mesma forma, a eficiência migratória nesses recortes territoriais foi apresentada por meio de mapas. Para a análise dos dados, foi utilizado o *software*

Stata, versão 14. Para a elaboração dos mapas, foi utilizado o *software* QGIS, versão 3.12.

Aspectos éticos

Foram utilizados exclusivamente dados secundários, de acesso público e não identificados. Dessa forma, não foi necessária a submissão do estudo ao sistema CEP/Conep.

Resultados

No período de março a outubro de 2020, foram registradas no Brasil 397.830 internações por Covid-19, sendo: 33.399 no Norte (8,4%, taxa de 17,9 internações por 10 mil hab.); 37.626 no Centro-Oeste (9,4%, taxa de 22,8 internações por 10 mil hab.); 45.187 no Sul (11,4%, taxa de 15 internações por 10 mil hab.); 81.121 no Nordeste (20,4%, taxa de 14,1 internações por 10 mil hab.); e 200.497 no Sudeste (50,4%, taxa de 22,5 internações por 10 mil hab.).

Apenas 11,9% dos residentes saíram de suas regiões de saúde para conseguir internação por Covid-19. Entretanto, estratificando a análise por regiões geográficas, o Nordeste destaca-se como a região com maior evasão de pacientes, onde se observou 17,6%, o dobro do percentual verificado na região Sul. Identificaram-se também variações em termos de porte populacional das regiões de saúde, com o percentual médio de evasão de 36,9% naquelas regiões de saúde com população de até 100 mil habitantes e 5,2% naquelas com população acima de 2 milhões de habitantes. Essa relação inversa entre porte populacional e percentual de evasão se mantém de forma geral, mesmo estratificando os dados pelas regiões geográficas brasileiras (*tabela 1*).

Tabela 1. Percentual de evasão de residentes da região de saúde para internação por Covid-19, segundo região geográfica, intensidade de demanda por internação e porte populacional da região de saúde de residência do paciente, entre março e outubro de 2020

Região	Período de Demanda por Internação	Porte Populacional da Região de Saúde de Residência do Paciente Internado						Total
		até 100 mil	100 a 200 mil	200 a 500 mil	500 mil a 1 milhão	1 a 2 milhões	Acima de 2 milhões	
Norte	Total	38.5%	24.8%	15.9%	9.6%	-	1.7%	9.8%
	Maior Demanda	45.1%	27.0%	15.9%	11.4%	-	1.8%	10.3%
	Menor Demanda	36.3%	23.9%	15.9%	8.9%	-	1.7%	9.6%
Nordeste	Total	62.9%	55.7%	40.7%	23.6%	5.0%	0.8%	17.6%
	Maior Demanda	61.9%	55.9%	42.5%	24.7%	4.8%	0.9%	19.1%
	Menor Demanda	63.5%	55.6%	40.0%	23.3%	5.0%	0.8%	17.0%
Sudeste	Total	34.8%	20.4%	11.2%	9.9%	23.3%	7.5%	10.6%
	Maior Demanda	37.2%	19.3%	12.0%	9.4%	22.3%	7.0%	10.5%
	Menor Demanda	33.8%	20.8%	11.0%	10.0%	23.5%	7.6%	10.7%
Sul	Total	-	23.9%	14.1%	8.9%	4.2%	1.3%	8.8%
	Maior Demanda	-	24.7%	15.1%	9.1%	4.1%	1.2%	10.3%
	Menor Demanda	-	23.6%	13.7%	8.8%	4.2%	1.3%	8.4%
Centro-Oeste	Total	36.8%	28.8%	19.1%	28.9%	7.5%	1.0%	12.4%
	Maior Demanda	39.5%	32.5%	17.7%	26.2%	8.5%	1.2%	14.2%
	Menor Demanda	35.6%	27.4%	19.6%	29.6%	7.3%	1.0%	11.9%
Brasil	Total	36.9%	30.9%	20.3%	14.0%	12.8%	5.2%	11.9%
	Maior Demanda	40.0%	32.1%	22.2%	14.7%	11.3%	4.7%	12.9%
	Menor Demanda	35.5%	30.4%	19.7%	13.8%	13.2%	5.3%	11.7%

Fonte: Elaboração própria.

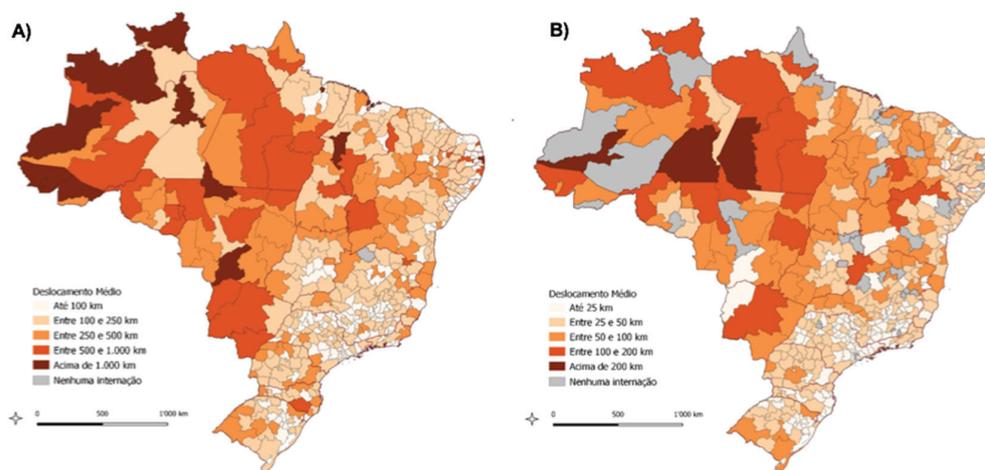
As diferenças no percentual de evasão das regiões de saúde mostraram-se pouco sensíveis em relação aos períodos com maior ou menor demanda por internações, não sendo possível identificar um padrão evidente nas variações entre esses períodos quando avaliados por região geográfica e porte populacional. No entanto, as regiões geográficas apresentaram, com exceção do Sudeste, um pequeno incremento da evasão quando se analisou o período de maior demanda (tabela 1).

As distâncias percorridas pelos pacientes nas 47.476 internações por Covid-19 registradas fora da região de saúde de residência, somadas, perfazem um total de 5,9 milhões de quilômetros, o que representa uma média de 229 km por deslocamento. Esse indicador, contudo, apresenta grande heterogeneidade, pois reúne deslocamentos médios que vão desde 60 km no Sudeste até 409 km no Norte.

Embora o maior número de internações por Covid-19 tenha sido encontrado na região Sudeste (45%), e os maiores deslocamentos médios, na região Norte, seguido pela região Centro-Oeste (182,8 km), foi o Nordeste que apresentou o maior somatório de deslocamentos, mais de 1,9 milhão de km, uma vez que, além de apresentar deslocamento médio relevante (135,4 km), teve o segundo maior volume de internações de residentes por Covid-19 (30%).

Os estados do Norte e do Centro-Oeste são aqueles que apresentaram maiores médias de deslocamento para fora das regiões de saúde (acima de 300 km), sendo os principais, por ordem decrescente: Acre (922,1 km), Mato Grosso (489,2 km), Amazonas (484,2 km), Roraima (471,8 km), Mato Grosso do Sul (466,3 km), Rondônia (459,9 km), Pará (411 km) e Amapá (315 km) (figura 1A).

Figura 1. Distância média de deslocamento para internação por Covid-19 realizada fora da região de saúde (A) e dentro de cada região de saúde (B) no Brasil de março a outubro de 2020



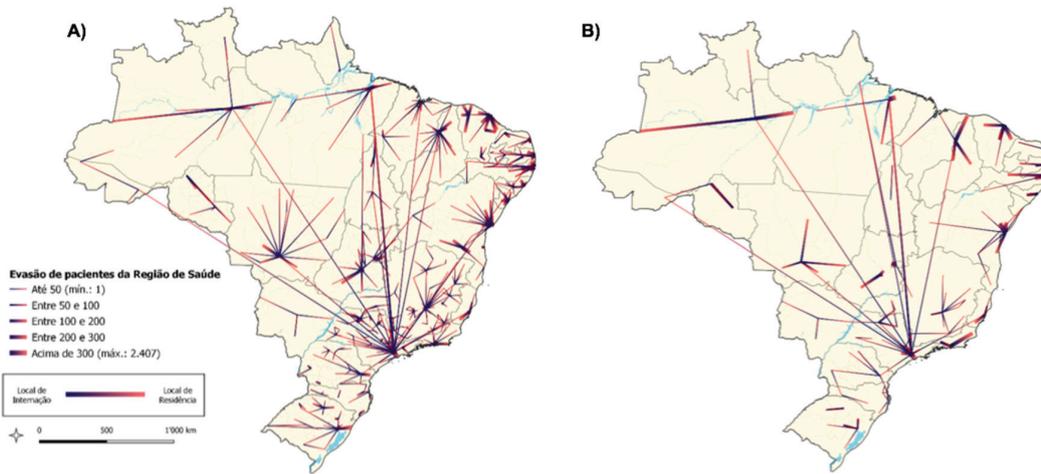
Fonte: Elaboração própria.

De maneira geral, houve menor deslocamento médio para internação por Covid-19 dentro das regiões de saúde (28,2 km). Apenas alguns poucos estados apresentam médias de deslocamentos acima de 100 km, são eles: Amazonas (134,4 km), Rondônia (122,9 km), Roraima (117,1 km), Acre (108,2 km) e Mato Grosso do Sul (103,7 km). É possível perceber na *figura 1B* que o Sudeste, tanto em relação aos deslocamentos para fora das regiões de saúde quanto entre os municípios dentro das regiões de saúde, apresentou menores deslocamentos médios. No deslocamento interno à região de saúde, registrou-se no Sudeste uma média ligeiramente superior a 20 km.

As *figuras 2A e 2B* evidenciam os fluxos mais intensos de evasão de pacientes para internações por Covid-19 no Brasil, partindo

das regiões e macrorregiões de saúde, entre março e outubro de 2020. Foi nítida a centralidade exercida pelas regiões de saúde dos municípios das capitais estaduais, figurando, na maioria das vezes, como a região de destino mais frequente dos fluxos de evasão para internação nas escalas das unidades da federação. Algumas regiões de saúde também extrapolam os limites estaduais, como é o caso da região de saúde do município de São Paulo, que exerce influência sobre todas as capitais brasileiras, sendo o destino mais frequente da evasão de muitas delas (*figura 2A*). As capitais do Norte e do Centro-Oeste centralizam fluxos de regiões que estão a grandes distâncias, como se observa mais nitidamente nos fluxos em direção às regiões de saúde de Manaus, Belém e Cuiabá.

Figura 2. Fluxo mais intenso de evasão de pacientes para internação por Covid-19 entre as regiões de saúde (A) e as macrorregiões de saúde (B) brasileiras de março a outubro de 2020



Fonte: Elaboração própria.

Nota: As coordenadas utilizadas como origem e destino para representar os fluxos entre as macrorregiões de saúde foram definidas a partir da coordenada da sede do município mais populoso da macrorregião.

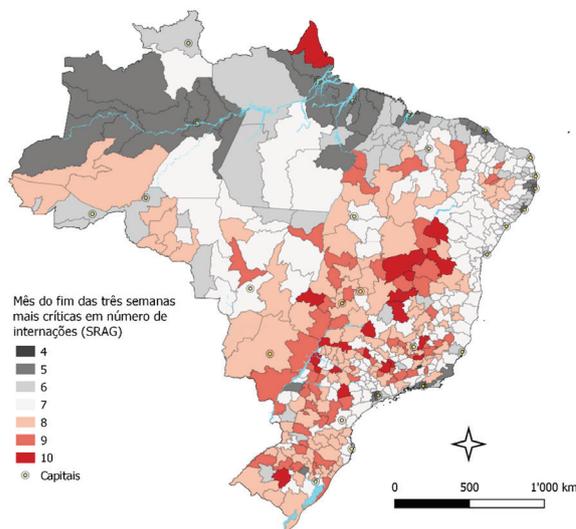
Os fluxos entre macrorregiões de saúde, embora partam de um volume significativamente menor de deslocamentos (representando apenas 6,8% das internações dos seus residentes), reforçam a centralidade das capitais estaduais, e do movimento de várias capitais em direção a São Paulo quando os pacientes precisam se deslocar para alguma outra macrorregião (figura 2B).

Em contraste a esses grandes deslocamentos, verificou-se, em vários estados, a presença de polos de atração de fluxo de pacientes, além das capitais. Entre os 52 municípios ‘polo’ identificados, 23 situavam-se na região Sudeste (13 em Minas Gerais e 10 em São Paulo), seguido de 15 no Nordeste (presentes em oito dos nove estados), 9 no Sul (em todos os três estados), 3 no Norte e 2 no Centro-Oeste. A maioria desses municípios classificava-se como Muito Alto (12%) e Alto (67%) pelo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), indicando que,

provavelmente, são municípios mais desenvolvidos que os seus vizinhos. Analisando o porte populacional, comparado com os demais municípios nas suas respectivas macrorregiões de saúde, 75% dos municípios eram os mais populosos da sua macrorregião de saúde, atuando como polos para migração de pacientes.

As regiões de saúde localizadas no Norte, especialmente em Manaus, Macapá e Belém, e nas capitais litorâneas de São Luiz, Fortaleza, Recife, Maceió, Rio de Janeiro, além do estado de São Paulo, atingiram o período crítico para internações por Covid-19 ainda em maio de 2020. Enquanto isso, regiões de saúde dos estados de Mato Grosso do Sul, de Goiás e de parte do interior da Bahia e de Minas Gerais apresentaram picos mais tardios de internações por Covid-19. Em geral, as regiões de saúde distribuídas nas capitais do Sul tiveram seus momentos mais críticos de internação em julho (figura 3).

Figura 3. Temporalidade de período crítico de internação por Covid-19 no Brasil, de acordo com a região de saúde, entre março e outubro de 2020

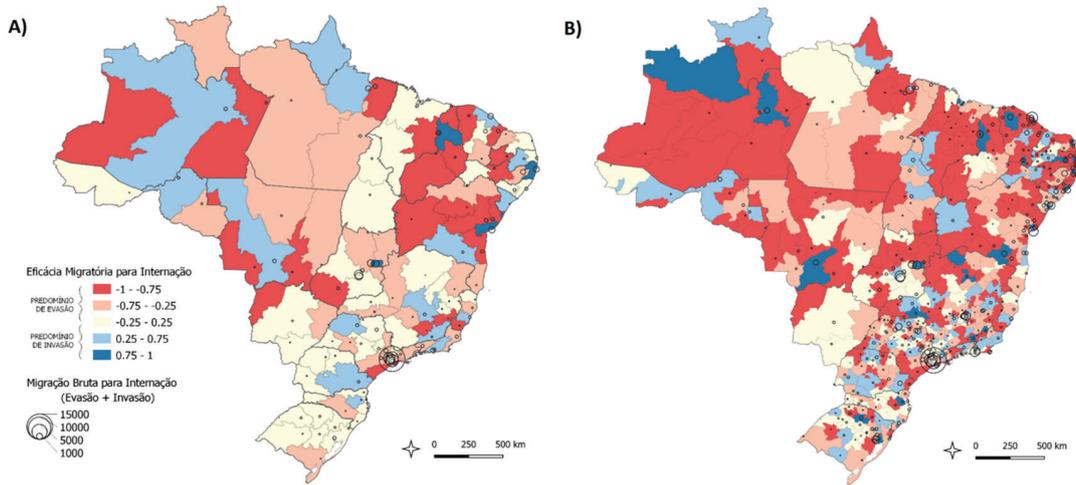


Fonte: Elaboração própria.

Os dados de migração bruta para internação por Covid-19, considerando o deslocamento entre as macrorregiões, dão destaque em magnitude àquelas das Regiões Metropolitanas de São Paulo, Goiânia, Distrito Federal e entorno, Salvador, Recife e Fortaleza, todas com total de migração bruta acima de 800 deslocamentos. A região Sul, apesar de indicar maior eficácia migratória média entre as macrorregiões de saúde, apresenta baixa migração bruta entre

elas. Grande parte das macrorregiões de saúde que tiveram uma quantidade maior de migração bruta de pacientes coincide com áreas nas quais se verifica o predomínio de movimentos de invasão em relação à evasão, e se dão mais claramente nas capitais dos estados ou em importantes cidades do interior. Destacam-se movimentos migratórios com predomínio de evasão, mais relevantes em termos quantitativos, nas macrorregiões contíguas àquelas das capitais (*figura 4 A*).

Figura 4. Eficácia migratória para internação por Covid-19 no Brasil por macrorregião de saúde (A) e por região de saúde (B) entre março e outubro de 2020



Fonte: Elaboração própria.

O cálculo da eficácia migratória para as regiões de saúde resulta em um valor médio nacional de -0,39. Valores negativos indicam um predomínio dos processos de evasão, ou seja, há mais regiões de saúde em que os residentes tiveram de procurar internação por Covid-19 fora de sua região de residência. Vale ressaltar também que os deslocamentos entre regiões de saúde se dão ainda sobre uma base de migração bruta mais elevada do que a verificada entre as macrorregiões de saúde. Entretanto, observou-se uma heterogeneidade de resultados dentro das Unidades Federativas. A região Sul, mesmo figurando como a região geográfica que apresenta maior média de eficácia migratória de regiões de saúde para internação por Covid-19, ainda assim, apresenta valor menor que zero para o indicador (-0,17). Ou seja, apesar do predomínio de invasão ou regiões com eficácia próxima de zero no Sul, há várias regiões de saúde com pessoas evadindo-se. As outras regiões geográficas mostram maior número de regiões de saúde com predomínio de evasão. No Norte, no Nordeste e no Centro-Oeste, a maior parte das regiões de saúde possui

eficácia migratória negativa (evasão). A região Nordeste é a que apresenta a menor média do valor de eficácia migratória entre as regiões de saúde (-0,52), seguida das regiões Centro-Oeste (-0,46), Norte (-0,45) e Sudeste (-0,33) (figura 4B). O Sudeste é a região com maior heterogeneidade, com diversas regiões com evasão e outras tantas com invasão. É importante destacar que a maior parte das regiões de alta eficácia migratória (0,75 - 1) é rodeada de regiões de baixa eficácia migratória (-1 - -0,75), indicando que seja possível destino dos pacientes das regiões vizinhas.

Discussão

Os resultados do estudo revelaram um baixo percentual de evasão para internação por Covid-19 nas regiões de saúde brasileiras (11,9%) e nas macrorregiões (6,8%) de saúde brasileiras, e demonstraram a centralidade exercida pelas capitais estaduais. Além disso, foram observadas variações de fluxos nas regiões geográficas e em termos de porte

populacional das regiões de saúde e macrorregiões de saúde. Entretanto, o período de pico das internações por Covid-19 pareceu não influenciar os padrões de fluxo de internação dos pacientes, embora tenha divergido entre as regiões brasileiras.

O recorte da região de saúde permitiu analisar a capacidade de cooperação entre os municípios de uma mesma região de saúde, dados os desafios enfrentados em nível municipal em termos da oferta de equipamentos e leitos¹³. Historicamente, a descentralização do SUS para os entes subnacionais priorizou o movimento de municipalização da saúde até o ano de 2000, no qual os municípios ganhavam protagonismo na provisão e organização dos serviços de saúde¹⁴. No entanto, a baixa cooperação interfederativa e as escassas experiências de redes de atenção à saúde reforçaram a fragmentação do cuidado da saúde, comprometendo a implementação dos princípios da universalidade e da integralidade do SUS¹⁵. Parte desse contexto é consequência da forma de financiamento da saúde pública, valendo-se de pagamento por procedimento e de incentivos financeiros para o desenvolvimento de políticas específicas, sem, necessariamente, integrar uma rede de atenção à saúde¹⁶. Por exemplo, a lógica dos repasses federais para a média e a alta complexidade ainda se mantém associada ao histórico de produção e adesão a programas e incentivos federais, causando competição entre os entes subnacionais pelo recurso financeiro em detrimento do cooperativismo¹⁵. A partir das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas), publicadas em 2001 e 2002¹⁷, a regionalização da saúde ganhou espaço, bem como a organização das redes de atenção à saúde, que foram reguladas pela Portaria GM/MS nº 4.279/2010¹⁸. No ano seguinte, o Decreto nº 7.508/2011¹⁹ estabeleceu critérios mínimos de oferta de ações e serviços de saúde para serem instituídas as regiões de saúde, devendo conter pelo menos: i) atenção primária; ii) urgência e emergência; iii) atenção psicossocial; iv) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e v) vigilância em saúde.

Todos esses cuidados têm uma interface direta com o enfrentamento da Covid-19 no contexto brasileiro.

Em relação ao baixo percentual de evasão para internação por Covid-19 nas regiões de saúde brasileiras, neste estudo, em média, 88,1% dos residentes foram atendidos nas suas regiões de saúde no período de março a outubro de 2020. Dados de 2016 mostraram um percentual de evasão de 33% das internações realizadas no SUS em um universo de mais de 11 milhões de internações⁸. Assim, há um possível avanço na resolutividade das redes de serviços nas regiões de saúde ao longo do tempo e para as internações por Covid-19.

No entanto, os resultados deste estudo mostraram que enquanto no Nordeste foi observado, em média, 17,6% de evasão dos residentes das regiões de saúde, esse percentual foi de 8,8% nas regiões de saúde do Sul. Quando os residentes tiveram que procurar internações por Covid-19 em outras regiões de saúde, o deslocamento médio foi de 229 km, sendo essa distância média menor no Sudeste (60 km) e maior no Norte (409 km).

O acesso geográfico ao tratamento de qualquer doença é de extrema importância, visto que a agilidade e o tempo adequado de atendimento minimizam as possíveis manifestações clínicas indesejadas pela doença. Em um estudo ecológico que aborda os fluxos origem-destino das internações de pacientes oncológicos conduzido por Oliveira²⁰, foi evidenciado que uma das causas dos fluxos de internações são o acesso geográfico de oferta do tratamento e as barreiras na organização das redes de saúde à luz dos serviços de referência e contrarreferência de tratamento de doenças. Somado a isso, de acordo com Xavier⁸ em seu estudo sobre regionalização segundo internações, as questões relacionadas com o deslocamento de pacientes em busca de tratamentos estão intrinsicamente ligadas a composição do espaço geográfico, suas redes de transporte e as relações interpessoais entre as comunidades desses municípios.

Nesse estudo, o indicador de eficácia migratória negativo (-0,39), indicando predomínio

da evasão, foi, provavelmente, influenciado pelas regiões de saúde menos populosas (79,1% das regiões de saúde têm menos de 500 mil/hab.), as quais são mais frequentes no território brasileiro. Das 450 regiões de saúde brasileiras, 117 (39,3%) apresentaram coeficiente de eficácia migratória entre -1 e -0,75, e 113 (25,1%), entre -0,75 e -0,25. A evasão foi mais acentuada nas regiões de saúde com até 100 mil/hab. (36,9%), a qual foi 7 vezes maior que a verificada nas regiões de saúde com mais de 2 milhões/hab. (5,2%). No caso dos municípios de pequeno porte populacional e de baixo desenvolvimento econômico, é provável que os desafios para ofertar cuidados de saúde de qualidade e em tempo oportuno à população residente foram acentuados, dadas as restrições orçamentárias e a falta de escala para serviços de média e alta complexidade.

Ademais, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) têm reforçado o papel da regionalização no seu guia orientador para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 na rede de atenção à saúde²¹. Entre as ações recomendadas com foco na regionalização da saúde, podem-se citar: i) a constituição de uma rede solidária para a aquisição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), respiradores e outros insumos necessários; ii) a identificação de leitos de retaguarda já em funcionamento no âmbito da região de saúde; iii) o levantamento da ampliação de leitos conforme a necessidade de cada região de saúde.

A regionalização da saúde é um avanço advindo do processo de formulação do SUS que proporciona o fortalecimento do princípio da universalidade por meio da descentralização do acesso aos serviços de saúde local, mas nota-se um estrangulamento do SUS quanto a sua capacidade de resposta em relação ao fortalecimento da integralidade e equidade na assistência²², o que fortalece a regionalização como um mecanismo de organização dos fluxos de atendimento como estratégia para a melhoria da capacidade instalada dos serviços

com consequente diminuição da dependência de outros locais para internação²³. Com isso, é preciso compreender que o processo de regionalização da saúde no Brasil ainda está inacabado, e que a ausência de um ente legal instituído em nível regional no SUS, com arcabouço legal constituído, com poder para o planejamento e a operacionalização das redes de atenção à saúde de forma integrada regionalmente, compromete esse processo^{24,25}.

O sistema de saúde deve desempenhar suas funções para além do contexto da pandemia, com a expansão de UTI e leitos hospitalares, sendo capaz ainda de reorganizar os fluxos na rede de atendimento a fim de promover a ampliação do acesso e capacidade de resposta às demandas usuais e de urgência e emergência²⁶. Embora haja outros fatores relevantes, os resultados sobre a evasão de pacientes apresentados nesse estudo, especialmente em regiões de saúde com pequeno porte populacional, apontam para a necessidade de ampliação na oferta de serviços hospitalares, leitos e profissionais nas diferentes regiões de saúde. A regionalização da saúde, associada às dimensões continentais do Brasil, faz com que muitos pacientes percorram longas distâncias em busca de internação, situação desfavorável em função da pandemia e da rápida evolução da doença²⁷.

Limitações

O uso de dados secundários pode estar sujeito a problemas na notificação dos casos. Os dados representam o período de março a outubro de 2020 (antes da segunda onda epidemiológica da Covid-19 no Brasil), e é possível que os fluxos de internação ocorram de maneira distinta em outros períodos da pandemia. Também não foi possível estimar, a partir dos dados, a demanda reprimida de internação não realizada, ou seja, um baixo percentual de evasão não necessariamente traduz uma elevada capacidade em atender às demandas da região de saúde. Ademais, não foi possível distinguir os fluxos de internação do setor

público e privado, visto que essa distinção não está disponível no banco de dados do sistema de informação em saúde usado neste estudo. Por fim, é importante frisar que foi utilizada a distância euclidiana a partir dos centroides municipais para quantificar os fluxos entre as regiões de saúde. Essa medida pode ter subestimado a distância real percorrida pelos pacientes.

Implicação dos resultados para as políticas de saúde

A análise dos fluxos de internação por Covid-19 nas regiões de saúde pode indicar a necessidade de reorganização das regiões de saúde para que sejam capazes de cumprir seus objetivos, com vistas a garantir o acesso resolutivo da rede de atenção, em tempo oportuno e com qualidade, efetivando o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, com o uso racional dos recursos, de modo a reduzir as desigualdades locais e regionais.

Colaboradores

Silva EN (0000-0001-8747-4185)* contribuiu para a concepção e planejamento do manuscrito; interpretação dos resultados; elaboração do primeiro esboço do manuscrito; e revisão e aprovação da versão final

do manuscrito. Soares FRGS (0000-0001-8244-1800)* contribuiu para a concepção e planejamento do manuscrito; coleta e análise dos dados; interpretação dos resultados; elaboração do primeiro esboço do manuscrito; e revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Frio GS (0000-0001-6453-312X)* contribuiu para a concepção e planejamento do manuscrito; coleta e análise dos dados; interpretação dos resultados; e revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Oliveira A (0000-0002-3084-6491)* contribuiu para a interpretação dos resultados; e revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Cavalcante FV (0000-0002-8706-0457)* contribuiu para a interpretação dos resultados; elaboração do primeiro esboço do manuscrito; e revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Martins NRAV (0000-0003-1162-8795)* contribuiu para a interpretação dos resultados; e revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Oliveira KHD (0000-0002-3600-4009)* contribuiu para a interpretação dos resultados; elaboração do primeiro esboço do manuscrito; e revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Santos LMP (0000-0002-6739-6260)* contribuiu para a concepção e planejamento do manuscrito; interpretação dos resultados; elaboração do primeiro esboço do manuscrito; e revisão e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Legido-Quigley H, Asgari N, Teo YY, et al. Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic? *Lancet*. 2020 [acesso em 2020 jun 2]; 395(10227):848-50. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620305511>.
- Lal A, Erondu NA, Heymann DL, et al. Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *Lancet*. 2021 [acesso em 2020 jun 2]; 397(10268):61-7. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620322285>.
- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Geneva: World Health Organization. 2021. [acesso em 2020 jun 2]. Disponível em: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAjwndCKBhAkEiwAgSDKQVETSJHiHNq4PWWCiiIjwXAlwjGmifOsRm2gbSBgZbf4RRGotE1xd2hoCTcoQAvD_BwE.
- Araújo JL, Oliveira KKD, Freitas RJM. Organização da assistência hospitalar de referência para COVID-19: Relato de experiência. *Brazilian J Dev*. 2020 [acesso em 2020 jun 2]; 6(5):29326-39. Disponível em <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/10334>.
- Fundação Oswaldo Cruz. Plano de Contingência da Fiocruz Diante da Pandemia da Doença pelo SARS-CoV-2 (COVID-19). Vol. 1.3. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. [acesso em 2020 jun 2]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/plano-de-contingencia-da-fiocruz-para-pandemia-de-Covid-19-versao-13>.
- Portela MC, Pereira CCA, Andrade CLT, et al. As regiões de saúde e a capacidade instalada de leitos de UTI e alguns equipamentos para o enfrentamento dos casos graves de Covid-19: Nota Técnica 2. 2020. [acesso em 2020 jun 2]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42249>.
- Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China. *JAMA*. 2020 [acesso em 2020 jun 2]; 7;323(13):1239. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762130>.
- Xavier DR, Oliveira RAD, Barcellos C, et al. As Regiões de Saúde no Brasil segundo internações: método para apoio na regionalização de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [acesso em 2020 jun 2]; 35(supl2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000805003&tlng=pt.
- Scarpin CT, Steiner MTA, Dias GJC, et al. Otimização no serviço de saúde no estado do Paraná: fluxo de pacientes e novas configurações hierárquicas. *Gest. Prod*. 2008 [acesso em 2020 jun 2]; 15(2):275-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2008000200006&lng=pt&tlng=pt.
- Brasil. Ministério da saúde. Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília, DF: Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde; 2011.
- Niquini RP, Lana RM, Pacheco AG, et al. SRAG por COVID-19 no Brasil: descrição e comparação de características demográficas e comorbidades com SRAG por influenza e com a população geral. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2021 jun 21]; 36(7):1-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zgn3W4jYm6nZpCNt98K6Sdv/?format=pdf&lang=pt>.
- Rocha JSY, Monteiro RA, Moreira ML. Hospitalization flow in the public and private systems in the state of Sao Paulo, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2015 [acesso em 2020 jun 2]; (49). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100258&lng=en&tlng=en.
- Portela MC, Pereira CCA, Andrade CLT, et al. Nota Técnica 2: As regiões de saúde e a capacidade instalada de leitos de UTI e alguns equipamentos para o enfrentamento dos casos graves de Covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. [acesso em 2020 jun 2]. Dis-

- ponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nt_2_portela_et_al-regioes_de_saude_e_a_capacidade_instalada_de_leitos_de_utilizacao_equipamentos_na_Covid-19.pdf.
14. Viana ALD'Á, Bousquat A, Melo GA, et al. Regionalization and Health Networks. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1791-8.
 15. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, et al. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017 [acesso em 2021 out 21]; 22(4):1031-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401031&lng=pt&tlng=pt.
 16. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. [acesso em 2021 out 21]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Redes_Atencao_Saude_Eugenio_2ed.PDF.
 17. Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001: Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS NOAS-SUS 01/2001. Brasília, DF: Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde; 2001.
 18. Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde; 2010. [acesso em 2021 out 21]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
 19. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 28 Jun 2011. [acesso em 2021 out 21]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.
 20. Oliveira EXG, Melo ECP, Pinheiro RS, et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. *Cad. Saúde Pública.* 2011 [acesso em 2020 jun 2]; 27(2):317-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200013&lng=pt&tlng=pt.
 21. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Conass; 2020. [acesso em 2020 jun 2]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems.pdf>.
 22. Mendes Á, Louvison M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. *Saúde e Soc.* 2015 [acesso em 2021 out 21]; 24(2):393-402. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200393&lng=pt&tling=pt.
 23. Gerhardt TE, Pinto JM, Riquinho DL, et al. Utilização de serviços de saúde de atenção básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em sistemas de informação. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011 [acesso em 2020 jun 2]; 16(supl1):1221-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700054&lng=pt&tling=pt.
 24. Rabello LEFS. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos - aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009 [acesso em 2020 jun 2]; 14(3):983-983. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300034&lng=pt&tling=pt.
 25. Goya N, Andrade LOM. O Sistema Único de Saúde e o desafio da gestão regionalizada e contratualizada. *Rev Bras em Promoção da Saúde.* 2018 [acesso em 2020 jun 2]; 21;31(4). Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8773>.

26. World Health Organization. Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community: interim guidance, 19 March 2020. Geneva: World Health Organization; 2020. [acesso em 2020 jun 2]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331492>.
27. Noronha KVMS, Guedes GR, Turra CM, et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2020 jun 2]; 36(6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000605004&tlng=pt.

Recebido em 25/05/2021

Aprovado em 06/10/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) cód. 001

Colapso na saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da Covid-19

Health collapse in Manaus: the burden of not adhering to non-pharmacological measures to reduce the transmission of Covid-19

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto¹, Raimundo Valter Costa Filho², Ronaldo Fernandes Ramos², Luciana Gonzaga de Oliveira³, Natália Regina Alves Vaz Martins⁴, Fabrício Vieira Cavalcante⁴, Luiz Odorico Monteiro de Andrade¹, Leonor Maria Pacheco Santos⁴

DOI: 10.1590/0103-1104202113114

RESUMO Objetivou-se comparar o comportamento da Covid-19 em Manaus e Fortaleza, dois epicentros da pandemia em 2020, analisando medidas legais dos governos locais e níveis de isolamento social. Definiu-se um algoritmo para calcular o Índice de Permanência Domiciliar (IPD), com dados do Google Mobility Report. Analisaram-se a linha do tempo dos decretos, a evolução do IPD, da incidência de Covid-19 e do número de óbitos de março/2020 a janeiro/2021. A população de Fortaleza esteve exposta a medidas de distanciamento social mais consistentes que as de Manaus. Foi observado, de março a maio de 2020, uma maior permanência domiciliar, e Fortaleza atingiu níveis mais elevados e duradouros. A partir de junho, o IPD caiu, sobretudo em Manaus, atingindo níveis abaixo de zero no final de dezembro. Devido a isso, o governo decretou amplo isolamento em Manaus em 23/12/2020, mas após protestos, revogou-o em 26/12/2020. Uma decisão judicial determinava o fechamento completo em Manaus em 02/01/2021, mas foi tarde demais: o SUS entrou em colapso com aumento exponencial dos óbitos. Em Fortaleza, a demanda aos serviços de saúde estava elevada, mas sob controle. Considerou-se que somente a aplicação rigorosa de medidas não farmacológicas e imunização em massa poderiam evitar mais mortes.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Pandemias. Decretos. Isolamento social. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *This article aims to compare the evolution of Covid-19 in Manaus and Fortaleza, two epicenters of the pandemic in 2020, analyzing legal measures by local governments and levels of social isolation. An algorithm was defined to calculate the Homestay Index (HSI), using data from the Google Mobility Report. We analyzed the decree's timeline, the HSI evolution, the Covid-19 incidence and the number of deaths from March/2020 to January/2021. The population of Fortaleza was exposed to more consistent measures of social distancing than that of Manaus. Longer homestay was observed from March to May 2020 and Fortaleza achieved higher and more lasting levels. As of June 2020, the HSI fell, notably in Manaus, reaching levels below zero in late December. As an aggravating factor, the government decreed broad isolation in Manaus on December 23, 2020, but after protests it was repealed on December 26, 2020. A judicial decision determined the complete closure in Manaus on January 2nd 2021, but it was too late: the SUS collapsed with an exponential increase in deaths. In Fortaleza, the demand for health services was high, but under control. We consider that only the strict application of non-pharmacological measures and mass immunization can prevent further deaths.*

KEYWORDS Covid-19. Pandemics. Decrees. Social isolation. Unified Health System.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Eusébio (CE), Brasil.
ivana.barreto@fiocruz.br

²Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFC) – Fortaleza (CE), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Brasília (DF), Brasil.

⁴Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.



Introdução

O primeiro caso da Covid-19 no Brasil foi registrado em 26 de fevereiro de 2020, e a transmissão comunitária foi reconhecida em todo o território em 20 de março desse mesmo ano¹. Em virtude da inexistência de uma vacina e de tratamentos medicamentosos específicos e eficazes, a Organização Mundial da Saúde (OMS), baseando-se na experiência de controle de neoe epidemias virais, como a Middle East Respiratory Syndrome (Mers), recomendou medidas não farmacológicas para o controle da pandemia de Covid-19². Entre as medidas não farmacológicas, estava o distanciamento social, desencadeado por meio da paralisação ou redução de atividades não essenciais nos setores públicos e privados, como atividades da administração pública, atividades escolares, comerciais, industriais, de turismo, eventos em geral, entre outras.

Foram recomendadas pela OMS: a associação de medidas de distanciamento social às medidas de controle sanitário, como a investigação de casos suspeitos de Covid-19 e seus contatos; a imposição de quarentena aos casos suspeitos e confirmados de Covid-19; a testagem de todos os casos suspeitos e de grupos mais expostos ou vulneráveis; e, ademais, a recomendação do uso de máscaras, álcool em gel e sabão para higiene das mãos. Medidas sociais – como a garantia de renda mínima e alimentação para populações vulneráveis e sem emprego – são, também, fundamentais para o cumprimento do distanciamento social. A implementação dessas medidas exige uma coordenação nacional interinstitucional e intersetorial, com clara centralidade política voltada ao controle da pandemia, baseada em evidências científicas e alinhada à OMS^{3,4}.

Segundo dados do Ministério da Saúde, de fevereiro de 2020 até 31 de janeiro de 2021, no País, ocorreram 9.202.791 casos confirmados de Covid-19 e 224.534 óbitos pela doença, com uma taxa de letalidade de 2,5%⁵. Além de continental, o Brasil é um país federativo com três esferas de governo, sendo o único do

mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, constitucionalmente universal e descentralizado em nível dos municípios⁶. Porém, toda a potência do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido minada por medidas econômicas de austeridade fiscal, como a Emenda Constitucional nº 95. Além disso, vem ocorrendo o enfraquecimento de suas instâncias interfederativas de gestão consensual do SUS, em especial, a Comissão Intergestores Tripartite, composta por representações das gestões federal, estadual e municipal. A quebra das decisões consensuais entre os gestores ficou clara pela recente manifestação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), declarando-se contrário à permissão dada pelo governo federal para a compra de 33 milhões de doses de vacinas por empresas privadas, uma vez que esta compra pode enfraquecer o Programa Nacional de Imunizações e, conseqüentemente, prejudicar o controle da pandemia de Covid-19⁷.

Manaus, capital do Amazonas, já havia sido palco de elevadas taxas de incidência e mortalidade pela Covid-19 em maio de 2020, o que causou, inclusive, colapso do sistema funerário durante a primeira onda da pandemia, trazendo sofrimento à sua população. Nas últimas semanas de dezembro de 2020 e primeiras semanas de janeiro de 2021, nova onda de casos deixou a cidade em choque, trazendo o colapso do sistema municipal de saúde por falta de leitos de enfermagem, leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e oxigênio. Enquanto isto, outras capitais do País conseguiram manter o controle, ao menos até o momento, da demanda aos serviços de saúde. É o caso de Fortaleza, que apresentou um pico acentuado de óbitos de Covid-19 logo após Manaus, em junho de 2020, mas não entrou em colapso em janeiro de 2021.

No presente artigo, os autores pretendem analisar se as medidas legais dos governos locais e os níveis de isolamento social podem ter contribuído para o colapso do SUS no município de Manaus, comparando com o comportamento da pandemia de Covid-19 em

Fortaleza, dois municípios que, em meados de 2020, foram considerados como epicentros da primeira onda da pandemia.

Metodologia

As capitais em estudo foram comparadas quanto a alguns indicadores sociodemográficos e de saúde, como o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e o Produto Interno Bruto (PIB) per capita^{8,9}, população estimada¹⁰, densidade demográfica urbana⁹ e taxa de escolarização de 6 a 14 anos⁹. A evolução entre março e junho de 2020 da taxa de médicos foi obtida pela razão entre o número de médicos disponíveis¹¹ e a população estimada para 2020¹⁰, multiplicada por mil habitantes. De modo similar, as taxas de leitos de UTI foram calculadas como razão entre número de leitos de UTI adultos disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) no período identificado¹¹ e a estimativa de população de adultos em cada capital com base no censo/2010¹², multiplicada por mil adultos.

Para inferir a redução da circulação de pessoas e, portanto, diminuição da probabilidade de transmissão do vírus, definiu-se o Índice de Permanência Domiciliar (IPD), calculado com base nos dados publicados no Google Mobility Report (GMR)¹³. Este é um relatório que contém a variação percentual do tempo de permanência médio dos indivíduos em locais Residenciais, de Trabalho, Mercado&Farmácia, Parques, Trânsito&Estações em comparação com a moda de permanência média para cada dia da semana no período pré-pandemia (03/01/2020 a 06/02/2020). As medições do GMR são baseadas no uso de *smartphones* com o sistema operacional Android. Segundo o Statcount¹⁴, *site* especializado em análise de tráfego de rede de computadores, o sistema Android, mantido pelo Google, está presente em cerca de 85% dos *smartphones* que acessam a internet no Brasil desde o início da pandemia. O relatório da consultoria Newzoo¹⁵ aponta

que 45,6% da população brasileira é usuária ativa desses dispositivos, o que coloca o Brasil em quarto lugar no *ranking* mundial, perdendo apenas para China, Índia e Estados Unidos. Assim, este estudo pressupõe que o GMR pode ser considerado um bom *proxy* da mobilidade da população nas cidades pesquisadas.

O IPD é um índice relativo, que visa comparar a efetividade das medidas de distanciamento social coordenadas pelo poder público entre localidades. Quanto maior o índice, maior a permanência residencial, e menor a circulação de pessoas em áreas públicas, sugerindo uma diminuição da probabilidade de exposição de pessoas suscetíveis ao novo coronavírus.

Para construir o algoritmo e calcular o IPD, a partir dos dados do GMR, toma-se:

X₁: Variação percentual da permanência Domiciliar;

X₂: Variação percentual da permanência em Mercados&Farmácias;

X₃: Variação percentual da permanência no Trabalho;

X₄: Variação percentual da permanência no Trânsito&Estações;

X₅: Variação percentual da permanência no Varejo&Lazer;

X₆: Variação percentual da permanência em Parques.

O somatório das diferenças relativas à permanência domiciliar (DD) é, então:

$$D_D = (X_1 - X_2) + (X_1 - X_3) + (X_1 - X_4) + (X_1 - X_5) + (X_1 - X_6)$$

A variação média da diferença entre taxa domiciliar e as outras resulta no IPD:

$$IPD = \frac{D_D}{5} = \frac{((X_1 - X_2) + (X_1 - X_3) + (X_1 - X_4) + (X_1 - X_5) + (X_1 - X_6))}{5}$$

$$IPD = \frac{(5X_1 - (X_2 + X_3 + X_4 + X_5 + X_6))}{5}$$

$$IPD = X_1 - \frac{((X_2 + X_3 + X_4 + X_5 + X_6))}{5}$$

Ou:

$IPD =$

$$\frac{\text{Domiciliar} - ((\text{Mercados \& Farmácias} + \text{Trabalho} + \text{Trânsito} + \text{Estações} + \text{Varejo} + \text{Lazer} + \text{Parques}))}{5}$$

O IPD é, então, o resultado da diferença entre a permanência residencial e a média das permanências medidas para os outros locais. Vale ressaltar que, apesar de ser uma média entre percentuais, não representa o percentual de permanência domiciliar, e, sim, um índice no qual a pontuação positiva significa menor circulação de pessoas em relação ao período pré-pandemia (03/01/2020 a 06/02/2020).

Os dados sobre número de casos notificados e óbitos foram coletados do portal Coronavírus Brasil⁵. A taxa de incidência foi calculada considerando a população estimada disponível no Sistema IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – de Recuperação Automática (Sidra)¹⁶.

A recuperação e a extração de dados sobre decretos e leis que instituíram as medidas não farmacológicas para contenção da epidemia pelos governos estaduais, datas da adoção de

isolamento social e de relaxamento aplicadas aos estados do Amazonas e do Ceará no período de fevereiro de 2020 a 31 de janeiro de 2021 foram extraídos em sítio eletrônico¹⁷.

Resultados

Comparação de indicadores selecionados em Fortaleza e Manaus

A comparação de indicadores sociodemográficos e de saúde selecionados nas duas capitais estudadas é apresentada no quadro 1. Quanto aos indicadores IDHM, população estimada e taxa de escolarização, não há grandes disparidades. A densidade demográfica urbana em Fortaleza é o dobro da observada em Manaus, diferença que poderia ter reflexos importantes sobre a taxa de transmissão da Covid-19, notadamente propiciando um aumento desta em Fortaleza em relação a Manaus. Outrossim, Manaus também se compara positivamente em relação ao PIB per capita, que é 43% mais elevado que o de Fortaleza. Por outro lado, todos os indicadores de assistência à saúde em Fortaleza são mais favoráveis, com maior disponibilidade de leitos de enfermagem e de UTI, bem como maior razão de médicos por habitante.

Quadro 1. Indicadores sociodemográficos e de saúde selecionados. Fortaleza e Manaus, 2010 e 2020

Indicador	Data-base	Manaus	Fortaleza
IDHM ⁸	2010	0,737	0,754
População estimada ¹⁰	2020	2.219.580	2.686.612
População em 2010 (Censo) ¹²	2010	1.802.014	2.452.185
Área total ⁹	2010	11.491,09 km ²	314,93 km ²
Área urbana ¹²	2010	859,86 km ²	314,93 km ²
Densidade demográfica urbana ¹²	2010	2.095 hab/km ²	7.786 hab/km ²
PIB per capita ⁹	2018	R\$ 36.445,75	R\$ 25.356,73
Taxa de escolarização 6 a 14 anos ⁹	2010	94,2 %	96,1 %
Razão de médicos por 1.000 habitantes ¹¹	Mar 2020	1,66	2,55
	Jun 2020	1,68	2,63
Taxa de leitos UTI por adulto ¹¹	Mar 2020	0,22	0,53
	Jun 2020	0,38	0,55

Fonte: Brasil⁸; IBGE⁹⁻¹⁰; Brasil¹¹; IBGE¹².

Período de março a novembro de 2020: a primeira onda da pandemia

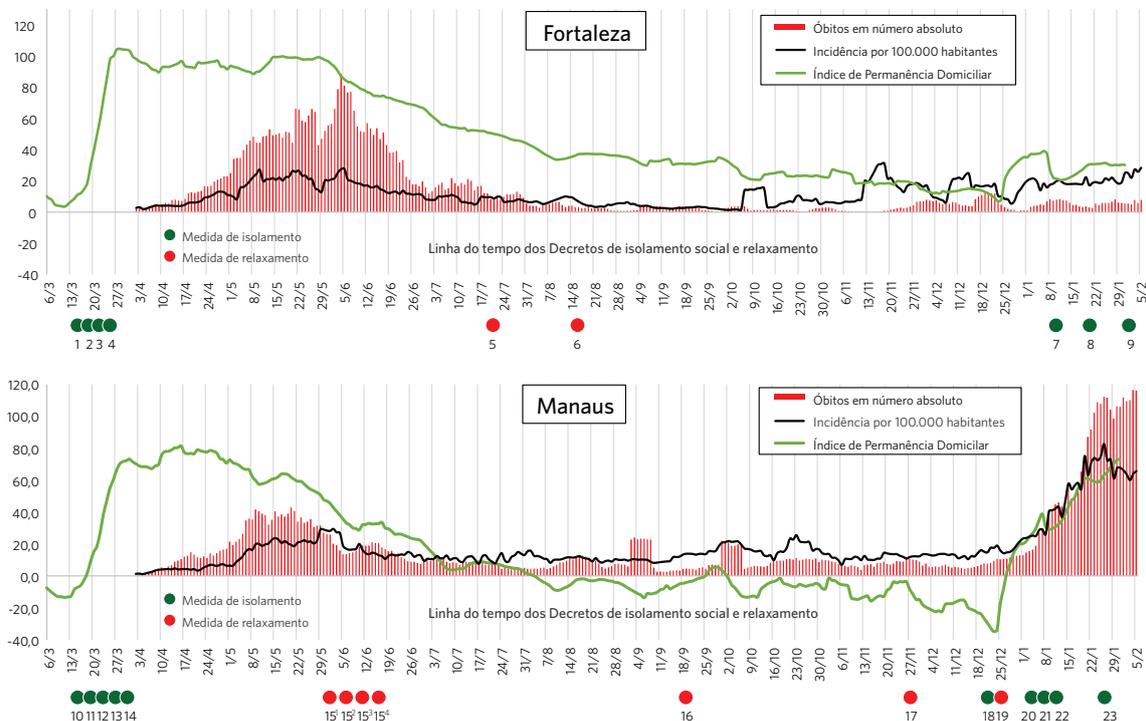
As primeiras medidas de contingência não farmacológicas, como uso de máscaras, isolamento social e restrição ao funcionamento de estabelecimentos, foram editadas no mesmo dia nos dois epicentros da Covid-19 analisados. O *gráfico 1* mostra a linha do tempo das medidas de isolamento e de relaxamento em Fortaleza e em Manaus, determinadas por decretos estaduais, leis e decisão judicial, publicados de 16 de março a 31 de janeiro de 2021, comparada ao IPD, cotejada com os dados epidemiológicos de taxas de incidência e média móvel do número de óbitos registrados no período.

O estado do Ceará publicou um total de nove decretos (seis até 30/11/2020 e três entre 01/12/2020 e 31/01/2021). Foram quatro medidas legais de isolamento publicadas entre 16 e 23 de março, que foram prorrogadas de

15 em 15 dias, até o dia 11 de julho, quando houve uma programação de reabertura para cada tipo de estabelecimento, desde que respeitando a quantidade de pessoas em relação a: capacidade do local, condições de higiene, distâncias entre pessoas e tempo de espera.

Já o estado do Amazonas editou um total de 14 decretos (oito até 30/11/2020 e seis entre 1/12/2020 e 31/01/2021). Os cinco decretos de isolamento publicados logo no início, entre 16 e 31 de março, foram prorrogados ao longo dos meses, de 15 em 15 dias, até 1º de junho. O primeiro decreto de relaxamento reabriu *shoppings*; logo a seguir, bares, restaurantes, reuniões presenciais e, depois, lojas de brinquedo, papelaria e escritórios. No entanto, os decretos de abertura impunham condições para cada estabelecimento, como medidas de higiene, menor quantidade de pessoas em relação à capacidade do local, distâncias entre pessoas e tempo de espera para atendimento.

Gráfico 1. Médias móveis para os últimos 7 dias da taxa de incidência de Covid-19 por 100 mil habitantes, número absoluto de óbitos, Índice de Permanência Domiciliar e linha do tempo das medidas legais de isolamento social e relaxamento. Fortaleza e Manaus 2020-2021



FORTALEZA - Decretos estaduais de contenção e relaxamento social

1. Decreto Nº 33510 de 16 de março de 2020: suspende reuniões e eventos municipais, viagens oficiais e isola pessoas com diagnóstico de Covid-19.
2. Decreto Nº 33519 de 19 de março de 2020: suspende aulas (públicas/particulares), estabelecimento comercial não essencial, evento mais 100 pessoas, atendimento presencial ao público, pelos órgãos públicos.
3. Decreto Nº 33521 de 21 de março de 2020: recomenda que os atendimentos sejam realizados por *drive-thru* ou entrega
4. Decreto Nº 33523 de 23 de março de 2020: estabelece os locais essenciais como padarias, supermercados, oficinas de carro. (Prazos de decretos de isolamento prorrogados de 15 em 15 dias).
5. Decreto Nº 33671 de 11 de julho de 2020: regionalização do isolamento e programação de reabertura para que cada tipo de estabelecimento.
6. Decreto Nº 33704 de 05 de agosto de 2020: impõe condições para cada estabelecimento (número de pessoas e distância em relação à capacidade do local, condições de higiene, e tempo de espera)
7. Decreto Nº 33899, de 09 de janeiro de 2021: ficam prorrogadas, no Estado do Ceará, as medidas de isolamento social até o dia 31 de janeiro 2021.
8. Decreto Nº 33904, de 21 de janeiro de 2021, até 31/01/2021 permanece em vigor, no Estado do Ceará, as medidas de isolamento social previstas no Decreto nº 33.519, de 19 de março de 2020.
9. Decreto Nº 33913, de 30 de janeiro de 2021: até 7 de fevereiro de 2021, permanece em vigor, no Estado do Ceará, as medidas de isolamento social previstas no Decreto nº 33.519, de 19 de março 2020

MANAUS - Decretos estaduais de contenção e relaxamento social

10. Decreto Nº 42061 de 16 de março de 2020: suspende aulas públicas e particulares, reuniões e eventos municipais, viagens oficiais e isola pessoas com diagnóstico de Covid-19.
11. Decreto Nº 42063 de 17 de março de 2020: suspende estabelecimentos comerciais não essenciais, eventos + 100 pessoas (*shows*).
12. Decreto Nº 42085 de 18 de março de 2020: suspende atendimento presencial ao público pelos órgãos públicos.
13. Decreto Nº 42087 de 19 de março de 2020: suspende transporte rodoviário intermunicipal
14. Decreto Nº 42145 de 31 de março de 2020: fechamento das visitas nas penitenciárias (Os prazos dos decretos de isolamento foram prorrogados de 15 em 15 dias, até 28 de maio.)
15. Decreto Nº 42330 de 28 de maio de 2020: abertura 01/06 de shoppings, órgãos públicos, templos religiosos; 06/06 bares e restaurantes; 07/06 reuniões presenciais; 15/06 lojas brinquedo, papelaria e escritórios. Mas impõe condições para cada estabelecimento: quantidade de pessoas relativo à capacidade local, condições de higiene, distâncias entre pessoas e tempo de espera.
16. Decreto Nº 4906, de 18 de setembro de 2020: suspende POR 60 (sessenta) dias, a praia do Complexo Turístico da Ponta Negra.
17. Lei Nº 2.709, de 27 de novembro de 2020: reabertura de restaurantes, padarias, panificadoras, supermercados e estabelecimentos que forneçam refeição no município de Manaus, com medidas restritivas.
18. Decreto Nº 43234, de 23 de dezembro de 2020: proíbe, no período de 28/12/2020 a 11/01/2021, a abertura do comércio não essencial e a realização de reuniões comemorativas, inclusive de Ano Novo.
19. Decreto Nº 43236, de 28 de dezembro de 2020: revoga o fechamento do comércio não essencial anteriormente determinado pelo Decreto Nº 43434.
20. Decisão judicial de 02 de janeiro de 2021, por solicitação da Defensoria Pública do Amazonas, mantém a validade do Decreto Nº 43234, proibindo a abertura do comércio não essencial
21. Decreto Nº 5001, de 04 de janeiro de 2021: declara situação emergencial no Município de Manaus, pelo período de cento e oitenta dias, em razão da pandemia causada pelo novo Coronavírus.
22. Decreto Nº 4999, de 04 de janeiro de 2021: suspensos, até 31/03/2021, no âmbito da Administração Pública Municipal, todo e qualquer atendimento ao público de forma presencial.
23. Decreto Nº 43303, de 23 de janeiro de 2021: amplia a restrição temporária de circulação de pessoas em vias públicas, em todos os municípios do AM, durante as 24h do dia (*LOCKDOWN*).

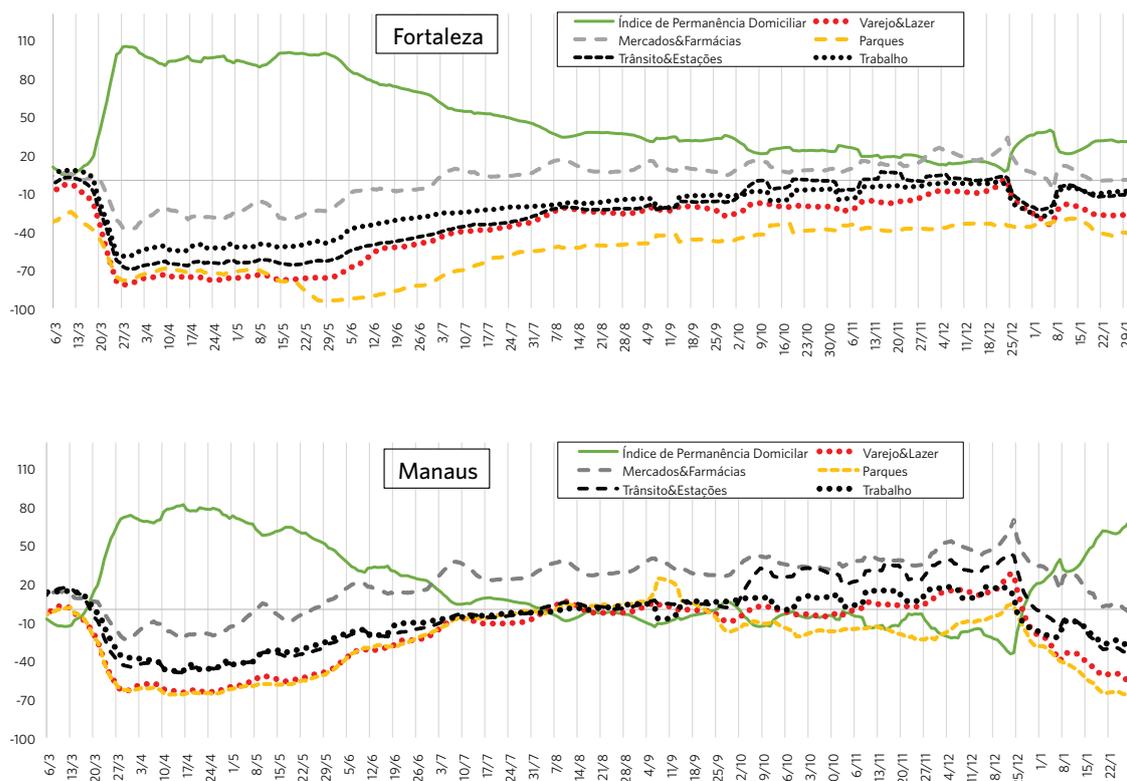
Fonte: Elaboração própria - Índice de Permanência Domiciliar (IPD) com base no Google Mobility Report (GMR)¹³, Número de casos e de óbitos com base no painel Coronavírus Brasil⁵, Taxa de incidência calculada com base na população estimada disponível no IBGE (Sidra)¹⁶.

Nota-se que, em março, logo após a publicação das primeiras medidas de contenção, o IPD mostrou crescimento expressivo em ambas as capitais. No entanto, em Manaus, o índice foi bem menor e se manteve por um período mais curto, passando a apresentar valores negativos a partir de agosto, indicando que a população permanecia mais tempo na rua do que em casa. No estado do Amazonas, as aberturas foram autorizadas entre 1º e 15 de junho, ainda em plena epidemia em Manaus, tanto do ponto de vista da incidência quanto dos óbitos por Covid-19. O primeiro decreto de abertura, datado de 1º de junho de 2020, priorizou o funcionamento de *shoppings*, órgãos públicos e templos religiosos. Já em Fortaleza, a permanência domiciliar foi bem maior e decaiu lentamente, mesmo após os decretos

de abertura em julho e agosto, permanecendo em valores mais baixos, mas ainda positivos, até o final de novembro de 2020. Em Fortaleza, as aberturas foram autorizadas a partir de 11 de julho, quando já havia tendência de queda tanto na incidência de casos como nos óbitos por Covid-19 (*gráfico 1*).

Ao longo desse primeiro período de estudo, a análise mais detalhada por local de permanência IPD apresenta valores negativos em Manaus a partir de agosto, em decorrência de maior permanência em Trânsito&Estações e Trabalho, sobretudo entre outubro e novembro. Por outro lado, em Fortaleza, o padrão de permanência da população é distinto, com predomínio de Mercado&Farmácia, seguido por Trânsito&Estações (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Evolução do Índice de Permanência Domiciliar comparado com outros locais de permanência da população. Fortaleza e Manaus 2020-2021



Fonte: Elaboração própria - Índice de Permanência Domiciliar (IPD) e componentes, com base no Google Mobility Report (GMR).

Período de dezembro de 2020 a janeiro 2021: o colapso em Manaus

No dia 23 de dezembro, o governador do Amazonas publicou o Decreto nº 43.234, determinando que *shoppings*, flutuantes, bares e estabelecimentos do comércio não essenciais não poderiam funcionar pelo período de 15 dias. Proibia, também, reuniões comemorativas em espaços públicos, clubes e condomínios, inclusive na noite de *réveillon*. Já academias, mercados, feiras, cartórios e oficinas mecânicas teriam o funcionamento permitido (*gráfico 1*).

A população, os empresários, os funcionários de lojas e os camelôs protestaram de maneira enfática contra as medidas restritivas que determinavam o fechamento do comércio. Atendendo à pressão popular, o governador recuou por meio do Decreto nº 43.236 e liberou o funcionamento do comércio geral, com apenas algumas restrições de horário (*gráfico 1*).

Neste período, o IPD apresenta valores negativos em Manaus, em decorrência de maior permanência em Varejo&Lazer, Trânsito&Estações, Mercados&Farmácias (*gráfico 2*), indicando movimentação típica de fim de ano já a partir do início de outubro, acentuando-se até o final de dezembro.

No dia 2 de janeiro, a Justiça do Amazonas acatou o pedido da Defensoria Pública e determinou a suspensão total das atividades consideradas não essenciais pelo prazo de 15 dias. O juiz previu até mesmo o uso de força policial para ‘preservar a ordem pública’. No dia 14 de janeiro, o governador anunciou o Decreto nº 23.282, que proibia a circulação de pessoas em Manaus entre 19h e 6h. A medida entrou em vigor em 15 de janeiro e teve o prazo de 10 dias. No dia 27 de janeiro, o Prefeito e a Secretária de Saúde de Manaus foram presos com base no gerenciamento inadequado da Covid-19 e da vacinação.

A sequência de fatos acima descritos indica um desmando administrativo de tal ordem que foi necessária a intervenção da Defensoria Pública e do Judiciário para restabelecer o isolamento social no dia 2 de janeiro de 2021,

já na vigência do caos e do colapso do SUS no município. Quanto à permanência nas residências, o IPD, que apresentava valores negativos, evoluiu acentuadamente em apenas algumas semanas (*gráfico 1*).

No entanto, foi tarde demais: em dezembro de 2020 e janeiro de 2021, os sistemas de saúde público (SUS) e privado de Manaus entraram em colapso. Enquanto, no período de abril até dezembro de 2020 (270 dias), foram notificadas 3.380 mortes por Covid-19 em residentes em Manaus, no mês de janeiro de 2021 (31 dias), foram notificados 2.195 óbitos, evidenciando novo e evitável pico acentuado da mortalidade por Covid-19 (*gráfico 3*). Em 14 de janeiro, dezenas de pacientes morreram asfixiados devido à falta de oxigênio na rede pública hospitalar de Manaus, evento que chocou a população brasileira e toda a humanidade. O Ministério da Saúde e o governo do Estado do Amazonas acompanharam a aceleração de casos, mas não tomaram medidas eficazes a tempo. Dias depois, essa tragédia se repetiu em outras cidades do interior do Amazonas.

Em Fortaleza, as medidas legais de isolamento social vêm sendo prorrogadas por decretos estaduais desde agosto de 2020. O IPD foi sempre superior ao registrado em Manaus, mas decaiu ao longo do mês de dezembro, atingindo valores muito baixos, reflexo de um aumento da permanência tanto em Parques como no Varejo&Lazer no período das festas de fim de ano (*gráfico 2*). Pelo decreto de 9 de janeiro de 2021, foram prorrogadas, no estado do Ceará, as medidas de isolamento social até o dia 31 de janeiro de 2021. Logo após esse decreto, nota-se, também, um aumento correspondente do IPD, que subiu de modo consistente.

Comparativamente, no mês de janeiro, ocorreram 181 óbitos em Fortaleza. A taxa de incidência de casos, que vinham aumentando a partir de 25 de dezembro, alcançou 25 por 100 mil habitantes no dia 15 de janeiro, o mesmo nível alcançado em maio de 2020, logo antes dos elevados picos de incidência, e, sobretudo, de mortalidade, que ocorreram na cidade em junho de 2020 (*gráfico 1*). Em

Fortaleza, a permanência domiciliar foi consistentemente mais alta no período em estudo; baixou muito no período das festas de fim de ano, em decorrência de maior permanência em Mercados&Farmácias, mas nunca atingiu valores abaixo de zero. Logo após o decreto governamental de 8 de janeiro de 2021, ampliando o isolamento até 31 de janeiro, nota-se um incremento no IPD em Fortaleza. Por razões que não puderam ser investigadas no presente

estudo, a população de Fortaleza parece ter se convencido da importância das medidas de isolamento e aderiu a elas de modo consistente.

É importante destacar que, mesmo tendo mantido os maiores IPD, Fortaleza apresentou taxas de incidência em torno de 25 casos por 100 mil habitantes no mês de maio de 2020, e uma taxa de mortalidade de 3,5 por 100 mil habitantes, níveis considerados elevados (gráfico 3).

Gráfico 3. Médias móveis para os últimos 7 dias da taxa de mortalidade por Covid-19 por 100 mil habitantes. Fortaleza e Manaus 2020-2021



Fonte: Elaboração própria - Número de óbitos com base no painel Coronavírus Brasil⁸, Taxa de mortalidade calculada com base na população estimada disponível no IBGE (Sidra)¹⁶.

Discussão

O presente trabalho analisou se as medidas legais de isolamento social dos governos locais e os níveis de isolamento social podem ter contribuído para o colapso do SUS no município de Manaus, comparando com o comportamento da pandemia de Covid-19 em Fortaleza.

O Centro de Pesquisas e Estudos de Direito Sanitário (Cepedisa) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo publicou o 'Boletim Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil', no qual analisou as 3.049 normas publicadas no âmbito da União no ano de 2020¹⁸. Percebe-se que, em grande parte dessas medidas, houve uma ênfase em

ações econômicas adotadas pelo governo federal nos meses de janeiro a junho de 2020 para enfrentamento da Covid-19. No referido período, houve 317 produções de normas pelo Ministério da Economia, seguido pelos conselhos profissionais, com 308 publicações¹⁹. Poucas normas federais foram publicadas na área da saúde segundo o Cepedisa.

Nota-se que o município de Manaus não alcançou uma grande adesão ao isolamento social. Por outro lado, o estado do Ceará, nos meses de março a maio de 2020, determinou medidas incisivas, como multa diária aos estabelecimentos não essenciais que abrissem, e a proibição de circulação de pessoas pela cidade, com objetivo de diminuir a incidência da doença. Nesse mesmo período, a 5ª Vara da

Fazenda Pública determinou o funcionamento de salões de beleza no município de Manaus, considerando-os como serviço essencial¹⁸.

Um estudo de modelagem matemática realizado por Li et al.²⁰, que objetivou entender a associação da introdução e intensificação de medidas não farmacológicas com o nível de transmissão de Sars-CoV-2 em 131 países, medido pelo número de reprodução variável no tempo (R), evidenciou que medidas não farmacológicas isoladas, incluindo fechamento de escola, fechamento de local de trabalho, proibição de eventos públicos, proibição de reuniões de mais de dez pessoas, condições específicas para sair de casa e limites de movimento interno, estão associadas à transmissão reduzida de Sars-CoV-2. Entretanto, os efeitos da introdução e da intensificação dessas medidas não farmacológicas só se manifestam depois de 1–3 semanas de sua implementação. Da mesma forma, o aumento na taxa de transmissão do vírus também sofreu um atraso ao se suspender as medidas não farmacológicas, sendo esse efeito ainda mais demorado. No presente estudo, foi observado que a queda acentuada do IPD, a partir de junho de 2020, em Fortaleza e Manaus, sendo particularmente acentuada no segundo município, coincidiu com aumento da taxa de incidência e do número absoluto de óbitos nos dois municípios a partir dos meses de novembro e dezembro do mesmo ano. É preciso enfatizar que, em nenhum momento, houve interrupção da transmissão comunitária de Covid-19. Em janeiro de 2021, a taxa de incidência continuava aumentando acentuadamente, e a mortalidade assumiu dimensões catastróficas em Manaus.

Também, os reflexos políticos e a baixa aderência às medidas não farmacológicas para controle da Covid-19 no estado do Amazonas desencadearam uma crise nos sistemas de saúde²³, que já apresentavam fragilidade, como no município de Manaus²⁴. Além disso, o relaxamento das medidas de contenção durante o percurso da epidemia da Covid-19, tanto em Manaus como em Fortaleza, pode ter sido um dos fatores para o aumento dos

níveis epidêmicos nessas localidades²³. Tal fato pode ter contribuído para o surgimento de novas variantes do Sars-CoV-2 no estado do Amazonas, com mutações na proteína Spike comum às linhagens B.1.1.7 e B.1.351, fato que tem gerado preocupações em todo o mundo devido a uma probabilidade de maior transmissibilidade dessas novas linhagens^{25,26}.

Este estudo, de modo inédito, trouxe como contribuição a criação e a análise do IPD a partir de dados de acesso livre. A relevância do IPD na interpretação da mobilidade populacional em dois grandes centros urbanos (epicentros da pandemia) foi demonstrada nesta pesquisa. A validade e a sensibilidade desse novo indicador foram evidentes, pois ele responde, de modo rápido, às variações na permanência domiciliar decorrente das determinações legais de isolamento e de relaxamento. No entanto, não estava no escopo do estudo analisar a relação do IPD com a aderência da população, tampouco aprofundar a análise de sua relação com a incidência e/ou número de óbitos, que dependem de vários outros fatores ligados à mídia (e *Fake News*) e à organização dos sistemas de saúde e de vigilância epidemiológica²⁰.

Outra consequência importante da pandemia é o empobrecimento da população. As pessoas de classes econômicas mais baixas, que já viviam com salários parcos, durante a pandemia, foram desligadas dos seus empregos ou tiveram seus salários reduzidos. Governos estaduais e municipais, para tentar contornar essa situação, isentaram a população de contas de água e energia elétrica, distribuíram cestas básicas; e o governo federal, por iniciativa do Congresso Nacional, criou o auxílio emergencial, porém as condições de moradia e falta de saneamento não foram temas de discussão ou de ações nesse período²¹.

Entre os fatores limitantes deste estudo, cita-se o fato de não ter sido realizada uma coleta de dados de natureza qualitativa com a população para investigar possíveis razões para aderência às medidas de isolamento nos municípios incluídos na pesquisa, bem como

a não realização do controle das variáveis de confusão. Hipóteses plausíveis que não puderam ser investigadas são, por um lado, aspectos motivacionais e, por outro, até mesmo atitudes negacionistas quanto à pandemia. Outra limitação refere-se ao desafio de implantar medidas de distanciamento social, de controle sanitário (álcool em gel, sabão para higiene das mãos) e de imposição de quarentena aos casos suspeitos e confirmados de Covid-19 em populações de muito baixa renda que habitam em aglomerações subnormais (favelas). Essas medidas pressupõem que o local de moradia é amplo, ventilado, tem água tratada e material de limpeza disponíveis, o que, na maioria dos casos, é uma falácia para a população de mais baixa renda^{21,22}.

Apesar dos dados evidenciarem um maior percentual de aderência às medidas não farmacológicas em Fortaleza, quando comparada com o município de Manaus, um estudo realizado na região nordeste do Brasil relatou que, na semana epidemiológica 24, de 2020 (7/06 a 13/06), a ocupação de leitos de UTI no estado do Ceará já chegava a 90%²⁷. A partir de janeiro de 2021, ocorreu aumento linear da incidência de Covid-19 em Fortaleza²⁸, e, em 9 de fevereiro de 2021, segundo dados do IntegraSUS Ceará, 91,8% dos leitos de UTI na capital estavam ocupados²⁹.

Considerações finais

O IPD demonstrou ser um índice útil para acompanhar os níveis de isolamento social e seu comportamento quando da adoção de medidas legais de intensificação ou relaxamento deste, podendo ser uma referência para tomada de decisão dos gestores. A análise dos dados de incidência de casos e mortes ao longo de 2020 até fevereiro de 2021 nas duas capitais deixaram claro que, em nenhum momento, a pandemia foi controlada, e a transmissão comunitária continuou ocorrendo. Concluindo, impõe-se a aplicação rigorosa de medidas não

farmacológicas, a realização de mais testes por habitantes, a realização de testagem em casos suspeitos de Covid-19, o rastreamento de contatos de casos confirmados de Covid-19, a realização de quarentena por pessoas confirmadas ou sob suspeita de Covid-19, o aumento da vigilância genômica do vírus no Brasil, além da imunização massiva da população brasileira. Sem essas medidas, infelizmente, ainda haverá milhares de mortes a lamentar no futuro próximo.

Agradecimentos

Agradecemos também aos colegas da Universidade de Brasília (UnB): Mauro Sanchez, Ivan Zimmermann e Everton Nunes; da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz): Claudia Pereira; da Fiocruz/AM: Fernando Herkrat e Rodrigo Lima pela contribuição na discussão dos resultados do estudo.

Colaboradores

Barreto ICHC (000-0001-8447-3654)* e Santos LMP (0000-0002-6739-6260)* contribuíram igualmente para concepção do desenho do estudo; análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e aprovação da versão final do manuscrito. Costa Filho RV (0000-0002-2456-8819)* contribuiu para concepção do desenho do estudo, análise e interpretação dos dados e elaboração do rascunho. Ramos RF (0000-0003-2841-1787)*, Martins NRAV (0000-0003-1162-8795)* e Andrade LOM (0000-0002-3335-0619)* contribuíram igualmente para análise e interpretação dos dados e elaboração do rascunho. Cavalcante FV (0000-0002-8706-0457)* e Oliveira LG (0000-0003-2399-3052)* colaboraram igualmente para análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Coronavírus COVID-19: Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. 73 p. [acesso em 2020 mar 3]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140600-2-ms-diretrizes-covid-v2-9-4.pdf>.
2. World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). [acesso em 2020 mar 3]. Disponível em: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
3. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Centro de Pesquisas e Estudos sobre Desastres. A gestão de riscos e governança na pandemia por COVID-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês, relatório técnico e sumário executivo. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. [acesso em 2020 mar 3]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41452/2/relatorio_cepedes_gestao_riscos_covid19_final.pdf.
4. Garcia PJ, Alarcón A, Bayer A, et al. COVID-19 Response in Latin America. *Am J Trop Med Hyg.* 2020 [acesso em 2020 mar 3]; 4;103(5):1765-72. Disponível em: <https://ajtmh.org/doi/10.4269/ajtmh.20-0765>.
5. Brasil. Covid-19: Painel Coronavírus. 2021 [acesso em 2020 mar 3]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
6. Goya N, Andrade LOM. O Sistema Único de Saúde e o desafio da gestão regionalizada e contratualizada. *Rev Bras em Promoção da Saúde.* 2018 [acesso em 2020 mar 3]; 31(4). Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8773>.
7. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota à imprensa – Aquisição de vacinas contra a Covid-19 por empresas. 2021. [acesso em 2020 mar 3]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/nota-a-imprensa-aquisicao-de-vacinas-contr-a-covid-19-por-empresas/>.
8. Brasil. Ranking IDHM Municípios 2010. [acesso em 2020 mar 3]. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama Cidades. 2020 [acesso em 2020 mar 3]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa da População IBGE. [acesso em 2021 jan 27]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>.
11. Brasil. CNESNet. DATASUS. 2021. [acesso em 2021 jan 27]. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. 2010. [acesso em 2021 jan 27]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9754&t=resultados>.
13. Google. COVID-19: Relatórios de mobilidade da comunidade. [acesso em 2021 jan 29]. Disponível em: <https://www.google.com/covid19/mobility/>.
14. StatCounter. Mobile Operating System Market Share Brazil from Apr 2020 - Apr 2021. StatCounter. 2021. [acesso em 2021 jan 27]. Disponível em: ht-

- tps://gs.statcounter.com/os-market-share/mobile/brazil.
15. Newzoo. Global Mobile Market Report. Newzoo. 2019. [acesso em 2021 jan 27]. Disponível em: <https://newzoo.com/insights/trend-reports/newzoo-global-mobile-market-report-2019-light-version/>.
 16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de População: Tabela 6579 - População residente estimada. IBGE. 2020. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579>.
 17. Leis Municipais. Tenha conhecimento das Leis criadas pelo seu município e Governo do Estado, a respeito do novo Coronavírus (COVID-19). Leis Municipais. 2020. [acesso em 2021 jan 20]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/coronavirus>.
 18. Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário. Conectas Direitos Humanos. Direitos na Pandemia: Mapeamento e Análise das Normas Jurídicas de Resposta à COVID-19 no Brasil. São Paulo: CEPEDISA; 2021. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: http://cepedisa.org.br/wp-content/uploads/2020/07/02boletimcovid_PT_06.pdf.
 19. Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário. Conectas Direitos Humanos. Direitos na Pandemia: Mapeamento e Análise das Normas Jurídicas de Resposta à COVID-19 no Brasil. São Paulo: CEPEDISA; 2020. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: http://cepedisa.org.br/wp-content/uploads/2020/07/02boletimcovid_PT_06.pdf.
 20. Li Y, Campbell H, Kulkarni D, et al. The temporal association of introducing and lifting non-pharmaceutical interventions with the time-varying reproduction number (R) of SARS-CoV-2: a modelling study across 131 countries. *Lancet Infect Dis*. 2021 [acesso em 2020 jan 20]; 21(2):193-202. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1473309920307854>.
 21. Calmon TVL. As condições objetivas para o enfrentamento ao COVID-19: abismo social brasileiro, o racismo, e as perspectivas de desenvolvimento social como determinantes. *NAU Soc*. 2020 [acesso em 2020 jan 20]; 11(20):131. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/36543>.
 22. Patel JA, Nielsen FBH, Badiani AA, et al. Poverty, inequality and COVID-19: the forgotten vulnerable. *Public Health*. 2020; 183:110-1. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033350620301657>.
 23. Albuquerque B, Freitas CM, Barcellos C, et al. Nota Técnica no 04. Reflexões sobre o comportamento da epidemia da COVID-19 segundo as regiões de saúde do Estado do Amazonas. COVID-19 I. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/45840>.
 24. Galvao TF, Tiguman GMB, Caicedo Roa M, et al. Inequity in utilizing health services in the Brazilian Amazon: A population based survey, 2015. *Int J Health Plann Manage*. 2019 [acesso em 2020 jan 20]; 12;34(4). Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hpm.2902>.
 25. Fundação Oswaldo Cruz. Nota Técnica 2021/01 – Rede Genômica FIOCRUZ / Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nota_tecnica_ms_2021-01-12.pdf.
 26. Sabino EC, Buss LF, Carvalho MPS, et al. Resurgence of COVID-19 in Manaus, Brazil, despite high seroprevalence. *Lancet*. 2021 [acesso em 2020 jan 20]; 397(10273):452-5. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673621001835>.
 27. Ximenes RA, Albuquerque MFP, Martelli CMT, et al. COVID-19 No Nordeste do Brasil: Entre o Lockdown e o Relaxamento das Medidas de Distanciamento Social. *Ciênc. Saúde Colet*. 2021 [acesso em 2020 jan 20]; 26(4):1441-1456. Disponível em: <http://www>.

cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/covid19-no-nordeste-do-brasil-entre-o-lockdown-e-o-relaxamento-das-medidas-de-distanciamento-social/17913?id=17913&id=17913&id=17913.

28. Fortaleza. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância à Saúde. Boletim Epidemiológico. Inf Sem COVID-19. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: <https://coronavirus.fortaleza.ce.gov.br/boletim-epidemiologico.html>.
29. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. Histórico de Internações por Covid-19. IntegraSUS. 2021. [acesso em 2021 fev 5]. Disponível em: <https://indicadores.integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores-coronavirus/historico-internacoes-covid>.

Recebido em 11/02/2021

Aprovado em 02/07/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Chamada Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit N° 07/2020

Relação entre cumprimento das metas dos contratos de gestão e qualidade da atenção à saúde: uma revisão integrativa

Relationship between goals achievement of management contracts and quality of health care: an integrative review

Mariana Vieira de Melo¹, Leonardo Carnut², Áquilas Mendes^{3,4}

DOI: 10.1590/0103-1104202113115

RESUMO Trata-se de uma revisão sistemática integrativa da literatura realizada no portal da Biblioteca Virtual em Saúde com o objetivo de compreender se existe relação entre o cumprimento de metas e a qualidade da atenção à saúde. A estratégia de busca foi construída pelos polos: metas (fenômeno); contrato de gestão (população); e qualidade (contexto). A seleção foi feita através do protocolo Prisma por dois revisores, e a análise de dados realizada na modalidade temática, com foco na relação entre o cumprimento das metas e a qualidade. Dos 22 artigos incluídos na revisão, apenas 4 respondiam diretamente ao objeto desta pesquisa. 7 temas foram alvo de discussão nos artigos revisados: metodologia dos artigos; metas e seus cumprimentos nos contratos de gestão; tipos de contratualização; ideia de qualidade; aspectos do cumprimento do contrato de gestão; metas do contrato de gestão; e, por fim, a relação entre cumprimento das metas e qualidade. A maioria dos artigos revisados encontra-se no nível 4 de qualidade das evidências disponíveis. Com as evidências encontradas, foi possível concluir que as metas dos contratos de gestão não se relacionam com a qualidade da atenção à saúde e que faltam estudos que abordem o contexto brasileiro e do Sistema Único de Saúde (SUS).

PALAVRAS-CHAVE Contratos. Gestão em saúde. Parcerias Público-Privadas. Qualidade. Revisão.

ABSTRACT *This study is a systematic integrative review was carried out on the Virtual Health Library portal to understand whether there is a relationship between the achievement of goals and the quality of health care. The search strategy was built by the poles: goals (phenomenon); management contract (population); and quality (context). The selection of publications was made through the Prisma protocol by two independent reviewers, and data analysis was carried out in the thematic mode, with focus on theme of the relationship between the achievement of goals and quality. Of the 22 articles included in the review, only 4 responded directly to the object of this research. 7 themes were discussed in the reviewed articles: methodology; goals and compliance with management contracts; types of contracting; quality idea; aspects of compliance with the management contract; management contract goals; and, finally, the relationship between achievement of goals and quality. Most of the articles reviewed refer to level 4 of quality evidence. With the evidence found, it was possible to conclude that the goals of management contracts are not related to the quality of health care and that there is a lack of studies that address the Brazilian context and the Unified Health System (SUS).*

KEYWORDS *Contracts. Health management. Public-Private Sector Partnerships. Quality. Review.*

¹Prefeitura Municipal de Caieiras - Caieiras (SP), Brasil.

²Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil.
leonardo.carnut@unifesp.br

³Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil.

⁴Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) - São Paulo (SP), Brasil.

Introdução

Baseado em experiências internacionais anteriores de reformas da administração pública, principalmente as ocorridas na Europa por volta da década de 1980, um movimento de reforma do Estado também ocorreu no Brasil nesse mesmo período com características neoliberais, especialmente ligado às privatizações¹. Esse movimento internacional de ‘reformas do Estado’ estava em consonância com a dissolução do ‘Estado Social Capitalista’ europeu² em virtude da queda da taxa de lucro que já vinha assolando o capitalismo mundial desde a década de 1970³.

É nesse cenário do capitalismo mundial nos países centrais que um dos objetivos iniciais dessa (contra)reforma administrativa foi reduzir a capacidade do Estado de salvaguardar os direitos relacionados ao trabalho e à vida social. No caso do Brasil, o direito à saúde como um direito social inscrito na constituição federal de 1988 foi um dos direitos atingidos por essa contrarreforma, esvaziando o *ethos* público dos serviços de saúde, tanto do ponto de vista da prestação quanto da gestão desses serviços.

Para os defensores da contrarreforma, pensando no campo da saúde pública, os argumentos residiam na maior flexibilidade gerencial com relação à compra de insumos e materiais e à contratação de recursos humanos, à gestão financeira dos recursos, e, além disso, à possibilidade de priorizar uma ‘gestão baseada em resultados’, visando à satisfação dos usuários e à qualidade dos serviços prestados¹. No Brasil, a contrarreforma se daria em diversas modalidades, mas principalmente com a modificação da natureza jurídica dos serviços direcionados ao direito privado na relação jurídica entre gestão, trabalhadores e prestação dos serviços na saúde pública.

Impulsionada por Fernando Henrique Cardoso e idealizada por Luiz Carlos Bresser-Pereira, nos anos de 1995, ocorre a contrarreforma administrativa do Aparelho do Estado. Esta, que tinha, entre vários outros objetivos,

o da descentralização e transferência da execução de atividades desenvolvidas pelo Estado para iniciativa privada, incluindo a saúde⁴, passou a ser o exemplo a ser seguido pelas esferas subnacionais nos anos subsequentes. A partir dessa contrarreforma, foram criadas, através das Leis nº 9637/98 e nº 9790/99, as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) na estrutura organizativa da administração pública¹.

As OS caracterizam-se, formalmente, como entidades civis de interesse social e utilidade pública, de direito privado, sem fins lucrativos, que têm sua relação com o poder público pautada pelo contrato de gestão, que prevê como se dará a prestação do serviço cedido pelo Estado à entidade civil. Esse contrato de gestão detalha sobre multas em caso de descumprimento do acordo, resultados esperados, prestação de contas, processos de fiscalização, entre outros pontos da prestação do serviço^{1,4}. As OS foram criadas com a premissa de que exerceriam atividade pública descentralizada e ofereceriam maior autonomia e flexibilidade ao serviço público com vistas a aumentar sua eficiência e qualidade.

Segundo Barbosa e Elias⁴, a existência de metas nos contratos de gestão permite, por um lado, a melhor avaliação do desempenho das OS e indica os critérios de eficiência segundo os quais elas atuam, mas, por outro lado, gera uma cobrança excessiva e desvincula o alcance dos resultados projetados de um suposto impacto sobre os indicadores de saúde da população⁴. Essa cobrança excessiva gerada para o cumprimento das metas refere-se, principalmente, àquela exercida sobre os profissionais da saúde, pois modelos de gerenciamento mais flexíveis – como o proporcionado pelas OS – seguem a lógica da economia de mercado, que regula as relações de trabalho minorando os cuidados necessários à saúde dos trabalhadores, para poder gerar aumento da carga e do ritmo de trabalho⁵. Essas organizações focam na melhoria do desempenho para atingir as metas e os resultados almejados, contudo, é

importante ressaltar que o alcance dos resultados vem acompanhado de mecanismos de ganhos/perdas de incentivos dispostos nos contratos de gestão^{6,7}. Assim, em última instância, o desempenho fica resumido apenas a uma gradação de resultados, à produtividade e à quantidade de trabalho, deixando de funcionar como ferramenta gerencial para qualificar o serviço, não contribuindo para a tomada de decisão por não expressar a complexidade dos sistemas de saúde^{6,7}.

Ao abordar o alcance de metas das organizações de serviços de saúde, é preciso pensar em formas de avaliação do desempenho e da qualidade dos serviços prestados⁸. Um dos referenciais teóricos que tem sido mais utilizado para a avaliação da qualidade em saúde é o proposto por Donabedian, que aborda as seguintes dimensões: estrutura, processo e resultados^{9,10}. No que se refere à ‘estrutura’, tem-se que ela poderia possibilitar o desenvolvimento de um adequado processo de cuidados com resultados favoráveis; já o ‘processo’ se baseia na expressão da aplicação do conhecimento existente e de tecnologias disponíveis no cuidado que podem resultar em efeitos favoráveis na saúde; e os ‘resultados’ são o que se refere à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, e também à satisfação do paciente decorrente dos cuidados prestados^{9,10}.

Para Donabedian, a qualidade em saúde seria composta por atributos como: ‘cobertura, acessibilidade e equidade’, que se relacionam a: disponibilidade e distribuição social dos recursos de saúde; ‘eficácia e efetividade’, que seriam os efeitos das ações e práticas implementadas; ‘eficiência’, relacionada aos custos das ações em saúde; ‘técnico-científico’, relacionado à adequação das ações ao conhecimento e às tecnologias disponíveis; e ‘aceitabilidade’, ligada à percepção do usuário e ao conceito de satisfação^{9,10}. A avaliação desses atributos pode auxiliar na estimativa do impacto esperado de determinadas práticas com relação aos problemas de saúde a

elas vulneráveis¹⁰. Conhecer os conceitos de Donabedian e aplicá-los à análise dos contratos de gestão e do serviço ofertado pelas OS pode demonstrar alguns dos impactos desse modelo de gestão na assistência à saúde.

Numa busca inicial da literatura, é possível notar a existência de estudos que descrevem características das OS e falam sobre a contrarreforma do Estado. Outras pesquisas específicas abordam a qualidade em serviços de saúde e uso de ferramentas para melhoria gerencial e para sua mensuração, além dos estudos que comparam o desempenho de serviços administrados por OS e pela administração direta do Estado. No entanto, pouco se discute sobre a relação entre os contratos de gestão, seu cumprimento e o real aumento da qualidade na saúde. Diante desse contexto, o objetivo deste trabalho é revisar se existe relação entre o cumprimento das metas dos contratos de gestão e a qualidade da atenção à saúde.

Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática integrativa da literatura, escolhida como método por ser realizada de forma sistemática e rigorosa através da síntese de achados provenientes de pesquisas desenvolvidas¹¹.

Fonte dos dados e estratégia de busca

A partir do questionamento ‘o que a literatura científica apresenta sobre o cumprimento das metas quantitativas dos contratos de gestão e sua relação com a qualidade da atenção à saúde?’, foram delimitados itens-chave derivados dos descritores formalmente catalogados através da plataforma Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br/>).

Os itens-chave e os descritores foram definidos conforme o *quadro 1*.

Quadro 1. Atividades científicas do I Encontro do GT Mulheres na MFC

Item-chave	Descritores	Polo
Metas	Objetivos; Objetivos Organizacionais; Benchmarking; Desempenho profissional; Avaliação em Saúde; Avaliação de Desempenho Profissional; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Avaliação de Processos e Resultados em Cuidados de Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde; Avaliação de Resultados em Cuidados de Saúde; Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde; Avaliação de Recursos Humanos em Saúde; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Indicadores de Serviços; Indicadores Básicos de Saúde; Indicadores de Gestão; Eficiência Organizacional; Análise Custo-Eficiência; Medidas de Resultados Relatados pelo Paciente.	Fenômeno
Contrato de gestão	Administração de Serviços de Saúde; Gerenciamento da Prática Profissional; Gestão em Saúde; Governança Clínica; Gestão de Recursos da Equipe de Assistência à Saúde; Gestão da Saúde da População; Administração em Saúde Pública; Políticas, Planejamento e Administração em Saúde; Administração em Saúde; Administração de Instituições de Saúde; Economia e Organizações de Saúde; Organizações de Planejamento em Saúde; Organizações sem Fins Lucrativos; Organizações em Saúde; Privatização; Parcerias Público-Privadas; Modernização do Setor Público; Contratos; Serviços Contratados.	População
Qualidade	Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Controle de Qualidade; Qualidade da Assistência à Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Gestão da Qualidade Total; Gestão da Qualidade; Melhoria de Qualidade; Avaliação do Impacto na Saúde.	Contexto

Fonte: Elaboração própria.

A etapa seguinte foi realizar testes exploratórios com os descritores para verificar sua utilização pela comunidade científica, primeiro avaliando cada descritor individualizado e depois combinando todos os descritores do item-chave ‘metas’ com todos os demais descritores dos outros itens-chave utilizando o operador booleano ‘AND’.

Após a fase de testes, construiu-se a sintaxe de pesquisa de maneira ampla, sistematizada e reprodutível. Dentro de um mesmo item-chave foi utilizado o operador booleano ‘OR’ entre os descritores, com o objetivo de tornar a busca abrangente; e, na combinação entre os itens-chave, o operador booleano ‘AND’ para restringir os resultados e contemplar os polos população, fenômeno e contexto determinados pela pergunta de pesquisa. Realizou-se a busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (<http://bvsalud.org/>), escolhida por integrar diferentes bases de dados bibliográficos de informação em saúde.

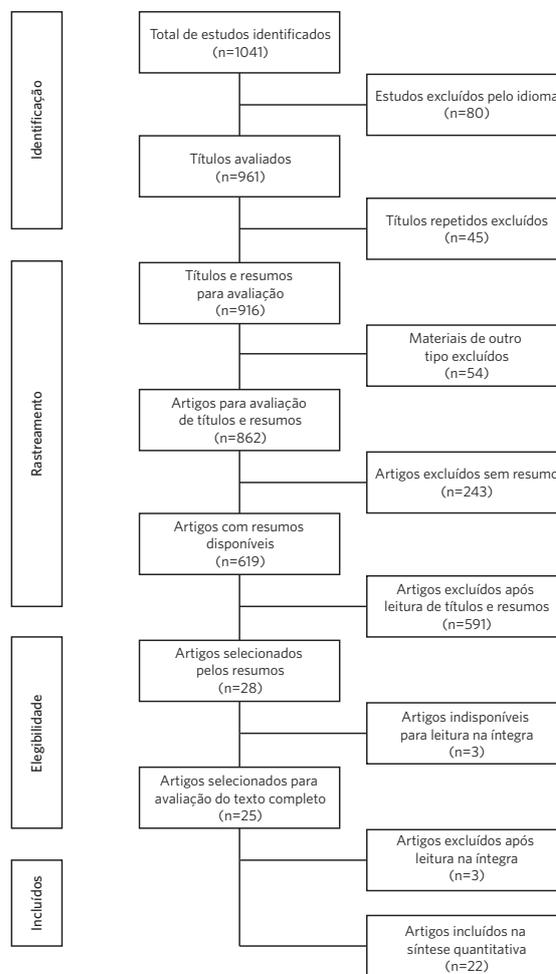
A composição da sintaxe final foi feita com uso do operador booleano ‘AND’ conectando os três polos e chegando a 1.041 estudos identificados para posterior análise, ficando da seguinte forma: (mh:(mh:(“objetivos” OR “objetivos organizacionais” OR “benchmarking” OR “desempenho profissional” OR “avaliacao em saude” OR “avaliacao de desempenho profissional” OR “pesquisa sobre servicos de saude” OR “avaliacao de processos e resultados em cuidados de saude” OR “avaliacao de programas e projetos de saude” OR “avaliacao de processos em cuidados de saude” OR “avaliacao de resultados em cuidados de saude” OR “mecanismos de avaliacao da assistencia a saude” OR “avaliacao de recursos humanos em saude” OR “indicadores de qualidade em assistencia a saude” OR “indicadores de servicos” OR “indicadores basicos de saude” OR “indicadores de gestao” OR “eficiencia organizacional” OR “analise custo-eficiencia” OR “medidas de resultados relatados pelo

paciente”))) AND (mh:(mh:(“administracao de servicos de saude” OR “gerenciamento da pratica profissional” “gestao em saude” OR “governanca clinica” OR “gestao de recursos da equipe de assistencia a saude” OR “gestao da saude da populacao” OR “administracao em saude publica” OR “politicas, planejamento e administracao em saude” OR “administracao em saude” OR “administracao de instituicoes de saude” OR “economia e organizacoes de saude” OR “organizacoes de planejamento em saude” OR “organizacoes sem fins lucrativos” OR “organizacoes em saude” OR “privatizacao” OR “parcerias

publico-privadas” OR “modernizacao do setor publico” OR “contratos” OR “servicos contratados”))) AND (mh:(mh:(“garantia da qualidade dos cuidados de saude” OR “controle de qualidade” OR “qualidade da assistencia a saude” OR “qualidade, acesso e avaliacao da assistencia a saude” OR “gestao da qualidade total” OR “gestao da qualidade” OR “melhoria de qualidade” OR “avaliacao do impacto na saude”))).

Com a finalização da sintaxe, seguiu-se o processo de seleção dos estudos identificados acompanhando o fluxograma Prisma, apresentado na *figura 1*:

Figura 1. Fluxograma Prisma sobre o processo de seleção dos artigos incluídos na revisão. 2021



Fonte: Elaboração própria.

Na primeira etapa do fluxograma, relacionada à identificação dos estudos, foram excluídos os títulos escritos em outras línguas que não fossem a inglesa, portuguesa ou a espanhola, compondo um total de 80 títulos, divididos nos seguintes idiomas: 11 em chinês, 11 em árabe, 15 em russo, 18 em francês, 3 em italiano, 1 em polonês e 21 em alemão. Por conseguinte, foram descartados 45 títulos duplicados e passou-se para a fase de rastreamento com a análise do tipo de estudos disponíveis de 916 títulos. Nessa etapa foram excluídos outros 54 títulos que não se apresentavam no formato de artigo, sendo eles: 13 teses, 20 monografias, 5 livros, 3 dissertações e 13 relatórios de congressos e eventos.

Os próximos passos foram a exclusão de 243 artigos que não apresentavam resumo e a leitura de títulos e resumos disponíveis. Após a leitura, 591 títulos foram descartados por não se relacionarem com o questionamento que norteia esta pesquisa. Esses artigos tratavam de temas como gestão da qualidade total, uso de diversas ferramentas para mensuração da qualidade, sobre o desempenho de programas e serviços de saúde específicos, relação custo-benefício em diferentes contextos, pagamento por performance médica, descrição e análise dos sistemas de saúde de diferentes localidades, gerenciamento de projetos e de processos de trabalho na área da saúde, sobre governança clínica e características dos gestores em saúde, sobre acreditação e auditoria de serviços de saúde, uso de indicadores para análise da assistência à saúde, desenvolvimento de habilidades gerenciais e habilidades dos profissionais e outros assuntos que não tratavam da relação entre cumprimento de metas dos contratos de gestão e qualidade da atenção à saúde. Essa fase resultou em 28 artigos para análise.

Na fase de elegibilidade, 3 artigos foram excluídos por não estarem disponíveis para leitura na íntegra, e restaram 25 artigos para avaliação do texto completo. Após leitura na íntegra, outros 3 artigos foram excluídos por não se relacionarem com o objeto de pesquisa, restando 22 artigos para análise.

Análise de dados

O processo de análise dos dados dos 22 artigos incluídos seguiu a realização do método da revisão integrativa, incluindo as etapas de extração, visualização, comparação e síntese das conclusões dos dados. A extração de dados foi concluída de forma independente por 2 revisores (M.V.M. e L.C.). O formulário de extração de dados foi elaborado com base na questão de pesquisa que norteou esta revisão.

Os dados extraídos dos artigos incluem autor (ano de publicação), país, metodologia utilizada, objetivo, principais resultados e os elementos que relacionam o artigo com a pergunta de pesquisa: metas e seus cumprimentos, tipo de contrato de gestão (contratualização) e a ideia de qualidade. Para completar essas informações, identificou-se, também, o nível de atenção à saúde em que a contratualização acontecia (quando o artigo mencionava). A integração dos dados foi operacionalizada pelo método da análise temática, contribuindo para que a tipologia dos manuscritos permitisse uma integração mais refinada dos dados. Assim, organizaram-se os temas para cada elemento a seguir: metodologia (para discutir a qualidade e a força das evidências), a relação entre objetivos e resultados encontrados, os elementos específicos da pergunta de pesquisa (as metas, o cumprimento das metas, o tipo de contratualização e a ideia de qualidade da atenção). Por fim, os aspectos mais focados nas características do uso das metas e seu cumprimento nos contratos – como presença de um estudo de linha-base, multas e punições, bonificação, tipos de metas (quantitativas ou qualitativas) e se o cumprimento da meta impacta a qualidade da atenção – foram analisados.

Resultados

Os artigos são, em sua maioria, estudos de caso e abrangem diversos países – existindo representantes de todos os continentes –, com características culturais, socioeconômicas,

epidemiológicas e de sistemas de saúde diferentes entre si. Também foi diverso o nível de atenção à saúde abordado nos artigos, sendo o mais citado a atenção primária. Essa diversidade sugere o quanto o fenômeno de contratualização é comum e tem ganhado espaço dentro de diferentes sistemas de saúde.

Para a maioria dos estudos, a qualidade é reduzida à ideia de cumprir metas e atingir determinados indicadores. Apenas um artigo¹² aborda a avaliação da qualidade seguindo o referencial teórico proposto por Donabedian, e outro artigo¹³ menciona uma definição utilizada para qualidade dos cuidados em saúde, além de citar a Teoria das falhas do contrato ao comparar organizações com e sem fins lucrativos. Um dos artigos¹⁴ especifica o que seria um sistema de saúde de qualidade, trazendo a importância do acesso, eficácia e eficiência, conceitos que também são citados pelo artigo de Ashton et al.¹⁵.

Para melhor apreciação dos resultados, os artigos foram classificados em três grupos distintos, conforme o *quadro 2*. O primeiro grupo compreende os estudos que tangenciam o objeto desta pesquisa^{12,13,16-19}, ou seja, discorrem sobre contratualizações e relação entre público e privado, porém, não tratam das metas estabelecidas nesse tipo de contrato e não as relacionam com avaliações de qualidade em saúde. Nesse grupo, os artigos tratam, principalmente, da análise do papel das organizações sem fins lucrativos e da comparação entre instituições com fins lucrativos, da definição

do modelo de parceria público-privada e da percepção divergente que diferentes atores da saúde (profissionais públicos e privados, gestores e acadêmicos) têm sobre esse modelo, comparação da qualidade entre serviços ofertados pelos entes público e privado, avaliação de critérios de seleção de organizações não governamentais para escolha da parceria mais eficiente, riscos e benefícios e casos de sucessos e fracassos da implementação de Parcerias Público-Privadas (PPP).

O segundo grupo abrange os artigos^{14,15,20-29}, que respondem parcialmente ao questionamento desta revisão, visto que citam as metas ou citam seus cumprimentos no contrato de gestão, mas não aprofundam a maneira como são mensurados ou não possuem metas claras estabelecidas. Outro ponto a ser mencionado é que esse grupo contém artigos que não abordam a qualidade dos serviços de saúde estudados ou fazem a mensura sem nenhum tipo de relação com as metas referidas.

O terceiro grupo contém os artigos³⁰⁻³³, que respondem diretamente ao objeto desta pesquisa. A partir deles, pode-se estabelecer a relação entre cumprimento das metas quantitativas dos contratos de gestão e a qualidade da atenção à saúde. Dos quatro estudos apresentados, dois deles^{31,33} não estabelecem nenhuma relação de impacto entre metas e qualidade, e outros dois não^{30,32} estabelecem relação porque a forma de mensurar a qualidade e os indicadores utilizados diverge daquela estabelecida como meta nos contratos.

Quadro 2. Síntese dos artigos incluídos segundo autor/ano, país, método, objetivo, principais resultados, metas e seus cumprimentos, tipos de contratualização e ideia de qualidade. 2020

Objetivo	Principais Resultados	Metas e seus Cumprimentos		Tipo de Contratualização	Ideia de Qualidade	Nível de atenção
		Metas	Cumprimentos			
Grupo A - Estudos que tangenciam o objeto de pesquisa						
Top e Sungur, 2018¹⁶. Turquia - Estudo de caso - qualitativo						
Definir o modelo de PPP, identificando as visões dos stakeholders e associando com as políticas de saúde. Avaliar um dos projetos (em hospitais) para determinar as vantagens e desvantagem do modelo.	Funcionários de ONGs e servidores públicos tendem a ter uma visão negativa das PPP, enquanto acadêmicos, funcionários do setor privado e alto escalão público têm uma visão positiva. A maioria dos entrevistados acreditava que o modelo PPP era adequado para os 'integrated health-campus' na Turquia.	Não contempla.	Não contempla.	<i>Build-rent-transfer</i> (concessão)	Não contempla.	Terciária
Almeida, 2017¹⁷. Portugal - Revisão sistemática + estudo de caso						
Analisar o papel das organizações sem fins lucrativos nos sistemas de saúde, comparando com as organizações lucrativas.	O retorno da administração dos hospitais em Portugal para o controle das Santas Casas (organizações sem fins lucrativos) melhorou o acesso e a eficiência sem comprometer a qualidade do atendimento.	Não contempla.	Não contempla.	<i>Contracting out</i> (similar à OS). <i>Profit and no-profit</i>	Não contempla. Apenas cita a qualidade ao falar de organizações com e sem fins lucrativos. Sem referencial teórico.	Terciária
Souza e Scatena, 2013¹². Brasil - Estudo multicaso descritivo, com abordagem quantitativa (parte de doutorado)						
Avaliar a qualidade da assistência hospitalar prestada por dez hospitais que compõem o mix público-privado do SUS no estado de Mato Grosso.	Nesta avaliação, utilizando o roteiro de padrões de conformidade do PNAAS, destacaram-se os hospitais públicos geridos por OSS e os filantrópicos. Ressalta-se que nenhum dos hospitais privados estudados apareceu entre aqueles com maiores pontuações, pelo contrário, geralmente eles estavam representados entre os que obtiveram menores pontuações.	Não contempla.	Não contempla.	OS	Relacionado ao Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNAAS (baseado no modelo de estrutura, processos e resultados)	Terciária
Heard et al., 2011¹⁸. Índia - Estudo de caso						
Avaliar o processo de contratação avaliando a seleção das ONGs e o seus desempenhos. Determinar se poderiam ser usados critérios de seleção mais eficientes.	A experiência no treinamento dos profissionais e a qualidade da proposta do projeto da ONG foram preditores significativos do seu desempenho, já as medidas de estabilidade financeira da ONG não serviam como preditores. Interessante que o indicador de experiência da ONG não foi um bom preditivo.	Não contempla. Cita como as ONGs seriam avaliadas: de acordo com a gestão de suas unidades e o alcance de indicadores como cuidados pré-natais, imunização e outros.	Não contempla.	ONGs. <i>Contracting out</i> (similar à OS)	Não contempla.	APS

Quadro 2. (cont.)

Objetivo	Principais Resultados	Metas e seus Cumprimentos		Tipo de Contratualização	Ideia de Qualidade	Nível de atenção
		Metas	Cumprimentos			
Sekhri et al., 2011¹⁹. EUA – Ensaio descritivo						
Descrever o modelo integrado de parceria público-privada detalhadamente, evidenciando os potenciais riscos e benefícios. Descrever como esse modelo difere de outros tipos de parcerias, dar exemplos de parcerias em vários países e examinar sucessos e fracassos.	Não apresenta. Sem resultados por não se tratar de um estudo empírico.	Não contempla. Apenas cita a existência de metas neste tipo de parceria.	Não contempla. Apenas cita que o parceiro privado é pago com base nos resultados de seu desempenho e fica responsável por atender aos padrões de qualidade.	PPP	Não contempla. Não cita nenhum referencial teórico nem qual seria sua ideia de qualidade.	Não específica
Haldiman e Tzeng, 2010¹³. EUA – Estudo transversal						
Investigar as diferenças das médias das medidas de qualidade entre as agências de cuidado domiciliar com e sem fins lucrativos em Michigan.	As organizações com fins lucrativos tiveram melhor desempenho.	Não contempla.	Não contempla.	Não contempla.	Define qualidade dos cuidados em saúde como “um equilíbrio ideal entre as possibilidades realizadas e uma estrutura de normas e valores.” ‘The contract failure theory’ – teoria econômica que explica a diferença entre organizações com e sem fins lucrativos.	Atenção domiciliar
Grupo B – Estudos que respondem parcialmente ao objeto de pesquisa						
Field et al., 2018²⁰. Papua-Nova Guiné – Estudo de caso						
Avaliar quantitativamente e qualitativamente as mudanças na prestação dos serviços de saúde após implementação de parceria público-privada.	Melhora dos indicadores dos serviços de saúde em comparação ao período anterior à implementação da parceria público-privada.	Aumento dos indicadores: taxa de pacientes ambulatoriais, imunização, planejamento familiar, atendimento pré-natal e partos supervisionados. Não especifica o quanto de aumento a ser alcançado. Melhora dos equipamentos e infraestruturas das unidades de saúde.	Não contempla.	Similar ao <i>contracting-out</i> e à parceria público privada (PPP), mas difere por ser contratada por uma ONG em nome da comunidade que financia o programa.	Realizou apenas avaliação qualitativa da percepção dos profissionais de saúde através de entrevista semiestruturada, que incluía tópicos sobre as mudanças percebidas após a PPP, barreiras e facilitadores para fornecer serviços de saúde de qualidade.	APS
Gardner et al., 2016²¹. Austrália – Revisão sistemática						
Avaliar as evidências do impacto do comissionamento nos serviços de saúde, qualidade, resultados e valor financeiro considerando os achados no contexto australiano.	Existem poucos estudos sobre o monitoramento e avaliação do desempenho dos contratos. Há poucas evidências da eficácia do comissionamento e os impactos são contexto-dependentes.	Não contempla.	Não contempla.	Comissionamento	Recomenda ênfase em mensurar resultados clínicos e experiência do paciente para resultar em melhora da qualidade do atendimento.	Todos os níveis

Quadro 2. (cont.)

Objetivo	Principais Resultados	Metas e seus Cumprimentos		Tipo de Contratualização	Ideia de Qualidade	Nível de atenção
		Metas	Cumprimentos			
O'Brien et al., 2016¹⁴. Austrália – Estudo de caso						
Descrever o modelo de comissionamento implementado no Sul da Austrália.	Melhora da prática clínica, redução do número de internações hospitalares e melhora do cuidado em todo o sistema de saúde obtidas com o comissionamento.	Não contempla. Enfatiza a importância de se estabelecerem metas e avaliar resultados de forma geral. Também cita que as metas variam pela especificidade de cada oferta de serviço de saúde (exemplo de centros de tratamento de câncer).	Fala sobre desenvolver um sistema de dados para monitorar os resultados e pontua que a estrutura de gestão de desempenho precisa evoluir. Contratos ainda precisam melhorar para garantir maior responsabilidade quando o comissionamento tem um desempenho inferior às metas estabelecidas.	Comissionamento	Princípios de um sistema de saúde de qualidade: centrado no paciente, seguro, eficaz, acessível, eficiente, equitativo.	Todos os níveis
Barbosa e Malik, 2015²². Brasil – Estudo qualitativo baseado na tríade tese-antítese-síntese para construção da análise crítica						
Responder por quais razões o processo de contratação de PPP em saúde tem apresentado dificuldades em sua implantação e contratação.	Algumas das razões são: assimetria de informações entre as organizações públicas e privadas; novidade do modelo e limitação jurídica associada ao novo modelo de contratação; insuficiente capacidade de execução de estudos gerenciais em epidemiologia para modelagem de projetos que atendam às necessidades em saúde da população; indefinição do modelo de gestão da PPP.	Não contempla. Cita a existência dos contratos de gestão e algumas de suas características, como a pactuação de metas.	Não contempla. Cita que nem todos os contratos possuem indicadores de desempenho a serem monitorados.	PPP	Não contempla.	Todos os níveis de atenção.
Lee e McKee, 2015²³. Costa Rica – Estudo de caso						
Avaliar se a descentralização afetou a eficiência clínica e a saúde da população. Comparar regiões que permaneceram centralizadas em relação às descentralizadas.	Redução do custo nas áreas descentralizadas sem afetar os indicadores de saúde da população de forma negativa (também não houve aumento significativo quando comparado com as áreas centralizadas), portanto, melhora apenas na eficiência.	Não contempla. Não deixa claro quais valores deveriam ser atingidos.	Incentivo de 10% do orçamento da clínica ou hospital com base em medidas de qualidade de cuidados de saúde e utilização de recursos, incluindo taxas de infecções intra-hospitalares, taxas de readmissão, duração média das listas de espera, taxa de absenteísmo de profissionais de saúde, tempo médio de internação.	Agenciamento	Qualidade baseada em métricas, como número de altas, procedimentos ambulatoriais e readmissões (variáveis avaliadas pelo estudo e não exatamente do contrato de gestão).	Terciária
Gridley et al., 2012²⁴. Reino Unido – Aborda dois estudos qualitativos						
Explorar as principais premissas que sustentam o desenvolvimento contínuo do gerenciamento por GP (<i>General Practitioner</i> – Médico de Família) em serviços de saúde.	Sugere que nem sempre os GPs são os coordenadores do cuidado em todas as questões de saúde e que o gerenciamento por esses grupos não estará sujeito à gestão de desempenho, o que levanta a questão de como padrões de qualidade serão atendidos.	Não contempla. Ainda não estabelecidas, mas cita algo sobre reduzir dias de internação em 5% em 3 anos; promover saúde infantil próximo ao domicílio.	Não contempla. Cita que incentivos financeiros podem ajudar a alcançar resultados, mas quais seriam os resultados e como o incentivo seria ofertado ainda não foi estabelecido.	CCG - Clinical Commissioning Groups	Baseada nos padrões do National Institute for Health and Clinical Excellence (Nice), mas ainda não implementada.	Secundária e terciária

Quadro 2. (cont.)

Objetivo	Principais Resultados	Metas e seus Cumprimentos		Tipo de Contratualização	Ideia de Qualidade	Nível de atenção
		Metas	Cumprimentos			
Ameli e Newbrander, 2008²⁵. Afeganistão – Estudo transversal						
Pesquisar os efeitos das mudanças na utilização e na qualidade dos serviços de saúde com relação aos custos do BPHS Basic Package of Health Services.	O acesso aos serviços de saúde pode ser estendido por meio de mecanismos de contratação em um estado de pós-conflito, mesmo na presença de problemas de segurança. As características dos serviços de saúde, sua qualidade, distância geográfica e situação de segurança não explicam as variações no custo per capita. Usar esses parâmetros para um planejamento não implicaria uma melhor alocação de recursos.	Não cita claramente. Fala apenas que segurança e isolamento foram considerados fatores importantes do custo do contrato por acreditarem que fosse mais caro fornecer serviços de saúde em áreas remotas e menos seguras.	Não contempla.	<i>Contracting out</i> (similar à OS) com ONGs. Financiado pelo Usaid (United States Agency for International Development).	Baseada na satisfação dos usuários, na disponibilidade de profissionais do sexo feminino (importante devido fatores culturais) e disponibilidade de medicamentos essenciais nas unidades de saúde.	Foco na APS, mas compreende serviços de todos os níveis de atenção.
Ashton et al., 2004¹⁵. Nova Zelândia – Estudo de caso						
Descrever o processo de contratação na Nova Zelândia e analisar alguns de seus impactos.	A contratação contribui para melhoria da gestão e dos resultados do sistema público. Os contratos ajudaram a aumentar o foco nos custos e em métodos para aumentar a qualidade, além de melhorarem a especificação dos serviços que deveriam ser ofertados pela terceirizada.	Não contempla. Variava em cada contrato; ausência de diretrizes. Não especifica quais metas deveriam ser alcançadas	Não contempla. não avaliou se houve o cumprimento em cada contrato	1. entre Regional Health Authorities RHA e Crown Health Enterprises CHE (privadas). 2. Entre Health Funding Authority HFA e Hospital and Health services HHS (organizações sem fins lucrativos)	A maioria dos contratos incorporou alguma avaliação de qualidade. De maneira geral, incluíam categorias relacionadas a acesso, eficácia, eficiência e segurança. Também não havia diretrizes para avaliação da qualidade posta nos contratos.	Diferentes níveis
Charlesworth, 2001²⁶. Reino Unido – Estudo de caso						
Descrever como tem sido desenvolvidas e gerenciadas as parcerias entre organizações públicas e privadas na melhoria da saúde e da APS.	Percepção de que há uma série de tensões e conflitos que não contribuem para a política de parceria.	Não contempla. Apenas cita que o Himp (Healthcare Improvement Programme) é a estratégia para cumprir as metas nacionais de saúde, mas não detalha quais.	Não contempla.	<i>Contracting out</i> (similar à OS)	Não contempla.	APS
Feldman, 1998²⁷. EUA – Ensaio descritivo						
Compara como os cuidados em saúde mental eram fornecidos e discute o surgimento e as características de um novo modelo de oferta desses cuidados.	Não contempla. Não apresenta resultados por não se tratar de um estudo empírico	Estabelecem padrões de desempenho com relação ao tempo de resposta por contato telefônico, previsão e pontualidade do pagamento aos provedores dos serviços de saúde, custo projetado dos sinistros, metas de utilização, acesso aos serviços, satisfação dos usuários, entre outros.	O não cumprimento das metas estabelecidas exige devolução de parte da taxa paga pelos contratantes.	<i>Carve-out contract</i> . Entre MBHCO = Managed Behavioral Health Carve Out e o contratante público ou privado.	Não contempla.	Secundária

Quadro 2. (cont.)

Objetivo	Principais Resultados	Metas e seus Cumprimentos		Tipo de Contratualização	Ideia de Qualidade	Nível de atenção
		Metas	Cumprimentos			
Halverson et al., 1997²⁸. EUA – Ensaio descritivo						
Descrever diferentes modelos de privatização.	Não contempla. Não apresenta resultados por não se tratar de um estudo empírico	Cita que os contratos devem garantir qualidade, acessibilidade e custo dos serviços providos pela privatização.	Cita que o acompanhamento da performance dos fornecedores privados precisa ser realizado através de 5 dimensões: indicadores de saúde, quantidade de serviços prestados, custo, acesso e satisfação do consumidor.	Diferentes tipos.	Não contempla..	Não específica
McPake and Hongoro, 1995²⁹. Zimbábue – Estudo de caso						
Avaliar o sucesso ou não da contratação entre instituições públicas e privadas do setor da saúde, comparando com um hospital da administração direta.	O parceiro privado oferta serviços com maior qualidade e menor custo unitário. No entanto, o contrato apresenta falha em não conter o seu custo total e por atender à minoria da população.	Não contempla. Não existem metas claras estabelecidas.	Não contempla. Não há monitoramento formal da qualidade do serviço ou da operação do contrato.	Contracting out (similar à OS)	Não contempla..	Atenção terciária
Grupo C – Estudos que respondem diretamente ao objeto de pesquisa						
Heard et al., 2013³⁰. Bangladesh – Estudo de caso						
Avaliar a expansão da APS em Bangladesh comparando áreas administradas por uma ONG e pelo governo local.	Houve melhora nas áreas administradas tanto pela ONG quanto pelo setor público, mas alguns indicadores foram maiores na área administrada pela ONG. Limitações metodológicas podem ter influenciado os resultados.	Contrato inclui 9 indicadores: porcentagens de cobertura vacinal infantil, cobertura de vitamina A, tratamento para insuficiência respiratória aguda, tratamento para diarreia, de mães capazes de citar espontaneamente 3 métodos anticoncepcionais modernos, cobertura de cuidados pré-natais, taxa de prevalência de contraceptivos, cobertura vacinal contra tétano, partos com assistência especializada	Não contempla. O pagamento para a ONG não era diretamente ligado aos indicadores, e o contrato poderia ser encerrado por mau desempenho.	Contracting out (similar à OS) com ONGs	. Avaliada através de uma pesquisa realizada nos centros de atenção primária, analisava pontuações que combinavam diferentes medidas individuais. As pontuações eram: infraestrutura, serviços disponíveis, programas de saúde, suprimento de medicação, disponibilidade das medicações essenciais, disponibilidade de todos os métodos anticoncepcionais, treinamento e experiência dos profissionais, conhecimento médico sobre tratamentos de saúde, conhecimento de sinais e sintomas por todos profissionais de saúde, conhecimento dos profissionais sobre planejamento familiar e sobre calendário de imunização, supervisão e ambiente de trabalho. Não identifica nenhum referencial teórico.	APS

Quadro 2. (cont.)

Objetivo	Principais Resultados	Metas e seus Cumprimentos		Tipo de Contratualização	Ideia de Qualidade	Nível de atenção
		Metas	Cumprimentos			
Jacobs et al., 2010³¹. Camboja – Estudo de caso						
Descrever e analisar a transição dos serviços de saúde administrados por ONGs para administração governamental.	Foi possível a transição da administração da ONG para o governo com melhora dos indicadores traçados para avaliação. Isso foi facilitado através da gestão de desempenho e a vinculação desse com a remuneração de profissionais, além de incentivos nos programas verticais de saúde, envolvendo todos os atores da saúde.	Consultas, consulta de pré-natal, partos nas unidades de saúde, uso de contraceptivo e imunização.	Não contempla. Cita que os contratos possuíam indicadores e recompensas financeiras por seus alcances, formas de monitoramento, prazos e nível de aceitação de desempenho.	Modelo híbrido entre <i>contracting out</i> (similar à OS) e <i>contracting in</i> . Transição da administração pela ONG para um sistema operado pelo governo.	Associa melhor desempenho com a remuneração dos profissionais e cita preocupação com a qualidade do cuidado prestado. Não relaciona com o cumprimento de metas.	Todos os níveis de atenção. Foco na APS
Soeters e Griffiths, 2003³². Camboja – Estudo de caso						
Descrever a experiência no Camboja em um dos distritos submetidos ao <i>contracting in</i> .	As famílias passaram a gastar menos com saúde com outros provedores e aumentaram a procura pelos serviços públicos de saúde. O modelo <i>contracting-in</i> foi mais eficiente que a administração governamental, porém, o <i>contracting-out</i> foi superior à todos. Pagar os profissionais de saúde por desempenho se mostrou a melhor opção.	Detalha a forma de incentivo financeiro e pagamento dos profissionais de saúde. Continha metas financeiras e metas como cobertura de EPI, número de pacientes com tuberculose internados, porcentagem de diagnóstico e tratamento corretos.	Não contempla. Não havia um sistema adequado de monitoramento dos indicadores não financeiros.	Foco no <i>contracting in</i> com ONG. Compara com o <i>contracting out</i> e com <i>reference districts</i> (operavam sob a estrutura de gestão governamental padrão e serviam como grupo controle para comparação).	Associa a melhora da qualidade com a melhora dos indicadores de cobertura dos serviços de saúde. Os indicadores eram: partos em unidades de saúde; duas ou mais visitas de cuidado pré-natal com verificação da pressão arterial; conhecimento de 4 ou mais métodos de planejamento familiar; uso de método contraceptivo por mulheres com filhos entre 12-23 meses; imunização total das crianças; crianças com diarreia que recebem reidratação oral. Num segundo momento, passa a avaliar os serviços de saúde em critérios de qualidade (higiene, práticas de esterilização, diagnóstico e tratamento corretos), satisfação do paciente, ausência de fraudes nas estatísticas dos serviços. Sem referencial teórico.	Todos os níveis de atenção.
Abramson, 2001³³. Costa Rica – Estudo de caso						
Analisar a experiência da Costa Rica em monitorar e avaliar os contratos entre uma cooperativa e o ministério da saúde na atenção primária à saúde.	Não há dados suficientes para falar do aumento da qualidade porque eles avaliaram apenas como 'sim' ou 'não'. A avaliação do desempenho do contratado não estava ligada aos resultados além dos relacionados à utilização dos serviços.	Definidas em 3 categorias: organização, qualidade e prestação direta de serviços. Cada um com indicadores específicos para análise.	Estipula que os resultados gerais de uma avaliação de 6 meses inferior a 90% do acordo teriam um impacto direto e proporcional de até 2,5% sobre o orçamento disponível para os 6 meses seguintes.	cooperativa COOPESALUD. <i>Contracting out</i> (similar à OS)	Mensurada em termos de oportunidade, continuidade, adequação, acessibilidade e satisfação do usuário. Avaliada apenas com 'sim' ou 'não'. As avaliações aplicadas não forneciam dados úteis sobre melhoria da qualidade do cuidado e da eficiência.	APS

Fonte: Elaboração própria

Uma segunda análise foi realizada, e as informações obtidas com os artigos presentes no terceiro grupo deram origem ao *quadro 3*, que aprofunda a análise sobre metas e seus cumprimentos nos contratos, especificando os indicadores contidos nas metas quantitativas e qualitativas, a existência de multas ou de

bonificações de acordo com o desempenho apresentado e o impacto proporcionado na qualidade em saúde.

Nenhum desses estudos citou a presença de metas qualitativas nos contratos, e dois^{30,33} não apresentaram multas ou punições previstas caso as metas não fossem atingidas.

Quadro 3. Síntese dos artigos incluídos com foco no fenômeno: aspectos de cumprimento do contrato, tipos de metas do contrato e relação entre cumprimento e qualidade da atenção à saúde. 2020

Aspectos do Cumprimento do Contrato			Metas do Contrato		Cumprimento da meta impacta na qualidade?
Apresenta estudo de linha-base?	Multas e punições	Bonificação	Quantitativas	Qualitativas	
Heard et al., 2013³⁰. Bangladesh					
Apresenta linha-base.	O contrato poderia ser finalizado por mau desempenho.	Bônus calculado através de uma fórmula (não descrita) usando taxas de cobertura dos serviços de saúde.	Porcentagens de cobertura vacinal infantil, cobertura de vitamina A, tratamento para insuficiência respiratória aguda, tratamento para diarreia, de mães capazes de citar espontaneamente 3 métodos anticoncepcionais modernos, cobertura de cuidados pré-natais, taxa de prevalência de contraceptivos, cobertura vacinal contra tétano, partos com assistência especializada.	Não apresenta.	Não estabelece nenhuma relação de impacto, já que os indicadores avaliados para mensuração da qualidade eram distintos dos estabelecidos como meta no contrato de gestão.
Jacobs et al., 2010³¹. Camboja					
Apresenta comparação do desempenho entre diferentes anos do contrato.	Sem especificações.	Recompensa financeira paga ao DHTAT - District Health Technical Advisory Team de acordo com o desempenho das unidades de saúde.	35% de consultas de cuidados curativos para população mais pobre, 50% de consultas de cuidados pré-natais, 20% de partos em serviços de saúde, 40% de uso de anticoncepcionais por mulheres casadas e 75% de cobertura vacinal em crianças.	Não apresenta.	Não estabelece nenhuma relação de impacto.
Soeters, Griffiths, 2003³². Camboja					
Apresenta linha-base.	Sem especificações.	Contrato com os trabalhadores da saúde: pagamento básico mensal 55%, 15% de bônus pela pontualidade e 30% de bônus pelo desempenho. Num segundo momento, há a criação de subcontratos com os gestores das unidades de saúde, que poderiam decidir sobre o pagamento do bônus aos profissionais.	Metas financeiras mensais para o departamento ou a unidade de saúde, além de metas como cobertura de EPI, número de pacientes com tuberculose internados, porcentagem de diagnóstico e tratamento corretos. Metas dos subcontratos: 3x maiores do que o nível de produção existente para consultas ambulatoriais, atendimento ambulatorial per capita, total de atendimento pré-natal, oferta de contraceptivos, partos em serviços de saúde, receitas financeiras provenientes de taxas de saúde pagas pelos usuários.	Não apresenta.	Não estabelece nenhuma relação de impacto, já que os indicadores avaliados para mensuração da qualidade eram distintos dos estabelecidos como meta no contrato de gestão.

Quadro 3. (cont.)

Aspectos do Cumprimento do Contrato			Metas do Contrato		Cumprimento da meta impacta na qualidade?
Apresenta estudo de linha-base?	Multas e punições	Bonificação	Quantitativas	Qualitativas	
Abramson, 2001³³. Costa Rica					
Sem linha-base.	Estipula que os resultados gerais de uma avaliação de 6 meses inferiores a 90% do acordo teriam um impacto direto e proporcional de até 2,5% sobre o orçamento disponível para os 6 meses seguintes.	Sem especificações.	Definidas em 3 categorias com indicadores específicos: organização (% de encaminhamentos e conformidade entre o fornecimento de custo biomédico e informações de orçamento em tempo hábil); qualidade (existência de comissão para analisar mortes maternas e infantis e estabelecer planos de intervenção, aplicação de protocolos, análise de tempo de espera, análise de operações eficientes do serviço de farmácia, existência de sistema de sugestão e satisfação do usuário, aplicação de instrumento de satisfação do usuário); e prestação direta de serviços (cobertura de acompanhamento do desenvolvimento infantil de 0-1 ano e de 1-6 anos, cobertura vacinal, aconselhamento para adolescentes sobre saúde reprodutiva, para mulheres acima de 20 anos e planejamento familiar; análise qualitativa e quantitativa de problemas ginecológicos e obstétricos).	Não apresenta.	Não estabelece nenhuma relação de impacto.

Fonte: Elaboração própria

Discussão

Aspectos metodológicos

Os artigos foram divididos de acordo com sua semelhança metodológica em cinco grupos. O primeiro grupo diz respeito aos estudos de caso^{12,14-18,20,23,26,29,30-33}, sendo composto por mais da metade dos artigos que fazem parte desta revisão. Em que pese o fato de os estudos de caso serem muito usados nesses tipos de estudo de caráter mais administrativo, existem críticas a essa metodologia relativas à sua capacidade de generalização e à subjetividade de mensuração e confiabilidade dos dados extraídos. Porém, o estudo de caso pode ser considerado um método que permite estudos

mais aprofundados e específicos de situações mais complexas³⁴, possibilitando uma análise do fenômeno estudado sem dissociá-lo de seu contexto. Isso se mostra relevante para o objeto de estudo desta revisão integrativa, uma vez que para entender o funcionamento e as características dos diferentes contratos de gestão é preciso considerar o sistema de saúde no qual eles estão inseridos.

O segundo grupo é formado por 3 estudos qualitativos^{16,22,24}. Esse tipo de metodologia tem um caráter interpretativo dos temas estudados, e os fenômenos são investigados e interpretados segundo o significado atribuído pelos participantes da pesquisa³⁵. Isso se mostrou importante nesse caso, pois, de forma geral, os artigos discorreram sobre as PPP e a visão dos sujeitos envolvidos na sua implantação,

que são essenciais na compreensão e crítica dessas modalidades de gestão⁴.

Composto por 3 artigos, o terceiro grupo engloba os ensaios descritivos^{19,27,28}, que descrevem os diferentes modelos de privatização e evidenciam seus potenciais riscos e benefícios, exemplificando a experiência em diversos países. Esse tipo de método refere-se à obtenção de informações sobre um fenômeno e à descrição de suas características, sem o compromisso com a explicação desse fenômeno³⁶. Por isso, os conteúdos apresentados pelos ensaios têm uma validade científica baixa, e são, portanto, questionáveis quanto aos seus achados e/ou argumentos.

O quarto grupo é composto por 2 revisões sistemáticas^{17,21}, sendo que uma delas também incorpora um estudo de caso¹⁷ e analisa o papel das organizações sem fins lucrativos nos sistemas de saúde em comparação com as organizações lucrativas, enquanto a outra revisão analisa o impacto do comissionamento nos serviços de saúde²¹. Como as revisões sistemáticas integram informações de um conjunto de estudos, proporcionando um resumo das evidências existentes e possibilitando agregar maiores resultados relevantes³⁷, a inclusão desses dois artigos permitiu agregar maior consistência dos achados sobre as contratações na tentativa de generalização para outros países com perfil semelhante.

Por fim, o quinto grupo é também formado por dois estudos do tipo transversal^{13,25}, que apresentam a vantagem de serem de baixo custo e servirem para examinar em uma amostra a presença ou ausência de efeitos após exposição a uma causa³⁸ no mesmo período. No caso desta revisão, os artigos incluídos com essa metodologia investigaram a qualidade em saúde, um comparando o serviço de agências com e sem fins lucrativos¹³, e outro comparando a qualidade com os custos empregados²⁵.

Esses dados sobre os tipos metodológicos são importantes para refletir sobre como o tema pode ser sensível à metodologia empregada. Ao verificar que a maior parte dos artigos usa o estudo de caso, é possível que

haja maior vinculação do alcance dos resultados projetados sobre o suposto impacto nos indicadores de saúde, contrariando, em tese, aquilo que a literatura sobre o tema reitera⁴. Entretanto, é essencial ter em mente que os achados desses estudos, em sua maioria, são muito contexto-dependentes, e, portanto, a importação mecânica de seus achados para outros contextos incorre, necessariamente, em falácias.

Metas e seus cumprimentos nos contratos de gestão

Comparou-se se informações sobre metas dos contratos de gestão estão presentes ou ausentes e se há informações sobre seus cumprimentos. Apenas 6 artigos citaram claramente a existência de metas e as descreveram^{20,27,30,31-33}. Desses, apenas 2 relatam os cumprimentos das metas estabelecidas^{27,33}, enquanto outros 5 artigos apresentavam a importância de monitorar e avaliar os resultados e o desempenho esperados e estabelecidos nos contratos de gestão^{14,19,24,28,31}. Apesar de a terceirização na saúde ser pautada pelos contratos de gestão^{1,4}, chama atenção que pouco se fale sobre metas e resultados esperados.

Esse fato não deve impressionar de modo algum, afinal, há uma clara inversão entre a medida de quantidade de trabalho com o produto produzido, conforme os estudos críticos sobre o tema vêm denunciando^{6,7}. Não se trata de medir a quantidade de trabalho que remunere um produto produzido, mas de medir a quantidade de produto produzido para remunerar o trabalho feito⁴². É nessa diáde que a questão da qualidade desaparece, e que, quando existe, não é delimitada conforme os estudos sobre o tema assim o exigem^{9,10}. Nesse interim, o cumprimento da meta tampouco importa, já que parece ser um pressuposto sabido de antemão que não há (ou não deve haver) relação entre o cumprimento da meta com a qualidade. É aqui que vê-se nitidamente que o alcance das metas, para o contratado, deve se desvincular do impacto

sobre os indicadores de saúde da população, dessa vez, reforçando o que a literatura sobre o tema versa, conforme discutido por Barbosa e Elias⁴.

Tipos de contratualização

Neste tema, avaliaram-se os tipos de contratualização que são mencionados nos artigos. As PPP possuem cinco características: formadas por no mínimo dois agentes econômicos, o setor público e o setor privado; os dois lados da parceria apresentam papéis distintos e possuem o direito de negociar os termos da parceria; permitem contratos de longo prazo; uma das partes pode compartilhar seus valores fundamentais, como símbolos ou bens materiais; os riscos e as responsabilidades são compartilhados entre os setores públicos e privados¹⁶. Nesse conceito amplo de PPP, existem diferentes modelos.

O modelo *contracting in* refere-se à relação entre dois operadores do setor público, promovendo uma gestão privada dentro da configuração do setor público, sendo citado em dois estudos sobre a saúde no Camboja^{31,32}. Esse modelo se assemelha aos conceitos de economia planejada e competição administrada – *managed competition*³². Sua possível vantagem estaria em garantir uma gestão alinhada com as políticas em saúde e necessidades da população, já que a tomada de decisões pelo gestor ocorre em colaboração com as autoridades públicas de saúde.

Já no modelo *contracting out*, todo controle sobre a equipe de profissionais e o orçamento diz respeito à contratada, garantindo-lhe autonomia. Nesse caso, a atuação fica vinculada ao contrato de gestão³². No Brasil, esse modelo equivale ao adotado pelas OS. Com o funcionamento de forma semelhante, o modelo de comissionamento também é pautado por um contrato e envolve as áreas de planejamento estratégico, contratação de serviços – no caso serviços de saúde – e monitoramento e avaliação desses serviços²¹. O modelo *clinical commissioning group*, presente no Reino

Unido²⁴, diferencia-se do comissionamento pelo fato de ser comandado por um grupo de médicos de família e não mais por uma terceirizada. Dos 22 estudos incluídos nesta revisão, 12 deles abordam esse tipo de contratação (*contracting out*)^{12,17,18,20,24-26,28,29,30,32,33} ou apenas definem a contratualização como PPP^{19,22}. Esse achado possivelmente é justificado pelo relato frequente de que os indicadores em saúde, muitas vezes avaliados nos estudos, apresentavam melhora em relação ao modelo público usado anteriormente nos diversos países que aderiram às PPP, daí o grande número de experiências com esse tipo de contratualização. Apesar de poder apresentar benefícios, existem resultados negativos associados à contratualização, como não apresentar melhorias na qualidade dos serviços de saúde e proporcionar irrisória integração com programas nacionais de saúde²⁰.

Existe, ainda, o modelo *Build-rent-transfer*, específico da Turquia, onde o Estado aloca um terreno para que a iniciativa privada construa um hospital e receba o direito de obter créditos através desse equipamento, ou seja, o setor privado realiza a construção num terreno público e depois aluga a edificação para o Estado, que fica responsável pela manutenção e por reparos na estrutura. Com o término do prazo de empréstimo ao setor privado, a edificação é transferida ao Estado¹⁶.

Com relação ao modelo *carved out*, citado em um dos artigos²⁷, trata-se de uma forma em que a gestão e o risco financeiro de um seguro-saúde geral são separados de serviços de saúde mental/comportamental.

Por fim, o modelo de agenciamento é exposto no sistema de saúde da Costa Rica²³ e nele é cedido um pequeno controle do governo aos hospitais e clínicas através de um contrato, proporcionando descentralização do sistema.

Ideia de qualidade

Dos artigos incluídos nesta revisão, 9 não definiam nenhuma ideia com relação à qualidade^{16-19,22,26-29}. Entre os que explicitavam a análise da qualidade

dos serviços de saúde, a maioria limitava-se a se basear em métricas e indicadores. Um artigo¹⁴ enumera os princípios de um sistema de saúde de qualidade – centrado no paciente, seguro, eficaz, acessível, eficiente e equitativo –, enquanto outro artigo¹³ define qualidade dos cuidados em saúde como “um equilíbrio ideal entre as possibilidades realizadas e uma estrutura de normas e valores”¹³. Apenas um artigo¹² evidenciava um referencial teórico conceituando sua definição de qualidade baseada na avaliação proposta por Donabedian, que considera as dimensões: estrutura, processos e resultados¹². Outro artigo²⁴ expôs os padrões de qualidade a partir das diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence – Nice (Reino Unido), que também são baseadas no conceito de Donabedian³⁹.

Fica o questionamento de como pode ser possível afirmar que a contratualização favorece o aumento da qualidade dos serviços prestados se os estudos não aprofundam o debate sobre esse tema e não se utilizam sequer de um referencial teórico⁹. É interessante notar que o fato de os estudos relacionarem-se com a qualidade do ponto de vista retórico, não apresentam processos de verificação da qualidade em função do tipo de cumprimento contratual. Isso chama atenção para a limitação dos estudos que, por vezes, afirmam que o cumprimento das metas garante mais qualidade aos usuários atendidos.

Aspectos do cumprimento do contrato de gestão

Entre os artigos que compõem esta revisão, 4 estão incluídos no grupo que responde diretamente ao objeto desta pesquisa³⁰⁻³³, que é analisar se existe relação entre o cumprimento de metas quantitativas dos contratos de gestão e a qualidade da atenção à saúde. Desses artigos, apenas um³³ não apresenta linha-base que permita comparação do desempenho dos contratos. Com relação à especificação quanto à existência de multas e punições, os estudos que descrevem as experiências de Bangladesh³⁰ e Costa Rica³³ são os que apresentam multa

por mau desempenho ou redução orçamentária caso as metas estipuladas no contrato não sejam atingidas. Gridley²⁴ questiona se as necessidades de saúde seriam atendidas caso não houvesse metas e incentivos, já que não seriam vistas como prioridades.

Analisando as bonificações citadas nos contratos, apenas um artigo³³ não cita esse item, e seu autor pondera que não ir além da meta declarada no contrato caracterizaria uso ineficiente de recursos e que uma recompensa motivaria a superar as metas estabelecidas. Os outros 3 artigos discorrem sobre recompensas de acordo com o desempenho apresentado³¹, bônus de acordo com a taxa de cobertura alcançada pelos serviços de saúde³⁰ e pagamento de bônus aos profissionais também a partir de seus desempenhos³².

Metas do contrato de gestão

Nenhum dos artigos que respondem ao objeto de pesquisa³⁰⁻³³ apresenta metas qualitativas. Abransom³³ cita em seu estudo que alguns provedores consideraram que os indicadores de qualidade presentes nos contratos nem sempre eram capazes de expressar a qualidade dos serviços de saúde. Diante dessa afirmação, dificilmente se consegue comprovar que a contratualização realmente proporciona melhora da qualidade em saúde. Se os indicadores não expressam a qualidade dos serviços, por que basear os contratos apenas em metas quantitativas?

No que diz respeito às metas quantitativas, todos os estudos³⁰⁻³³ abordavam a cobertura dos serviços, ações e procedimentos em saúde. Apenas um artigo³³ definia indicadores específicos para avaliar organização, qualidade e prestação direta de serviços.

Relação entre cumprimento das metas e qualidade

Neste tema, tentar-se-á estabelecer relação entre o cumprimento de metas e a qualidade, incluindo a qualidade da atenção à saúde.

Field²⁰ argumenta em seu artigo que é limitada a evidência de que modelos de PPP melhoram a prestação de serviços de saúde, dada a dificuldade em avaliar programas complexos de prestação de serviços em oposição à avaliação de intervenções únicas ou pacotes de intervenções²⁰. Na mesma linha de argumentação, alguns provedores da Nova Zelândia consideravam que as avaliações da qualidade focavam principalmente em processos e não nos resultados obtidos nos serviços de saúde¹⁵.

Ballaroti et al.⁴⁰ concluem em seu estudo que a comparação do desempenho dos serviços no alcance de metas não seria suficiente para determinar qual serviço cumpre melhor seu papel na rede de saúde, pois o modelo de contratualizações pautado na avaliação de desempenho teria o potencial de gerar distorções e levar os serviços de saúde a direções distintas das planejadas⁴⁰. Portanto, artigos comumente publicados no Brasil comparando o desempenho de serviços sob gestão pública e privada, como o exemplo do estudo de Souza e Scatena¹², presente nesta revisão, poderiam gerar conclusões distorcidas, não proporcionando informações suficientes para afirmar qual serviço cumpre melhor seu papel. Além disso, qualquer objetivo no campo da saúde precisa de avanços coordenados em outras áreas para ser alcançado, principalmente no setor social, sendo possível apenas com gerência intergovernamental⁴¹, e não apenas com base no desempenho de serviços isolados.

Nesse ponto, é importante lembrar a diferença entre ‘desempenho’ e ‘resultados’, frequentemente tomados como sinônimos na literatura corrente. O desempenho está associado aos resultados de um serviço, mas certamente não se deve confundir com este último. O desempenho é uma defasagem com relação a uma métrica estabelecida, cujo resultado do serviço se demonstra geralmente aquém ou (raramente) além do esperado. Assim sendo, o desempenho é uma diferença relacionada a uma métrica elaborada arbitrariamente, costumeiramente a serviço dos interesses do empregador⁶. O resultado, no

entanto, é algo muito mais polissêmico. Cabe aqui apenas ressaltar que, no âmbito da mensuração da qualidade na gestão dos serviços de saúde, resultados, ‘donabedianamente’ falando, são ‘processos’, e, raramente, os verdadeiros resultados dos serviços de saúde (as medidas dos índices epidemiológicos) são considerados como resultados^{42,43}. Pelo contrário, os procedimentos se tornam os resultados dos serviços e, portanto, o objeto da aferição.

Isso se relaciona bem com o controle (de resultados) imposto pelas formas de contratualização. Tal mecanismo representa uma nova forma de controle e que vem acompanhada do estabelecimento de sanções positivas e negativas. A especificidade do resultado como produto máximo dessa filosofia de gestão deposita nas metas a redução do escopo administrativo, sendo estas representativas de toda cadeia de intangíveis intrínseca aos processos organizacionais, das quais a qualidade é uma delas⁶.

Nesse diapasão, as metas dos processos organizacionais não servem necessariamente para alcançar os verdadeiros resultados dos serviços de saúde, como citado anteriormente. Isso faz com que o atendimento das necessidades em saúde da população passe a ser negligenciado. Considerando a taxonomia proposta por Cecílio⁴⁴⁽¹¹⁹⁾, atender ao conjunto das necessidades em saúde relacionadas à criação de vínculos afetivos entre o usuário e a equipe e/ou profissional – o que, em suas palavras, “significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades” – estaria prejudicado, bem como o conjunto ligado à autonomia, que diz respeito à capacidade de reconstrução dos próprios sentidos de vida e no modo de viver de cada pessoa, o que é possível através da educação em saúde, por exemplo⁴⁴, e que, em termos de metas desses contratos, passa a não ter muita significância pelo fato de não ser um ‘procedimento’ passível de mensuração objetiva. Com profissionais cobrados por desempenho, o estabelecimento de vínculo com os usuários e as propostas de

educação em saúde são prejudicados por não serem vistos como prioridade. Afinal, esses profissionais são cobrados para atingir as metas impostas pela contratualização com foco na oferta que os serviços podem proporcionar do ponto de vista contábil, enquanto as necessidades em saúde não são mensuráveis nesse nível de ‘cálculo racional’ para os contratos.

Um ponto importante a ser ressaltado é a escassez de estudos sobre o cenário das contratualizações no Brasil e a avaliação da qualidade, dificultando a análise desse fenômeno no Sistema Único de Saúde (SUS), visto que é relevante considerar o sistema de saúde no qual a contratualização está inserida, e extrapolar os achados de outros países dissociaria o fenômeno de seu contexto. Sendo assim, torna-se inapropriado discutir sobre a contrarreforma e associá-la com o desempenho das OS no SUS, uma vez que nesta revisão não se encontraram estudos suficientes sobre a realidade brasileira que proporcionassem subsídios para um debate mais aprofundado. Contudo, uma afirmação é possível de ser feita: que o cumprimento de metas na saúde, como expressão material associada à contrarreforma do Estado, no bojo da dissolução do Estado Social Capitalista², é um fenômeno de alcance mundial, conforme visto na diversidade de países incluídos que usam essas formas de contratação.

Com todos os elementos apresentados, comprova-se que não existem evidências científicas suficientes que confirmem que a contratualização aumenta a qualidade dos serviços de saúde. Especialmente pelo fato de que as qualidades metodológicas da maioria dos estudos revisados encontram-se em nível 4 (evidências de estudos descritivos – não experimentais – ou com abordagem qualitativa)⁴⁵. Sendo o objeto de estudo desta revisão a descoberta se o cumprimento das metas dos contratos de gestão estabelece alguma relação com a atenção à saúde, é importante conceituá-la. Segundo o dicionário da educação profissional em saúde⁴⁶, atenção à saúde pode ser definida como:

Atenção à saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde consoante os princípios e as diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS)⁴⁶⁽³⁹⁾.

Ora, por ser a atenção à saúde algo amplo, que engloba, além dos campos da assistência, onde estão contidos os serviços de saúde, o campo das intervenções ambientais e das políticas externas ao setor saúde, fica evidente a dificuldade em relacionar mudanças de qualidade na atenção à saúde com as metas dos contratos de gestão. Ademais, vê-se que os estudos se limitam a estudar os modelos de contratualização de forma restrita aos serviços de saúde e que, ainda assim, nem demonstram relação com qualidade da assistência direta propriamente dita.

Dada a escassez de estudos realizados no Brasil que abordam os contratos de gestão de forma ampla, questiona-se se tal fato possa ser explicado pelo empenho de grandes grupos em limitar essas pautas e dificultar o acesso à informação. Com o desempenho das OS resumidos à gradação de resultados de produtividade e deixando de funcionar como ferramenta gerencial para qualificar o serviço, conforme apontado por Carnut e Narvai⁶, apreende-se, também, que os contratos de gestão perdem seu sentido de controle. Nos últimos anos, tornaram-se públicas denúncias de irregularidades nos contratos celebrados com diferentes Organizações Sociais da Saúde por todo o País^{47,48}. No estado de São Paulo, por exemplo, em 2018, foi instaurada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que identificou supostos atos de improbidade administrativa e evidenciou a falta de controle do Estado sobre as OS, principalmente sobre os subcontratos firmados por essas instituições e outros prestadores de serviços^{48,49}.

O grande volume de recursos financeiros empregado nessas parcerias com OS dão a dimensão da importância de fiscalizar e de,

no mínimo, rever como os contratos de gestão se estabelecem. No período entre 2013 e 2018, as OS do estado de São Paulo receberam mais de R\$50 bilhões⁴⁷, e, no Rio de Janeiro, entre 2019 e 2020, R\$1,8 bilhão (56% das despesas da Secretaria Estadual de Saúde) foi repassado às OS citadas em denúncia realizada pelo Ministério Público Federal⁴⁸. Um dos fatores, levantados pela CPI em São Paulo, que dificulta a auditoria sobre esses recursos é que os gastos com as OS são diluídos no orçamento da Secretaria de Saúde⁵⁰.

Limitações desta revisão

Através do método de revisão sistemática integrativa, este artigo procurou sintetizar o conhecimento existente sobre o objeto de pesquisa e realizar inferências e interrelação dos resultados de forma crítica. Devido à limitação do método em focar no objeto pesquisado, muitos estudos foram identificados na busca inicial, e apenas poucos estudos foram elegíveis, além da maioria dos artigos incluídos apenas tangenciar ou responder parcialmente ao questionamento aqui proposto.

Outra limitação é relacionada à falta de estudos encontrados sobre o objeto de pesquisa no contexto brasileiro, sendo o interesse inicial da pesquisa abordar a contratualização no SUS.

Implicações para políticas públicas

O artigo confirmou não ser possível relacionar o cumprimento de metas com qualidade de atenção/assistência à saúde, sendo improcedente, segundo os dados desta revisão, admitir que os modelos de PPP, semelhantes às Organizações Sociais em Saúde no Brasil, e o estabelecimento de metas contratuais traz benefícios e gera aumento na qualidade dos serviços de saúde. Sendo assim, gestores públicos podem rever o processo de terceirização e a transferência da execução de atividades no campo saúde, que poderiam voltar a ser desenvolvidas exclusivamente pelo Estado,

ou, ao menos, seria indicado que os gestores revissem a forma como os contratos de gestão são estabelecidos, a natureza de suas metas e como estas são pactuadas, executadas e, ainda, monitoradas. Os gestores públicos poderiam fomentar e incentivar a realização de mais pesquisas que avaliem a qualidade de forma ampla, fundamentada teoricamente, considerando a saúde num contexto amplo e não se limitando à assistência apenas.

Outra possibilidade seria estabelecer metas de acordo com o perfil epidemiológico da região compreendida no contrato de gestão e em consonância com melhoria dos indicadores de saúde.

Avanços desta revisão e agenda de pesquisa

Identificou-se que os estudos não avaliam a qualidade levando em consideração um referencial teórico e se limitam a avaliá-la apenas no que diz respeito à assistência à saúde, ainda que as metas estipuladas não se relacionassem com os indicadores escolhidos para análise, e não de forma mais ampla, englobando a atenção à saúde.

O conhecimento sobre essa temática pode avançar com pesquisas que avaliem a qualidade dentro do fenômeno da contratualização no SUS.

Conclusões

Apesar da existência de estudos que abordem a transferência da administração de serviços de saúde para a iniciativa privada e de relatos de experiência que citam os contratos de gestão, a literatura científica mostra que pouco se discute sobre a qualidade. A falta da utilização de um referencial teórico nos artigos, no caso desta pesquisa, sendo citado o proposto por Donabedian, mostra a dificuldade da avaliação ampliada da qualidade e a limita a atingir indicadores preestabelecidos, além de distorcer o significado de ‘resultados’ em saúde.

Dos 22 estudos incluídos nesta revisão sistemática integrativa, apenas 4 respondem

diretamente ao questionamento realizado, e fica evidenciado que nesses estudos as metas propostas nos contratos não se relacionam com os indicadores que avaliam a qualidade, além de não existirem metas qualitativas nas contratualizações estudadas. Diante dos estudos revisados nas bases de dados trabalhadas, não é possível estabelecer relação entre metas dos contratos de gestão e qualidade da atenção à saúde, visto que os estudos se restringem à assistência à saúde.

Outro achado é a insuficiência de estudos realizados no Brasil, mostrando a necessidade

de se estudar esse tema no SUS e ampliar a avaliação de qualidade no contexto da atenção à saúde.

Colaboradores

Melo MV (0000-0001-8017-4403)*, Carnut L (0000-0001-6415-6977)* e Mendes Á (0000-0002-5632-4333)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito quanto a concepção, planejamento, análise e interpretação, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final. ■

Referências

1. Ibanez N, Vecina Neto G. Modelos de gestão e o SUS. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007; 12(supl):1831-1840.
2. Boschetti I. *Assistência social e trabalho no capitalismo.* São Paulo: Cortez; 2016.
3. Hobsbawn E. *Era dos extremos.* São Paulo: Companhia das Letras; 1995.
4. Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(5):2483-2495.
5. Garrido-Pinzon J, Bernardo MH. Vivências de trabalhadores da saúde em face da lógica neoliberal: um estudo da atenção básica na Colômbia e no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(9):e00050716.
6. Carnut L, Narvai PC. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. *Saúde Soc.* 2016; 25(2):290-305.
7. Mendes A, Carnut L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde soc.* 2018; 27(4):1105-1119.
8. Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *Mundo Saúde.* 2011; 35(3):319-331.
9. Adami NP. Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. *Acta Paul Enf.* 2000; (13):190-196.
10. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad. Saúde Pública.* 1994;10(1):80-91.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2014; 48(2):335-45.
12. Souza PC, Scatena JHG. Avaliação da qualidade da assistência hospitalar do mix público-privado do sistema único de saúde no estado de Mato grosso: um estudo multicaso. *Rev. adm. Saúde.* 2013; 15(59):79-88.21.
13. Haldiman KL, Tzeng HM. A comparison of quality measures between for-profit and nonprofit medicare-certified home health agencies in Michigan. *Home Health Care Serv Q.* 2010; 29(2):75-90.
14. O'Brien S, Edge N, Clark S. A strategy to reposition the South Australian health system for quality and value. *Aust. J. Primary Health,* 2015. (22):26-33.
15. Ashton T, Cumming J, McLean J. Contracting for health services in a public health system: the New Zealand experience. *Health Policy.* 2004; 69(1):21-31.
16. Top M, Sungur C. Opinions and evaluations of stakeholders in the implementation of the public-private partnership (PPP) model in integrated health campuses (city hospitals) in Turkey. *Int J Health Plann Manage.* 2019; 34(1):e241-e263.
17. Almeida AS. The role of private non-profit health-care organizations in NHS systems: Implications for the Portuguese hospital devolution program. *Health Policy.* 2017; 121(6):699-707.
18. Heard A, Awasthi MK, Ali J, et al. Predicting performance in contracting of basic health care to NGOs: experience from large-scale contracting in Uttar Pradesh, India. *Health Policy Plan.* 2011; 26(supl1):i13-9.
19. Sekhri N, Feachem R, Ni A. Public-private integrated partnerships demonstrate the potential to improve health care access, quality, and efficiency. *Health Aff (Millwood).* 2011; 30(8):1498-507.
20. Field E, Abo D, Samiak L, et al. A Partnership Model for Improving Service Delivery in Remote Papua New Guinea: A Mixed Methods Evaluation. *Inter. J. Health Policy Manag.* 2018; 7(10):923-933.
21. Gardner K, Davies GP, Edwards K, et al. A rapid review of the impact of commissioning on service use, quality, outcomes and value for money: implications for Australian policy. *Aust. J. Primary Health.* 2016; (22):40-49.
22. Barbosa AP, Malik AM. Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. *Rev. Adm. Pública.* 2015; 49(5):1143-1165.
23. Lee T, McKee D. An Empirical Evaluation of Devolving Administrative Control to Costa Rican Hospital and Clinic Directors. *Inter. J. Health Serv.* 2015; 45(2):378-397.
24. Gridley K, Spiers G, Aspinall F, et al. Can General Practitioner Commissioning Deliver Equity and Excellence? Evidence from Two Studies of Service Improvement in the English NHS. *Journal of Health Services Res. Policy.* 2012; 17(2):87-93.
25. Ameli O, Newbrander W. Contracting for health services: effects of utilization and quality on the costs of the Basic Package of Health Services in Afghanistan. *Bull World Health Organ.* 2008; 86(12):920-8.
26. Charlesworth J. Negotiating and managing partnership in primary care. *Health Soc Care Community.* 2001; 9(5):279-85.
27. Feldman S. Behavioral health services: carved out and managed. *Am J Manag Care.* 1998; 4(supl):59-67.
28. Halverson PK, Kaluzny AD, Mays GP, et al. Privatizing health services: alternative models and emerging issues for public health and quality management. *Qual Manag Health Care.* 1997; 5(2):1-18.
29. McPake B, Hongoro C. Contracting out of clinical services in Zimbabwe. *Soc Sci Med.* 1995; 41(1):13-24.

30. Heard A, Nath DK, Loevinsohn B. Contracting urban primary healthcare services in Bangladesh – effect on use, efficiency, equity and quality of care. *Trop Med Int Health*. 2013; (18):861-870.
31. Jacobs B, Thomé JM, Overtoom R, et al. From public to private and back again: sustaining a high service-delivery level during transition of management authority: a Cambodia case study. *Health Policy Plan*. 2010; 25(3):197-208.
32. Soeters R, Griffiths F. Improving government health services through contract management: a case from Cambodia. *Health Policy Plan*. 2003; 18(1):74-83.
33. Abramson WB. Monitoring and evaluation of contracts for health service delivery in Costa Rica. *Health Policy Plan*. 2001; 16(4):404-11.
34. Senger I, Paço-Cunha E, Senger CM. O estudo de caso como estratégia metodológica de pesquisas científicas em administração: um roteiro para o estudo metodológico. *Rev Adm*. 2004; 3(4).
35. Campos CJG, Siqueira C. Investigação qualitativa: perspectiva geral e importância para as ciências da nutrição. *Acta Port. Nutri*. 2018; (14):30-34.
36. Leal EJM. Produção acadêmico-científica [recurso eletrônico]: a pesquisa e o em-saio. *Cadernos de ensino. Formação continuada. Ensino Superior. Ano 7, n. 9. Itajaí*, 2011.
37. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev. bras. fisioter*. 2007; 11(1):83-89.
38. Hochman B, Nahas FX, Oliveira Filho RS, et al. Desenhos de pesquisa. *Acta Cir. Bras*. 2005; 20(supl2):2-9.
39. NICE - National Institute for Health and Care Excellence. [acesso em 2020 dez 19]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators/how-to-use-quality-standards#measure>.
40. Ballarotti B, Corneau FG, Junqueira V, et al. Reflexões de médicos sobre o trabalho na Estratégia de Saúde da Família sob a gestão das Organizações Sociais. *Interface (Botucatu)*. 2019; (23):e180082.
41. Kliksberg B. A modernização do Estado para o desenvolvimento social: algumas questões-chave. *Rev Adm. Púb*. 1996; 30(1):78-90.
42. Carnut L, Mendes Á. Capital-Estado na crise contemporânea: o gerencialismo na saúde pública. *Argum*. 2018; 10(2):108-121.
43. Carnut L, Masseran JAM. Entre a filosofia jurídica e a saúde coletiva: o conceito de desempenho no Decreto nº 7.508/2011 vis-à-vis a integralidade da assistência à luz do pós-positivismo. *R. Dir. sanit*. 2017; 18(1):37-56.
44. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2006. p. 117-130.
45. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(1Pt1):102-6.
46. Pereira IB, França Lima JC. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rev. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.
47. São Paulo. CPI OSS – Relatório Final. Suplemento Diário Oficial do Estado de São Paulo. 2018 [acesso em 2021 fev 6]; 128(175). Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/arquivoWeb/com/com5772.pdf>.
48. Galdo R. Fraudes na saúde: levantamento aponta que OSs citadas em documentos do MPF receberam quase R\$2 bi do estado. *Extra*. 2020 set 6. [acesso em 2021 fev 6]. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/saude-e-ciencia/fraudes-na-saude-levantamento-aponta-que-oss-citadas-em-documentos-do-mpf-receberam-quase-2-bi-do-estado-rv1-1-24626384.html>.

49. Macedo F. Entidades não se sentem obrigadas a prestar contas, diz presidente da CPI das OSS. Estadão. 2019 jun 4. [acesso em 2021 fev 6]. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/entidades-nao-se-sentem-obrigadas-a-prestar-contas-diz-presidente-da-cpi-das-oss/>.
50. Machado L. CPI das OSS aprova relatório após retirar denúncias contra governador de SP e secretário adjunto. G1. 2018 set 12. [acesso em 2021 fev 6].

Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2018/09/12/cpi-das-oss-aprova-relatorio-apos-retirar-denuncias-contragovernador-de-sp-e-secretario.shtml>.

Recebido em 26/02/2021
Aprovado em 05/10/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Programa Mais Médicos, uma tentativa de solucionar o problema da distribuição médica no território brasileiro

More Doctors Program, an attempt to solve the problem of medical distribution in the Brazilian territory

Leonardo Maso Nassar¹, João Luiz Passador¹, Gerson Alves Pereira Júnior²

DOI: 10.1590/0103-1104202113116

RESUMO O objetivo do estudo foi realizar uma revisão integrativa da literatura utilizando a mnemônica População, Conceito e Contexto do Joanna Briggs Institute para mapear os trabalhos que abordaram a distribuição médica no Brasil, com intuito de analisar criticamente o Programa Mais Médicos (PMM), resultando em 453 trabalhos, com 10 artigos selecionados. Os resultados indicam fatores pecuniários e não pecuniários como motivos para a má distribuição brasileira de médicos. Como solução, foi criado o PMM, que provocou grande expansão do número de cursos de medicina – um aumento estimado de 71% no número de médicos até 2030. Embora haja dificuldades na capacitação técnica e pedagógica docente e de preceptores para supervisionarem essa quantidade abrupta de graduandos, há uma oportunidade para transformar a má qualidade atual do acesso e da assistência prestada à população no Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, a falta de um monitoramento contínuo da avaliação da qualidade dos formandos e a falta de investimentos na infraestrutura e na regulação da assistência, bem como da melhor distribuição e qualificação dos programas de residência médica, poderão tornar essa situação, aparentemente vantajosa, uma grande catástrofe (pessoal e profissional), com um mercado de trabalho que pode ter uma enorme oferta de mão de obra pouco qualificada.

PALAVRAS-CHAVE Distribuição de médicos. Consórcios de saúde. Médicos.

ABSTRACT *The objective of the study was to carry out an integrative literature review using the mnemonic Population, Concept and Context of the Joanna Briggs Institute, to map the works that addressed the medical distribution in Brazil, in order to critically analyze the More Doctors Program (PMM), resulting in 453 papers with 10 selected articles. The results indicate pecuniary and non-pecuniary factors as reasons for the poor distribution of Brazilian doctors. As a solution, the PMM was created, which caused a great expansion in the number of medical courses, an estimated increase of 71% in the number of doctors until 2030. Although with the difficulties of technical and pedagogical training of teachers and preceptors to supervise this amount abruptness of undergraduate students, there is an opportunity to transform the current poor quality of access and assistance provided to the population in the Unified Health System (SUS). However, the lack of continuous monitoring of the trainees' quality assessment, lack of investments in infrastructure and regulation of assistance, as well as the better distribution and qualification of medical residency programs, could make this situation apparently advantageous in a major catastrophe (personal and professional) with a labor market that may have a huge supply of low-skilled labor.*

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto (FEA-RP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil.
leo.mnassar@gmail.com

²Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB) – Bauru (SP), Brasil.

KEYWORDS *Medical distribution. Health Consortia. Doctors.*



Introdução

A distribuição equitativa de médicos é um problema social e político que afeta quase todos os países atualmente¹. Apesar de um número ideal de médicos por habitante nunca ter sido estipulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que a proporção ideal estaria em uma razão de 2 a 2,5 médicos por 1.000 habitantes². No Brasil, apesar do acesso universal à saúde estar garantido pela Constituição de 1988 e da razão de médicos para cada 1.000 habitantes estar em 2,18, o grande território nacional, parcialmente coberto por florestas densas, é um desafio para a distribuição equitativa de médicos³.

Pela análise individual da proporção de médicos em cada Unidade Federativa (UF), é notória a distribuição irregular⁴. Ao longo dos anos, iniciativas como o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus), o Telessaúde, o Projeto Rondon e outras foram realizadas a fim de resolver o problema que ainda persiste, sendo o Programa Mais Médicos (PMM) uma delas⁵.

Embora várias ações tenham sido desenvolvidas, as instituições de ensino possuem as contribuições mais estudadas pela literatura, com alguns países avançando na interiorização da graduação de medicina com a abertura de cursos em localidades rurais ou remotas⁶. Expandir a oferta de cursos de medicina pelo território nacional é uma prática antiga no Brasil: o Decreto nº 53.642, de 28 de Fevereiro de 1964⁷, utiliza como justificativa a má distribuição de médicos no território nacional para dobrar a quantidade de vagas nas faculdades de medicina brasileiras e utiliza como exemplo a distribuição no estado do Maranhão, sendo essa a mesma justificativa para expandir a oferta de cursos de medicina presente na Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013, que institui o PMM⁸.

É notável que, entre 1964 e 2013, os problemas sejam praticamente os mesmos, e a solução encontrada seja semelhante às práticas antigas que fracassaram. Entretanto, soluções precisam ser encontradas, porque a distribuição equitativa da

força de trabalho em saúde, principalmente dos médicos, é fundamental para o País alcançar seus objetivos de desenvolvimento sustentável em saúde e igualdade social⁹. Atualmente, o debate da solução da distribuição passa pela necessidade do aumento do número de médicos no Brasil, envolvendo interesses particulares, ideológicos, partidários ou corporativos⁵.

Pela análise dos expostos anteriores, é possível perceber a complexidade do problema. Portanto, para investigar com mais profundidade o assunto e analisar PMM com maior embasamento, surge a pergunta norteadora da pesquisa: ‘qual é a literatura produzida sobre a distribuição médica no território brasileiro?’. Para solucionar a pergunta da pesquisa, foi realizada uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de mapear a literatura disponível, a fim de fornecer um diagnóstico sobre a abordagem científica relacionada ao tema.

Material e métodos

A metodologia proposta para o estudo é uma revisão integrativa desenvolvida nos moldes das diretrizes do Joanna Briggs Institute (JBI)¹⁰. O JBI é uma organização internacional sem fins lucrativos que compõe a School of Translational Science of Faculty of Health Science, University of Adelaide, na Austrália. No estudo em questão, foi aplicada a mnemônica População, Conceito e Contexto (PCC). Entre os contextos, População refere-se à população ou a um problema que pode ser um indivíduo ou um grupo em uma condição específica; Conceito podem ser todos os elementos detalhados e relevantes a serem considerados; Contexto é determinado segundo o objetivo e a pergunta da revisão, sendo definido pelos fatores culturais. Para a pergunta norteadora do presente estudo, foram definidas:

- População: médicos;
- Conceito: distribuição médica;
- Contexto: Brasil.

Quanto à estratégia de busca, foram consultadas seis bases de dados: Scientific

Eletronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), PubMed, Cochrane, Scopus e Web of Science. Para adequação das buscas, foram utilizados os descritores controlados e todos os seus respectivos descritores não controlados do Medical Subject Heading (MeSH) e do

Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Também foram considerados os termos booleanos junto aos descritores: AND, OR e NOT. Os descritores controlados utilizados pela busca e que serviram de referência para a seleção dos descritores não controlados, assim como as palavras-chave para cada item da mnemônica, estão descritos no *quadro 1*.

Quadro 1. Descritores e palavras-chave

Estratégia PCC	Descritores controlados	Descritores não-controlados	Palavras-Chave
População (P)	Médicos OR "Cuidados Médicos" Physicians OR "Medical Care"	Médicos OR "Atendimento Médico" Physician	
Conceito (C)	"Distribuição de Médicos" OR Demografia "Physicians Distribution" OR Demography	"Análise Demográfica" OR "Análise Transversal" OR "Método de Brass" OR "Demógrafos" OR "Distribuição da População" OR "Distribuição Populacional" OR "Inquéritos Demográficos" OR "Estudo Nacional da Despesa Familiar" OR "Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF)" OR "ENDEF" OR "Inquéritos Populacionais" OR "Levantamento Demográfico" OR "Levantamentos Demográficos" OR "Pesquisa Demográfica" OR "Pesquisas Demográficas" Demographics OR "Reverse Survival Method" OR "Method, Reverse Survival" OR "Methods, Reverse Survival" OR "Reverse Survival Methods" OR "Population Spatial Distribution" OR "Distribution, Population Spatial" OR "Distributions, Population Spatial" OR "Population Spatial Distributions" OR "Spatial Distribution, Population" OR "Spatial Distributions, Population" OR "Brass Technique" OR "Technique, Brass" OR "Brass Technic" OR "Technic, Brass" OR "Demographers" OR "Demographer" OR "Demographic Accounting" OR "Accounting, Demographic" OR "Demographic Analysis" OR "Analysis, Demographic" OR "Demographic Analyses" OR "Analyses, Demographic" OR "Demographic and Health Surveys" OR "Factors, Demographic" OR "Demographic Factors" OR "Factor, Demographic" OR "Demographic Factor" OR "Family Reconstitution" OR "Family Reconstitutions" OR "Reconstitution, Family" OR "Reconstitutions, Family" OR "Historical Demography" OR "Demographies, Historical" OR "Historical Demographies" OR "Demography, Historical" OR "Impacts, Demographic" OR "Demographic Impacts" OR "Impact, Demographic" OR "Demographic Impact" OR "Multiregional Analysis" OR "Analysis, Multiregional" OR "Multiregional Analyses" OR "Analyses, Multiregional" OR "Period Analysis" OR "Analyses, Period" OR "Period Analyses" OR "Analysis, Period" OR "Population Distribution" OR "Distribution, Population" OR "Distributions, Population" OR "Population Distributions" OR "Prehistoric Demography" OR "Demographies, Prehistoric" OR "Prehistoric Demographies" OR "Demography, Prehistoric" OR "Stable Population Method" OR "Method, Stable Population" OR "Methods, Stable Population" OR "Population Methods, Stable" OR "Stable Population Methods" OR "Surveys, Demographic" OR "Demographic Surveys" OR "Survey, Demographic" OR Demographic Survey"	"Demografia médica"
Contexto (C)	Brasil Brazil		Brasileiro OR Brasileiros Brazilian OR Brazilians

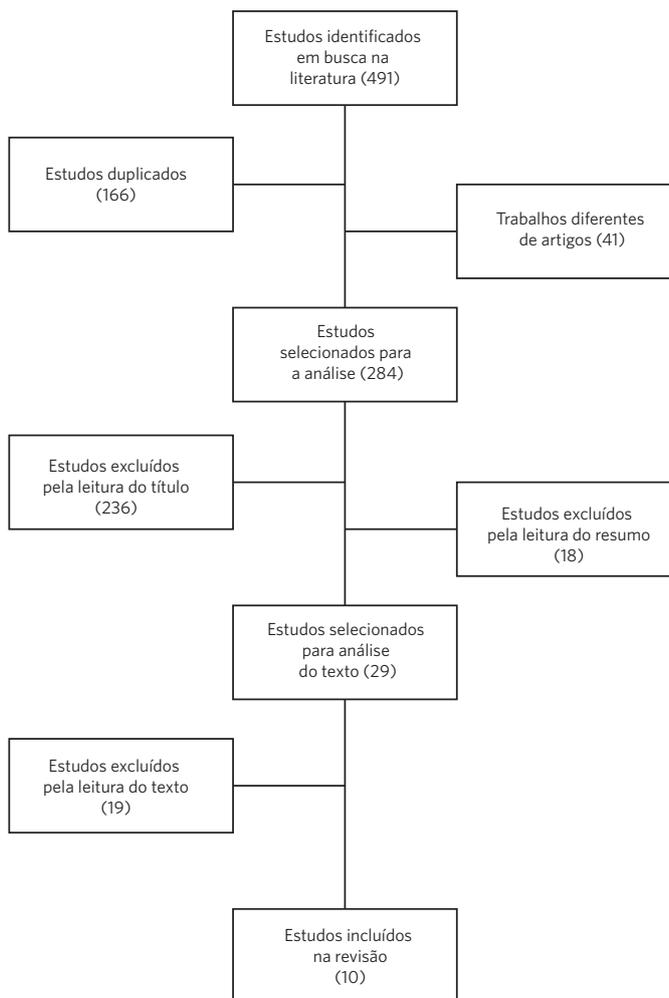
Fonte: Elaboração própria.

O levantamento bibliográfico foi realizado por pares de pesquisadores durante o mês de setembro de 2020 com os critérios de elegibilidade: artigos completos disponíveis; artigos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol; artigos completos que respondessem à pergunta norteadora do estudo; artigos completos que trataram o território em âmbito federal. Para auxiliar a leitura exhaustiva dos títulos, resumos e conteúdos, foi utilizado o

software Start. Com relação ao recorte temporal, optou-se por utilizar todo o período disponível nas bases para obtenção de uma quantidade maior de trabalhos.

A busca inicial resultou em um total de 491 trabalhos. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, a amostra final foi composta de 10 estudos. O processo de seleção dos estudos e o resultado final da revisão encontram-se descritos na *figura 1*.

Figura 1. Resultado final da revisão



Fonte: Elaboração própria.

Resultados

O processo de busca finalizou com a seleção de 10 artigos científicos relacionados à

distribuição médica no território brasileiro. No quadro 2, é possível identificar os autores, os títulos, os objetivos e os anos de publicação dos trabalhos.

Quadro 2. Resumo dos artigos

Autor	Título	Objetivo	Ano
Povoa e Andrade ¹¹	Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional.	Modelar a decisão locacional dos médicos com base nos dados da PNAD e analisar o papel de alguns fatores destacados na literatura como sendo importantes para a compreensão de sua escolha locacional e, conseqüentemente, da sua distribuição geográfica no Brasil.	2006
Martins Sant'anna, Rocha e Vieira ¹²	Programa Mais Médicos: Uma Revisão Integrativa.	Descrever o conhecimento produzido na literatura acerca da criação do Programa Mais Médicos e sua repercussão no Brasil.	2017
Stralen, Massote, Carvalho e Girardi ¹³	Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez.	Identificar os fatores que contribuem para atrair e reter médicos em áreas remotas e desassistidas do País.	2017
Martinez ¹⁴	A abordagem equitativa de gênero como uma estratégia de gestão para fixação de médicos em áreas vulneráveis.	Debater sobre estratégias de gestão em saúde capazes de atrair e reter profissionais médicos para áreas mais vulneráveis do País.	2017
Weber ¹⁵	Dialectics of a medical provision policy in priority areas in Brazil.	Problematizar o Programa Mais Médicos, com o propósito de contribuir para o debate sobre as políticas de provimento médico no Brasil.	2017
Oliveira, Gabriel, Dal Poz e Dussault ⁵	Challenges for ensuring availability and accessibility to health care services under Brazil's Unified Health System (SUS).	Compreender os desafios dos formuladores de políticas e gestores do SUS para garantir a disponibilidade e a acessibilidade geográfica aos prestadores de serviços de saúde.	2017
Ezequiel et al. ¹⁶	Geographical distribution of medical graduates from a public university.	Avaliar a distribuição geográfica e a trajetória de carreira dos graduados em medicina e os fatores associados à escolha do local da prática.	2017
Silva et al. ¹⁷	Cost of providing doctors in remote and vulnerable areas: Programa Mais Médicos in Brazil.	Avaliar o Programa Mais Médicos (PMM) no Brasil estimando o aumento proporcional do número de médicos nos municípios participantes e os custos do programa, estratificado pelo componente de custo e fonte de financiamento.	2018
Figueiredo, Mckinley, Lima e Azevedo ¹⁸	Medical school expansion policies: educational access and physician distribution.	Analisar o impacto das políticas de expansão das escolas médicas sobre as desigualdades regionais na distribuição do tamanho das turmas de graduação e a capacidade de atrair e reter médicos e de expandir as unidades de saúde.	2019
Pinto Júnior, Amorim e Aquino ¹⁹	Programa Mais Médicos: contexto de implantação e efeito no provimento de médicos na atenção primária à saúde no Brasil, 2008 a 2016.	Caracterizar os municípios brasileiros que compunham os perfis prioritários para implantação do Programa Mais Médicos (PMM) e avaliar o efeito do programa no provimento emergencial de médicos na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, segundo contexto de implantação.	2020

Fonte: Elaboração própria.

O estudo de Pova e Andrade utilizou dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) para determinar a decisão locacional dos médicos e analisar fatores importantes para sua distribuição no território¹¹. De acordo com os autores, a literatura aponta que as oportunidades de trabalho para o cônjuge e o local onde o médico recebeu seu treinamento exercem forte influência na escolha locacional¹¹. Os autores destacam evidências internacionais, apontando que os médicos tendem a permanecer no local onde a residência médica foi realizada, reforçando a importância da distribuição geográfica dos cursos de medicina e dos programas de residência para a distribuição equitativa de profissionais¹¹.

Os resultados do artigo apontam que as vagas nos programas de residência são fundamentais para atrair médicos para uma determinada região, sendo que a probabilidade de um médico ser não natural é maior em estados onde as vagas de residência são mais abundantes¹¹. Portanto, os autores indicam que a concentração de programas de residência nas regiões Sul e Sudeste são um dos fatores que promovem a distribuição desigual de médicos pelo território nacional¹¹. Ademais, segundo os resultados, médicos mais jovens são mais propensos a mudar de localidade, e a probabilidade de um médico ser não natural é mais elevada em estados com maiores PIB per capita, indicando atração exercida pelo fator econômico¹¹.

O artigo desenvolvido por Martins et al. buscou realizar uma revisão integrativa da literatura sobre o PMM e sua repercussão no Brasil¹². Segundo os autores, a concentração dos médicos brasileiros em grandes centros urbanos e em regiões mais desenvolvidas é histórica, acarretando problemas para fixar e prover tais profissionais em outras regiões do País¹². Os habitantes das capitais possuem, em média, duas vezes mais médicos do que os de outras localidades do mesmo estado, com vários fatores influenciando a disparidade: indicadores sociais; condições de trabalho; precarização do vínculo trabalhista; contratos

de trabalho temporários; disponibilidade de vagas nas faculdades; e custos elevados dos cursos privados¹².

Até o surgimento do PMM, várias iniciativas propostas pelo governo foram desenvolvidas para enfrentar a má distribuição médica: implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), Projeto Rondon, Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), o Písis, o Programa Saúde da Família (PSF), o Programa de Interiorização do Trabalho (Pits), o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies) e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), com outros movimentos emergindo em consequência dos problemas ocasionados pela falta de médicos como o 'Cadê o Médico', desenvolvido pela Frente Nacional de Prefeitos, em 2013, com o objetivo de reivindicar a presença desses profissionais nos locais não atendidos¹². Os autores destacam que o programa foi criado com o objetivo de ampliar o acesso e atenuar as desigualdades em saúde com a distribuição de médicos em municípios prioritários, entretanto, embora a maioria dos achados da revisão tenha sido favorável à criação da iniciativa, ela não resolve o problema da distribuição se tratar de uma questão gerada pela má administração de recursos, da qual os médicos também são vítimas¹². Portanto, o programa criou polêmicas e conflitos ideológicos entre as classes médicas, motivando a construção de percepções baseadas em interesses diversos¹².

O trabalho de Stralen et al.¹³ buscou identificar os fatores que contribuem para fixação e retenção de médicos em áreas remotas. A má distribuição de médicos é reflexo das desigualdades endêmicas brasileiras, pois tais profissionais preferem regiões economicamente mais desenvolvidas por oferecerem maiores oportunidades profissionais, educacionais e de lazer¹³. Ademais, gestores municipais fazem uso de políticas de incentivos para atrair médicos, como aumento de salários e flexibilização da jornada de trabalho¹³. Entretanto, apesar do salário ter sido

um atributo mencionado por quase todos os entrevistados, a combinação de incentivos financeiros e não financeiros é importante para atração e fixação de profissionais¹³.

O estudo de Martinez abordou a equidade de gênero como uma estratégia de gestão para fixação de médicos em áreas vulneráveis¹⁴. Segundo a autora, a utilização de mulheres nas áreas vulneráveis é uma abordagem viável porque as mulheres são mais leais às organizações e costumam favorecer a retenção masculina, impactando na qualidade da assistência e nos indicadores de saúde¹⁴. A autora pontua duas abordagens estratégicas para fixação: governamental e organização¹⁴.

Como abordagens governamentais, Martinez indica: contratos laborais em tempo parcial para equilibrar as atividades profissionais com as demandas familiares; programas municipais que favorecem o emprego do cônjuge; disponibilidade em creches ou escolas públicas de qualidade; políticas municipais de desenvolvimento de cultura, esporte e lazer¹⁴. Como abordagens organizacionais, Martinez cita: manutenção de clima organizacional favorável; desenvolvimento de políticas internas que valorizem a família com flexibilidade de horários; desenvolvimento de programas de saúde com foco no sexo feminino; e programas voltados para mapeamento e desenvolvimento de talentos¹⁴.

O trabalho de Weber¹⁵ problematiza o PMM para discutir as políticas de provimento médico no Brasil. Para os autores, a garantia constitucional do acesso universal à saúde encontra barreiras por conta da dimensão territorial brasileira e de um sistema de transporte limitado, com precariedade das malhas de mobilidade, destacando o caráter periférico de várias regiões¹⁵. Tal falta de infraestrutura básica local e regional dificulta a diversidade econômica e cultural, sendo menos convidativa para médicos viverem nesses lugares¹⁵.

A fim de combater o problema da distribuição de médicos, o governo criou o PMM em 2013, causando grande reação nas entidades médicas por conta a figura do intercambista (médico formado em instituição estrangeira),

sem a necessidade de revalidação do diploma, pois, sem a devida comprovação pelas universidades brasileiras do conhecimento mínimo exigido no Brasil para a prática médica, a saúde da população assistida por tais profissionais poderia ser posta em risco¹⁵. Ademais, a proficiência na língua portuguesa é necessária para uma comunicação adequada entre médico e paciente que assegure o pleno entendimento entre os interlocutores¹⁵. Para concluir, o autor menciona que, para melhorar a saúde no País, o SUS precisa de outros requisitos além da figura do médico, o qual se torna inútil se não houver condições seguras e éticas para se chegar a um diagnóstico, para estabelecer o plano terapêutico e monitorar a reabilitação do paciente¹⁵.

O artigo de Oliveira et al.⁵ buscou compreender os desafios dos formuladores de políticas públicas e gestores do SUS para garantir a disponibilidade e a acessibilidade geográfica aos prestadores de serviços de saúde. Segundo os autores, o desequilíbrio é causado por vários fatores, que podem ser divididos em: individual; organizacional; e relacionados aos sistemas (saúde, educação, institucional) e às características dos municípios, incluindo o ambiente econômico, sociocultural, histórico e político⁵. Nos estudos encontrados pelos autores, as principais causas de distribuição inadequada foram: características dos municípios, incluindo o Produto Interno Bruto (PIB), o Índice de Desenvolvimento Humano, os níveis de vulnerabilidade social, as condições de violência e as oportunidades de trabalho; características individuais, por exemplo, idade, oportunidades de trabalho para cônjuges, origem em ambientes urbanos e renda familiar, características do sistema de ensino, existência de curso médico, residência médica e possibilidades de educação continuada; e, finalmente, características organizacionais, incluindo remuneração, condições de trabalho, plano de carreira e reconhecimento profissional⁵.

Em 2003, o Ministério da Saúde criou o Departamento de Gestão de Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), responsável por formular políticas de gestão do trabalho em

saúde, além da capacitação e qualificação de recursos humanos em saúde, regulamentação profissional e descentralização da gestão do trabalho e da educação nos estados do Brasil⁵. No entanto, vê-se que falta algo na formulação de uma política clara e de longo prazo para governar os recursos humanos em saúde no Brasil, embora várias estratégias específicas e limitadas tenham sido identificadas para enfrentar esses desafios⁵. As análises dos autores mostram que não foram encontradas iniciativas de políticas nas áreas de regulação do setor privado, mostrando que há necessidade de iniciativas e políticas que considerem todas as facetas do mercado de trabalho em saúde no Brasil, como, por exemplo, a coexistência entre o setor público e o privado⁵.

O estudo de Ezequiel et al.¹⁶ avaliou a distribuição geográfica e a trajetória de carreira de 563 egressos do curso de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, que responderam ao questionário aplicado. A análise das respostas revelou que as razões para a escolha de trabalhar em cidades menores incluíam se havia residência de membros da família, percepção de que a localização tinha oportunidades educacionais, trabalho em unidade de atenção primária à saúde e recebimento de convites durante a graduação¹⁶. Para aqueles que escolheram cidades maiores, os motivos eram que o local apresentava condições favoráveis de recreação e entretenimento, se receberam convite durante o treinamento de residência e no último ano de treinamento médico¹⁶.

O trabalho de Silva et al.¹⁷ estimou o aumento proporcional do número de médicos nos municípios participantes do PMM e dos custos do programa. O programa promoveu um adicional de 14.462 médicos para áreas remotas e vulneráveis em 3.785 municípios e 34 distritos sanitários especiais indígenas a um custo anual estimado em US\$ 1,1 bilhão, que cobriu provisões médicas, educação continuada e supervisão/mentoria¹⁷. Os autores consideram moderados os custos do programa em relação aos benefícios em potencial à saúde da população¹⁷.

O estudo de Figueiredo et al.¹⁸ utilizou uma estimativa para averiguar como a expansão do ensino de medicina pode contribuir para reduzir os problemas da má distribuição médica no Brasil. Os resultados do estudo sugerem que municípios com novas escolas médicas apresentaram aumento na proporção de médicos por mil habitantes e na relação de estabelecimentos de saúde por habitante, demonstrando potencial para atrair e reter médicos, bem como fortalecer a infraestrutura de saúde. Os municípios mais distantes das capitais apresentaram maior aumento na razão médico por habitante¹⁸.

Os autores argumentam que países com escassez de força de trabalho em saúde e desigualdades poderiam utilizar a estratégia de expansão da oferta de cursos de medicina como forma de combate ao problema¹⁸. Segundo os autores, os resultados iniciais no Brasil mostraram que tais estratégias poderiam fortalecer as redes de serviços em áreas carentes, apoiando a implementação da Cobertura Universal de Saúde¹⁸.

Por fim, o artigo de Pinto Júnior et al.¹⁹ buscou caracterizar os municípios brasileiros que compunham os perfis prioritários para implementação do PMM. Os resultados indicam que o programa auxiliou no incremento de profissionais na atenção primária em municípios com mais de 20% dos habitantes vivendo em situação de pobreza¹⁹. Portanto, a política do PMM foi exitosa no provimento emergencial para fortalecimento da atenção básica e do SUS¹⁹.

Discussão

A análise dos resultados apresenta uma disparidade entre o interesse científico com o tempo de existência do problema. O Decreto nº 53.642, de 1964, já buscava soluções para a má distribuição médica, e, ao logo dos anos, diversas iniciativas foram desenvolvidas^{5,7}. Entretanto, dos artigos selecionados para a amostra final, nove foram desenvolvidos a

partir do ano de 2017, indicando uma possível influência do PMM para o repentino aumento de interesse científico no assunto, pois tal iniciativa criou polêmicas e conflitos na comunidade médica¹².

Com relação aos motivos para a má distribuição médica, os resultados apresentaram vários fatores que vão além das questões pecuniárias. Os médicos procuram regiões com melhores desenvolvimentos econômicos e sociais, com melhores escolas para filhos, oportunidades de trabalho para o cônjuge e de lazer^{6,13,14}. Outro fator associado é o local onde o médico recebeu sua formação, portanto, disponibilidade de vagas nas faculdades, custos elevados dos cursos privados e a concentração de programas de residência nas regiões Sul e Sudeste promovem a distribuição desigual^{11,12}.

Ademais, elementos organizacionais também influenciam a escolha do profissional pelo local de trabalho¹⁴. Weber¹⁵ destaca que o SUS precisa tornar as mais diversas regiões mais convidativas aos médicos provendo condições seguras e éticas para melhorar a resolução diagnóstica e as opções terapêuticas. As condições de trabalho e a precarização do vínculo trabalhista criam situações de insegurança laboral, que podem afugentar os médicos de áreas menos desenvolvidas^{5,12}.

A falta de estrutura organizacional pode levar a erros médicos com potencial de culminar em processos judiciais. De acordo com Guest et al.²⁰, processos judiciais são classificados pelos médicos como uma fonte de tensão equivalente às preocupações financeiras, aos problemas domiciliares e frustrações com a morte de pacientes. Portanto, é compreensível a busca por parte dos médicos de locais com maior estrutura,

e é evidente que o problema vai além da falta de médicos¹⁵.

O artigo de Weber pontua a precariedade das malhas de mobilidade e a má distribuição de médicos como um reflexo das disparidades econômicas e sociais no território brasileiro¹⁵. É notória no Brasil a presença de cidades com indicadores sociais e econômicos compatíveis com os de países desenvolvidos, contrastando com municípios em condições análogas às regiões africanas de extrema pobreza. Regiões menos desenvolvidas dificilmente poderão propiciar boas condições de trabalho para cônjuges, boas escolas para os filhos e opções mínimas de lazer e entretenimento.

Portanto, o problema da má distribuição de médicos é mais complexo e de difícil solução, pois está intimamente ligado às diferenças sociais e econômicas que o Brasil apresenta. Para solucionar o problema da má distribuição de médicos, o Brasil precisaria resolver primeiro as diferenças sociais e econômicas das suas regiões. Porém, para conseguir atingir seus objetivos de igualdade econômica e social, o Brasil precisa de uma distribuição mais equitativa da força de trabalho em saúde, resultando em um ciclo sem solução⁹.

O governo busca solucionar o problema com a expansão da oferta de cursos de medicina pela política do PMM. O aumento excessivo de médicos no Brasil, privilegiando a quantidade ao invés da qualidade não garante a fixação dos profissionais em áreas do interior do País, pois, além da formação, o profissional precisa receber capacitação e ter garantias trabalhistas e estruturais nos locais de atuação²¹. A perspectiva com a atual expansão do ensino é um aumento substancial na quantidade de profissionais médicos no Brasil, como pode ser observado pela *tabela 1*.

Tabela 1. Projeção da oferta de médicos no Brasil

Década	População	Médicos
1910	23.414.177	13.270
1920	30.635.605	14.031
1930 ⁽¹⁾	-	15.899
1940	41236315	20.745
1950	51944397	26.120
1960	70.070.457	34.792
1970	93.139.037	58.994
1980	119.002.706	137.347
1991 ⁽²⁾	146.002.706	219.084
2000	169.799.926	291.926
2010	190.732.694	364.757
2020 ⁽³⁾	211.755.692	498.395
2030	223.126.917 ⁽⁴⁾	884.738 ⁽⁵⁾

Fonte: IBGE Censos Demográficos e CFM/Cremesp^{22,23}. Demografia Médica²⁴.

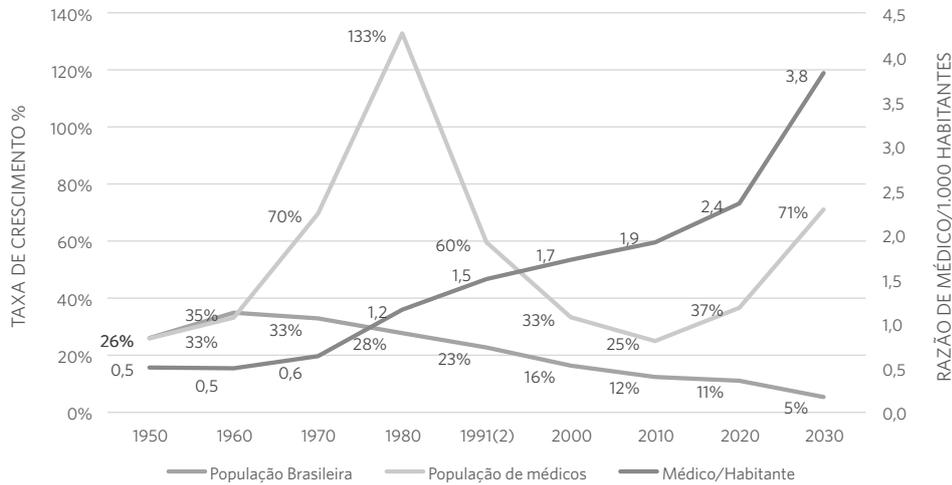
⁽¹⁾ No ano de 1930, por motivos políticos, o Censo não foi realizado. ⁽²⁾ Os Dados da População correspondem ao Censo que, por problemas técnicos, foi realizado em 1991. ⁽³⁾ Dados de médicos inscritos no CFM até 19/09/2020. ⁽⁴⁾ Projeção do IBGE para 2030²⁵.

⁽⁵⁾ Projeção do número de médicos formandos para 2030, considerando as atuais 29.987 vagas de ingresso nos cursos de medicina até 2025, considerando 36.780 a partir de 2026 quando todos os cursos iniciados até 2020 estarão formando as primeiras turmas, sem considerar a abertura de novos cursos e/ou aumentos de vagas dos cursos preexistentes e sem considerar os óbitos de médicos no período entre 2020 e 2030²⁶.

Os dados de crescimento populacional brasileiro e a quantidade de médicos no País entre 1980 e 2020 possibilitam a projeção das taxas de crescimento até 2030. Com os dados disponíveis, mantendo-se os parâmetros atuais até 2025 e estimando aberturas a partir de 2026 com a quantidade de cursos

iniciados em 2020, é possível projetar uma proporção de médicos para cada mil habitantes de 3,8 em 2030, o que representará um crescimento de 71% com relação à década de 2020. A relação das taxas de crescimento da população brasileira, projetados podem ser vistos no *gráfico 1*.

Gráfico 1. Relação das taxas de crescimento da população brasileira, população de médicos e da razão do número de médicos para mil habitantes entre 1980 e 2020 com as projeções para 2030



Fonte: Elaborado com dados do IBGE²² e Demografia Médica⁴.

O pico do crescimento da população de médicos ocorrido na década de 1980 é reflexo das políticas educacionais do final dos anos 1960. Em 1968, ocorreu a Reforma Universitária, promovendo uma forte expansão do ensino superior brasileiro como um todo, incluindo a abertura de novos cursos de graduação em medicina²⁷. Entre 1968 e 1989, foram abertos 34 novos cursos de medicina, uma expansão de 47 para 81 cursos de graduação de medicina oferecidos no Brasil²⁸. A expansão do ensino superior de medicina após a Reforma Universitária ocorreu majoritariamente pela via privada, podendo ser observado pela proporção de vagas de cursos privados frente aos públicos, que chegarão a 75% do total de vagas quando todos os cursos estiverem formando profissionais²⁶.

Pesquisa da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) comparando 40 países chegou à média de 3,2 médicos por mil habitantes, com a média brasileira de 1,8 médico por mil habitantes²⁹. A mesma pesquisa, em 2019, mostrou uma média

de 3,5 médicos por mil habitantes, tendo o Brasil a média de 1,8 médico por mil habitantes. Os países com a maior média foram a Grécia (6,1 médicos por mil habitantes), seguida por Áustria (5,2); Portugal (5,0); Noruega (4,7); Lituânia (4,6); Suíça e Alemanha (4,3); Suécia (4,1); Rússia, Dinamarca e Itália (4,0); Espanha e Islândia (3,9); República Tcheca e Austrália (3,7); e Países Baixos (3,6). Os países com média abaixo de 1 médico por 1000 habitantes foram África do Sul (0,8), Índia (0,8) e Indonésia (0,3)³⁰.

Países que possuem dimensão territorial semelhante à do Brasil, como EUA, China e Índia, possuem, respectivamente, as médias de 2,6; 2,0 e 0,8 médicos por mil habitantes³⁰. Entretanto, ao se compararem as populações estimadas, enquanto o Brasil possui 211 milhões de habitantes em 2020, a população chinesa é de 1.439 bilhões, a indiana de 1.380 bilhões e a estadunidense de 331 milhões^{31,32}. Com populações maiores que a brasileira, é notável que a quantidade de médicos formados seja maior. No entanto, ao comparar a quantidade

de cursos de graduação em medicina, há um descompasso com as proporções médicas apontadas pela OCDE.

Com relação ao número de cursos de medicina, com exceção da Índia, que possui 457 cursos, o Brasil ocupa o segundo lugar, com 342 cursos de medicina, à frente da China, com 160 cursos, e dos EUA, com 195^{28,33}.

Com a grande expansão do número de cursos de medicina a partir do PMM, em 2013, mantendo o atual número de 342 escolas e 35.388 vagas para o primeiro ano até 2025 e 36.789 vagas para o primeiro ano a partir de 2026, com a previsão do número de médicos formados no Brasil em 2030, o País dará um salto em menos de 20 anos da razão de 1,8 para cerca de 3,9 médicos para 1000 habitantes. Não é escopo deste artigo abordar os vários aspectos da rapidez do crescimento da taxa de médicos em função da capacitação técnica e pedagógica docente e de preceptores para supervisionarem essa quantidade abrupta de graduandos, assim como a infraestrutura da rede de saúde para transformar a atual realidade da má qualidade da assistência prestada à população, porém, uma aparente vantagem para o SUS pode vir a ser uma grande catástrofe pessoal e profissional com um mercado de trabalho que pode ter uma enorme oferta de mão de obra pouco qualificada.

Em estudo sobre a distribuição geográfica da expansão de cursos médicos, notou-se uma expansão dos cursos privados nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, e cursos públicos na região Centro-Oeste e Norte. A análise regional mais detalhada mostrou que a política pública tem fracassado em seu objetivo de combater a má distribuição médica no território nacional por meio da abertura dos novos cursos médicos, pois mantém a concentração em estados do Sul e do Sudeste²⁸.

Outro ponto de destaque nos resultados é a ausência de trabalhos científicos relacionados aos hospitais-escola. Um hospital-escola congrega elementos de um hospital tradicional com a prática do ensino, possuindo, em suas instalações, as presenças de estudantes

e residentes³⁴. A distribuição geográfica dos hospitais-escola no Brasil acompanha as áreas com maior densidade de médicos, sendo notória a concentração dos hospitais-escola nas regiões Sul e Sudeste, onde também está presente a maior concentração de médicos e de programas de residência segundo Pova e Andrade¹¹.

Um hospital tradicional apresenta características que o diferem dos demais tipos organizacionais existentes por conta da atuação de uma equipe multidisciplinar que presta desde assistência à saúde ao atendimento ambulatorial e internações, mediante a utilização de tecnologias leves (trabalho vivo) e duras (equipamentos)³⁵. Os hospitais-escola, além das características dos hospitais tradicionais, são importantes para a região onde estão localizados porque fornecem bens públicos sofisticados e especializados e ajudam na difusão do conhecimento em decorrência da pesquisa e do ensino³⁶.

Desde a promulgação do Decreto nº 63.341, de 1º de outubro de 1968, a obrigatoriedade de um curso de medicina de ter um hospital-escola deixou de existir³⁷. As instituições são incentivadas a realizar convênios com organizações médicas para que os alunos possam ter o ensino prático. Entretanto, os convênios realizados têm sido insuficientes para atender à exigência do Ministério da Educação (MEC) de pelo menos cinco leitos por estudante, afetando a formação do médico e o atendimento³⁸.

Além da quantidade mínima de leitos hospitalares, o Conselho Federal de Medicina (CFM) também considera outros dois critérios como sendo necessários para um processo de ensino e aprendizagem minimamente qualificado. São eles: acompanhamento da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) por no máximo três alunos e presença de hospital com mais de 100 leitos³⁸. Os critérios adotados pelo CFM não são arbitrários, mas baseados nos itens das portarias presentes nos editais que regulamentaram as aberturas das escolas médicas no Brasil a partir do PMM, os quais foram flexibilizados em 2015, tornando os

critérios mais subjetivos³⁹. De acordo com o Radiografia Médica, das 163 escolas abertas entre 2011 e 2019, 39,9% (65 escolas) estão em cidades que descumprem todos os requisitos mínimos anteriormente estipulados, 41,1% (67 escolas) apresentam irregularidades em dois parâmetros e 13,5% (22 escolas) apresentam um parâmetro irregular (CFM, 2020). Apenas 5,5% (9 escolas) atenderam a todos os requisitos do CFM³⁹.

A análise do CFM também envolveu todas as 342 escolas abertas até 2019, e o resultado, segundo a instituição, é preocupante, pois 26,6% (91 escolas) estão em 65 municípios que não atendem aos padrões mínimos de ensino e aprendizagem estabelecidos³⁹. Outros 38% (130 escolas) estão em cidades que cumprem apenas um requisito e 19% (66 escolas) estão em municípios que atendem a dois parâmetros³⁹. Apenas a minoria, 16,1% (55 escolas), está localizada em municípios que atendem a todos os requisitos estabelecidos³⁹.

A informação do CFM preocupa, pois o local de formação do médico, principalmente na residência médica, é essencial para a retenção dos profissionais por exercerem forte influência na escolha do local de trabalho^{5,11,14}. A presença de um hospital-escola atrai médicos residentes para uma determinada localidade, aumentando as chances de o profissional permanecer naquela região, criando postos de trabalho que precisam ser ocupados, aumentando as taxas de atração e retenção dos profissionais da saúde. Portanto, torna-se necessário investigar mais profundamente a relação dos hospitais-escola com a distribuição médica pelo território nacional.

Sem a devida estrutura para a retenção do profissional recém-formado no local da graduação, a abertura de novos cursos de graduação em medicina incentivada pelo PMM é inócua. Se a expectativa governamental é forçar os médicos a buscarem empregos em áreas distantes pela falta de oportunidades nos grandes centros, a medida poderá levar anos para surtir o efeito desejado, mantendo a população vulnerável com acesso restrito à

saúde. Entretanto, o próprio PMM apresentou uma proposta que trouxe resultados satisfatórios ao acesso à saúde da população, presente no segundo artigo da lei: alocação direta da força de trabalho⁸.

A alocação direta de profissionais médicos nas regiões de alta vulnerabilidade social atingiu os objetivos do PMM, com boa avaliação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) contempladas por ele e com melhora nos indicadores de saúde locais^{40,41}. O PMM é bem avaliado nas UBS, e a nacionalidade do médico, cubano ou brasileiro, não altera a satisfação do paciente com o atendimento^{41,42}. Entretanto, com a nova política governamental que resultou na saída dos médicos intercambistas, ocorreu um desabastecimento nos postos de trabalho, impactando milhares de pessoas em áreas vulneráveis⁴³. As vagas deixadas pelos médicos intercambistas foram preenchidas por brasileiros, mas a alta desistência provocou desabastecimento de força de trabalho médica em várias cidades⁴⁴.

Há, portanto, interesse de médicos brasileiros de fazerem parte do PMM. Cabe ao Governo Federal criar incentivos para a fixação do profissional médico em áreas vulneráveis durante todo o período estipulado. Uma das ações governamentais para a fixação profissional seria o investimento na estrutura das UBS, pois muitas possuem qualidade questionável⁴⁵. Outra ação sugerida, pelo fato de o PMM também contemplar o ensino médico, seria uma mudança curricular voltada para a Atenção Primária à Saúde (APS), pois, atualmente, há um conflito entre o ensino e a realidade nacional, que dificulta a fixação médica em áreas vulneráveis⁴⁶. Por fim, ações afirmativas poderiam ser utilizadas em áreas vulneráveis para a inclusão de alunos locais nas faculdades de medicina como o Argumento de Inclusão Regional (AIR), que consiste em um aumento na nota de um aluno dependendo da localização original do estudante, evitando a ocupação demasiada das vagas de graduação por alunos forasteiros que irão voltar para suas regiões de origem após a conclusão do curso de graduação⁴⁷.

Conclusões

A revisão integrativa da literatura sobre a distribuição médica no território brasileiro indica fatores pecuniários e não pecuniários como motivos para a má distribuição de médicos no Brasil: oportunidades de trabalho para cônjuges, disponibilidade de escolas para filhos, idade dos profissionais, localidade da formação e dos programas de residência e disponibilidade de opções de lazer. Com a grande expansão do número de cursos de medicina e das vagas de graduação a partir do PMM (2013), mantendo-se o atual número de cursos médicos, cuja distribuição mais uma vez concentrou-se nas regiões Sudeste e Sul, a projeção para 2030 é o aumento de 71% do número de médicos formados e da razão de médicos por mil habitantes de 1,8 para 3,8, que pode ser comparada com a média entre os demais países membros da OCDE. Apesar das dificuldades da capacitação técnica e pedagógica docente e de preceptores para supervisionarem essa quantidade abrupta de graduandos, assim como da infraestrutura da rede de saúde para oferecer suporte ao ensino, há uma oportunidade para transformar as lacunas e a qualidade atual do acesso e da assistência prestada à população no SUS.

O grande trunfo do PMM frente aos demais programas de combate à má distribuição médica anteriores foi a fixação dos

profissionais médicos nas áreas de vulnerabilidade com o profissional intercambista. Os médicos brasileiros demonstraram interesse em ocupar tais vagas, mas há uma alta rotatividade que precisa ser solucionada pelo poder público. Mudanças curriculares nos cursos de graduação, abordando a APS, e o investimento nas estruturas das UBS podem mitigar a rotatividade profissional nas áreas vulneráveis.

Por outro lado, a falta de um monitoramento contínuo da avaliação da qualidade dos formandos e a falta de investimentos na infraestrutura e na regulação da assistência, bem como de melhor distribuição e qualificação dos programas de residência médica, poderão tornar essa situação aparentemente vantajosa uma grande catástrofe (pessoal e profissional), com um mercado de trabalho que pode ter uma enorme oferta de mão de obra pouco qualificada.

Colaboradores

Nassar LM (0000-0002-4300-4293)* contribuiu para a busca dos artigos e elaboração do texto. Passador JL (0000-0002-0460-8852)* contribuiu para os delineamentos do trabalho e a revisão do texto final. Pereira Júnior GA (0000-0003-3920-3000)* contribuiu para a busca dos artigos, os delineamentos do trabalho e a revisão do texto final. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Dal Poz MR. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2013 [acesso em 2021 out 15]; (29):1924-1926. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/F5vfm6dCsVbm9qfngypZ54t/?lang=pt>.
2. Simões JC. No Brasil faltam médicos: mito ou realidade? *Rev Med Resi*. 2011 [acesso em 2021 out 15]; (13):1-2. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/118/118>.
3. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JR, et al. Implementation research: Towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ*. 2017 [acesso em 2021 out 15]; (95):103-112. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5327934/>.
4. Scheffer MC, Cassenote A, Guillooux AGA, et al. Demografia Médica no Brasil. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp; 2018. [acesso em 2021 out 15]. Disponível em: <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>.
5. Oliveira APC, Gabriel M, Poz MRD, et al. Challenges for ensuring availability and accessibility to health care services under Brazil's Unified Health System (SUS). *Ciênc. Saúde Colet*. 2017 [acesso em 2021 out 15]; 22:1165-1180. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28444043/>.
6. Silveira RS, Pinheiro R. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia – Brasil. *Rev bras educ med*. 2014 [acesso em 2021 out 15]; (38):451-459. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/hVW4JjFSJHmxBkpTpCLmsgQ/abstract/?lang=pt#:~:text=O%20interior%20da%20Amaz%C3%B4nia%20possui,%C3%A9%20o%20interior%20da%20Amaz%C3%B4nia>.
7. Brasil. Decreto nº 53.642, de 28 de Fevereiro de 1964. Dispõe sobre a duplicação de matrículas no primeiro ano das escolas superiores. *Diário Oficial da União*. 29 Fev 1964.
8. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 22 Out 2013.
9. Tangcharoensathien V, Mills A, Palu T. Accelerating health equity: The key role of universal health coverage in the Sustainable Development Goals. *BMC Med*. 2015 [acesso em 2021 out 15]; 13(101). Disponível em: <https://bmcmecine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-015-0342-3>.
10. Joanna Briggs Institute. Methodology for JBI Scoping Reviews. [acesso em 2020 jun 6]. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>.
11. Povia L, Andrade MV. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cad. Saúde Pública*. 2006 [acesso em 2021 out 15]; (22):1555-1564. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DggrwSbWkmrLjJ4zH6TvScy/abstract/?lang=pt>.
12. Martins ACP, Sant'anna PA, Rocha JFD, et al. Programa mais médicos: uma revisão integrativa. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2017 [acesso em 2021 out 15]; (30):1-14. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6515>.
13. Stralen ACSV, Massote AW, Carvalho CL, et al. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. *Physis*. 2017 [acesso em 2021 out 15]; (22):147-172. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/f6GHFLTtPjsk8RJHShKGTfW/abstract/?lang=pt>.
14. Martinez MR. A abordagem equitativa de gênero como uma estratégia de gestão para fixação de médicos em áreas vulneráveis. *Interface*. 2017 [acesso em 2021 out 15]; 21:1193-1204. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/NyzjdrRGV4R8ZNDJJQs-sXsz/abstract/?lang=pt>.

15. Weber CAT. Dialectics of a medical provision policy in priority areas in Brazil. *Rev Assoc Med Bras.* 2017 [acesso em 2021 out 15]; (63):268-277. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/dXxTZ7qjzMCbr9sFrFsgBJ/?lang=en>.
16. Ezequiel OS, Lucchetti G, Lucchetti ALG, et al. Geographical distribution of medical graduates from a public university. *Rev Assoc Med Bras.* 2017 [acesso em 2021 out 15]; 63:512-520. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/VVtqBLGpYWvYcvs6SP-4tYYF>.
17. Silva EM, Ramos MC, Santos W, et al. Cost of providing doctors in remote and vulnerable areas: Programa Mais Médicos in Brazil. *Rev Panam Salud Públ.* 2018 [acesso em 2021 out 15]; (42):e11. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34972>.
18. Figueiredo AM, Mckinley DW, Lima KC, et al. Medical school expansion policies: educational access and physician distribution. *Med Educ.* 2019 [acesso em 2021 out 15]; 53:1121-1131. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/medu.13941>.
19. Pinto Junior EP, Amorim LDAF, Aquino R. Programa Mais Médicos: contexto de implantação e efeito no provimento de médicos na atenção primária à saúde no Brasil, 2008 a 2016. *Rev Panam Salud Publica.* 2020 [acesso em 2021 out 15]; (44):e23. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51479#:~:text=O%20PMM%20tem%20contribu%C3%ADdo%20para,do%20Sistema%20C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde>.
20. Guest RS, Baser R, Li Y, et al. Cancer surgeons' distress and well-being, II: Modifiable factors and the potential for organizational interventions. *Ann Surg Oncol.* 2011 [acesso em 2021 out 15]; (18):1236-1242. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21399883/>.
21. Maciel-Lima SM, Hoffmann-Horochovski MT, Rasia JM. Programa Mais Médicos: Limites e Potencialidades. *Rev Direito Bras.* 2017 [acesso em 2021 out 15]; (17):291-305. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-35929>.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. [acesso em 2020 set 27]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25089-censo-1991-6.html?=&t=o-que-e>.
23. Conselho Federal de Medicina. Número de hospitais-escola está abaixo das necessidades do sistema formador de futuros profissionais da saúde. 2015 [acesso em 2020 abr 27]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25691:2015-08-25-12-47-51&catid=3.
24. Scheffer MC, Cassenote A, Biancarelli A. Demografia Médica no Brasil. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp; 2011. [acesso em 2021 out 15]. Disponível em: https://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_medica_brasil_29112011.pdf.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. [acesso em 2020 nov 9]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.
26. Ministério da Educação. eMEC. [acesso em 2020 nov 9]. Disponível em: <https://emec.mec.gov.br/>.
27. Carvalho CHA. O PROUNI no governo Lula e o jogo político em torno do acesso ao ensino superior. *Educ Soc.* 2006 [acesso em 2021 out 15]; (27):979-1000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/PWLcgtg-CgvYP9tXx6NPfsHf/abstract/?lang=pt>.
28. Oliveira BLCA, Lima SF, Pereira MUL, et al. Evolução, Distribuição e Expansão dos Cursos de Medicina no Brasil (1808-2018). *Trab. Educ. Saúde.* 2019 [acesso em 2021 out 15]; (17):e0018317. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/SGBd4Hbk5ghWD3yg6vqt3Jk/?lang=pt#:~:text=Observou%2Dse%20que%2C%20entre%201808,PMM%20no%20governo%20Dilma%2DTemer>.
29. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. OECD Health Statistics 2013. [acesso em 2020 set 15]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

30. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students, 2019. Paris: OECD Publishing. [acesso em 2020 set 15]. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1787/5571ef48-en>.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. IBGE Cidades. [acesso em 2020 nov 9]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>.
32. Worldometer. Countries in world by population 2020. [acesso em 2020 nov 9]. Disponível em: <https://www.worldometers.info/world-population/population-by-country/>.
33. World Directory of Medical Schools. Search the World Directory. [acesso em 2020 nov 9]. Disponível em: <https://search.wdoms.org/>.
34. Gok SM, Sezen B. Capacity inefficiencies of teaching and non-teaching hospitals. *Serv Ind J*. 2012 [acesso em 2021 out 15]; 4:2307-2328. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02642069.2011.582495>.
35. Luedy A, Mendes VLS, Júnior HR. Gestão pública por resultados: contrato de gestão como indutor de melhorias em um hospital universitário. *Org Soc*. 2012 [acesso em 2021 out 15]; 19:641-659. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaoes/article/view/11217>.
36. Grosskopfa S, Margaritisb D, Valdmanisc V. The effects of teaching on hospital productivity. *Socio-Econ Plan Sci*. 2001 [acesso em 2021 out 15]; (35):189-204. Disponível em: <https://ideas.repec.org/a/eee/soceps/v35y2001i3p189-204.html>.
37. Brasil. Decreto nº 63.341, de 1º de Outubro de 1968. Estabelece critérios para a expansão do ensino superior e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1 Out 1968.
38. Conselho Federal de Medicina. Informe aos Presidentes dos Conselhos Regionais de Medicina. 20. ed. Brasília, DF: CMF; 2020.
39. Conselho Federal de Medicina. Radiografia das Escolas Médicas do Brasil. [acesso em 2020 nov 5]. Disponível em: <http://webpainel.cfm.org.br/QvAJAZZfc/opedoc.htm?document=Radiografia%20do%20Ensino%20m%C3%A9dico%2FRadiografia%20do%20Ensino%20m%C3%A9dico.qvw&host=QVS%40scfm73&anonymous=true>.
40. Telles H, Silva ALA, Bastos C. Programa Mais Médicos do Brasil: a centralidade da relação médico-usuário para a satisfação com o programa. *Caderno CRH*. 2019 [acesso em 2021 out 15]; (32):101-123. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/crh/article/view/23470>.
41. Santos W, Comes Y, Pereira LL, et al. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2021 out 15]; 43(120):256-268. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MQMCCdh3qvwppqKQw4vStYqr/abstract/?lang=pt>.
42. Rech MRA, Hauser L, Wollmann L, et al. Qualidade da atenção primária no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos. *Rev Panam Salud Publica*. 2018 [acesso em 2021 out 15]; 42:e164. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e164/>.
43. Potter H. Falta de profissionais no Mais Médicos afeta 6 milhões de brasileiros. *Uol*. 2019 jul 22 [acesso em 2020 nov 11]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/deutschewelle/2019/07/22/falta-de-profissionais-no-mais-medicos-afeta-6-milhoes-de-brasileiros.htm>.
44. Folha de São Paulo. Brasileiros chegaram a preencher todas as vagas no Mais Médicos, mas desistência é alta. *Folha de São Paulo*. 2019 out. [acesso em 2020 nov 11]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/10/brasileiros-chegaram-a-preencher-todas-as-vagas-no-mais-medicos-mas-desistencia-e-alta.shtml>.
45. Giovanella L, Bousquat A, Fausto MCCR, et al. Novos caminhos: tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras. *Nota Técnica 5/2015*. Região e Redes: Caminho da Universalização da Saúde da Saúde no Brasil. [acesso em 2021 out 15]. Disponível em: <http://>

www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/NovosCaminhos05_ValeEste.pdf

46. Vargas AFM, Vargas DS, Campos MM, et al. The More Doctors Program and the Curricular Guidelines for Medical courses: a comparative analysis among higher education institutions. *Interface (Botucatu)*. 2019 [acesso em 2021 out 15]; (23):e170903. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/bJpqWmBMnTnW5F9bVk9qTQD/?lang=en>.
47. Oliveira, FP, Santos LMP, Shimizu HE. Social Accountability of Medical Schools and Social Representations of Medical Students in the Context of the More Doctors Program. *Rev Bras Edu Med*. 2019 [acesso em 2021 out 15]; 43(1):462-472. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/rgFdtV6c3cndY564bSwM93n/?lang=en>.

Recebido em 18/01/2021
Aprovado em 09/10/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A tecnossocialidade no cotidiano de profissionais da atenção primária e promoção da saúde: *scoping review*

Technosociality in the daily lives of primary care professionals and health promotion: scoping review

Tamires Carolina Silva¹, Andresa Guerra de Carvalho¹, Adriana Dutra Tholl², Maria Aurora Rodríguez Borrego³, Pablo Jesús López Soto³, Selma Maria da Fonseca Viegas¹

DOI: 10.1590/0103-1104202113117

RESUMO Este estudo teve por objetivo mapear a evidência disponível sobre a tecnossocialidade no cotidiano de profissionais da atenção primária para a promoção da saúde de pessoas/famílias. Trata-se de uma *scoping review* fundamentada no Joanna Briggs Institute e no Prisma-ScR. Foi utilizada a estratégia PCC (*participants, concept e context*). A amostra compõe 25 artigos. O idioma predominante foi o inglês, o ano foi 2018, a força de evidência 5 e a qualidade de evidência alta e moderada. As tecnologias fazem parte do cotidiano dos profissionais da APS e abrangem medidas de controle da saúde, curativas e medicamentosas. São fontes de comunicação entre profissionais e usuários. Para o uso de tecnologias, é imprescindível que os profissionais estejam capacitados, utilizando práticas baseadas em evidências para alcançar os objetivos perante as necessidades de cada um. O uso de tecnologias para a promoção da saúde de pessoas/famílias representa uma inovação tecnológica na Atenção Primária à Saúde, com possibilidade de impacto nas condições de saúde e promoção de escolhas mais saudáveis de vida.

PALAVRAS-CHAVE Tecnologia. Atenção Primária à Saúde. Aplicativos móveis. Rede social. Promoção da saúde.

ABSTRACT *This study aimed to map the available evidence on technosociality in the daily lives of primary care professionals to promote the health of people/families. This is a scoping review based on the Joanna Briggs Institute and Prisma-ScR. The PCC strategy (participants, concept and context) was used. The sample comprises 25 articles. The predominant language was English, the year, 2018, the strength of evidence, 5 and the quality of evidence, high and moderate. Technologies are part of the daily life of PHC professionals and include health control, curative and medication measures. They are sources of communication between professionals and professionals and users. For the use of technologies, it is essential that professionals are trained, using evidence-based practices to achieve the objectives in view of the needs of each one. The use of technologies to promote the health of people/families represents a technological innovation in Primary Health Care, with the possibility of impacting health conditions and promoting healthier life choices.*

KEYWORDS *Technology. Primary Health Care. Mobile applications. Social networking. Health promotion.*

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

² Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil.

³ Universidad de Córdoba, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba, Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba - Córdoba, España.



Introdução

A tecnossocialidade, segundo Michel Maffesoli, é uma forma de se comunicar e interagir socialmente que se propõe à tecnologia, representada pela internet e suas ferramentas, que se tornaram essenciais no cotidiano em tempos pós-modernos¹⁻². A tecnologia pós-moderna pode ser considerada parte do reencantamento do mundo³ pelo processo tecnossocial acelerado de aproximação virtual para interações humanas.

A comunicação nas mídias sociais tende a favorecer a escuta e a vocalização de diversos grupos envolvidos⁴, contribuindo para o processo de tornar público o que era privado¹. Na área da saúde, o uso de ferramentas de bases tecnológicas na Atenção Primária à Saúde (APS) tem se tornado cada vez mais frequente⁵⁻⁶. Os profissionais de saúde que atuam na APS podem utilizar as tecnologias digitais para promover ações de prevenção de riscos e agravos, educação e promoção da saúde⁷.

Em relação à promoção da saúde, redes sociais como o WhatsApp, Facebook e Twitter podem ser utilizadas para o alcance de estratégias singulares de otimização de escolhas mais saudáveis de vida⁸, o que contribui para a construção de ações que tornem possível responder às necessidades sociais em saúde⁹.

Contudo, a introdução e uso de tecnologias digitais na APS tem provocado mudanças e impactos no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde que merecem ser investigadas, tendo em vista que os diversos meios interativos de comunicação, sobretudo a internet, representam mecanismos excepcionais³. A realização desta *scoping review* se justifica devido ao fato de a tecnossocialidade no cotidiano de profissionais da APS para a promoção da saúde de pessoas/famílias ainda ser pouco explorada^{5,6,8}. Diante disso, surge a seguinte indagação: qual o estado da arte sobre o uso das tecnologias em saúde e redes sociais virtuais por profissionais de saúde da APS para a promoção da saúde de pessoas/famílias?

Este estudo teve por objetivo mapear a evidência disponível sobre o uso das tecnologias

em saúde e redes sociais virtuais no cotidiano de profissionais da APS e a promoção da saúde de pessoas/famílias.

Material e métodos

Trata-se de uma *scoping review* fundamentada no Joanna Briggs Institute e nas recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma-ScR)¹⁰. O protocolo de pesquisa foi registrado no Open Science Framework (<https://osf.io/hyv8b/>). Evidencia uma síntese abrangente e imparcial de estudos relevantes que abordam o uso da tecnossocialidade no cotidiano de profissionais da APS para a promoção da saúde das pessoas/famílias na pós-modernidade.

Este tipo de revisão é caracterizada por apresentar uma abordagem de tópicos amplos e questões de pesquisa bastante específicas, tornando possível que os pesquisadores realizem a avaliação da qualidade dos estudos incluídos. Sendo assim, por meio da *scoping review*, é possível mapear evidências sobre determinados tópicos, possibilitando que sejam explorados conceitos, dimensão, alcance e natureza de estudos, condensando e publicando os resultados sintetizados, bem como fazendo o levantamento de lacunas acerca dos estudos disponíveis em bancos de dados¹⁰⁻¹².

Esta *scoping review* foi desenvolvida seguindo oito etapas, iniciada pela formulação da pergunta de revisão; definição dos critérios de inclusão e exclusão; localização dos estudos por meio da pesquisa em bases de dados; seleção dos estudos; avaliação da qualidade dos estudos; extração dos dados; análise dos dados; síntese dos dados relevantes¹³. Para classificar a qualidade da evidência dos estudos, considerou-se o Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (Grade), visando obter transparência e simplicidade, considerando quatro níveis de qualidade de evidência: alto, moderado, baixo e muito baixo¹⁴.

A pesquisa considerou o espaço temporal de 2016 a 2019. O marco civil da internet no Brasil se deu com a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014, que estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da internet no Brasil⁴, e pelo Decreto nº 8.771, de 11 de maio de 2016, que dispõe sobre diversos temas tratados na Lei nº 12.965/2014 e que dependiam de regulamentação após dois anos de discussão¹⁵. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed (National Institutes of Health), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Scopus, Web of Science, Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) e Cochrane (Cochrane Library).

Os critérios de inclusão foram artigos completos disponíveis e estudos empíricos e teóricos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Usando a estratégia *participants, concept e context* (PCC), integraram-se a essa *scoping review* estudos que: a) referem-se aos profissionais de saúde que atuam na APS; b) consideram o conceito e o uso das tecnologias; c) abrangem o contexto de impacto na promoção da saúde. Foram excluídos da pesquisa estudos em fases de projetos, que não apresentavam claramente os resultados e cujo foco não correspondiam com a temática proposta.

A busca foi realizada no período de janeiro a abril de 2020, utilizando-se os seguintes descritores e operadores booleanos: “Primary Health Care” AND “Technology” AND “Health Promotion”; “Primary Health Care” AND “Social Networking” AND “Health Promotion”; “Primary Health Care” AND “Mobile applications” AND “Health Promotion”; “Primary Health Care” AND “Technology” AND “Health Behavior”; “Primary Health Care” AND “Mobile applications”; “Primary Health Care” AND “Health Promotion”; “Primary Health Care” AND “Technology”; “Technology” AND “Health Behavior”.

A seleção dos dados foi estruturada seguindo as seguintes etapas: na 1ª etapa, foram definidos os descritores e operadores booleanos

utilizados no estudo, bem como as bases de dados para busca: PubMed, Scopus, SciELO, Web of Science, Lilacs, Cinahl e Cochrane. Na 2ª etapa, ocorreu a aplicação dos filtros: texto disponível de maneira livre e completo; idiomas – inglês, português e espanhol; ano – 2016 a 2019 nas bases definidas. Para averiguar se os artigos correspondiam à questão de pesquisa, realizou-se a leitura dos títulos e descritores. Na 3ª etapa, efetuou-se a leitura do resumo, introdução e conclusão de cada um dos artigos, a fim de verificar a relevância do mesmo para o estudo e se foram contemplados os critérios de inclusão e exclusão. Por fim, na 4ª etapa, os artigos pré-selecionados foram lidos pelas pesquisadoras na íntegra, com o objetivo de constatar com maior precisão a sua relevância para o estudo e se foram preenchidos os critérios de inclusão e exclusão. Procedeu-se, então, as extrações de dados relevantes para posterior análise, levando em consideração o protocolo estabelecido previamente.

A leitura na íntegra dos artigos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão possibilitou a extração de dados. Os artigos foram analisados em termos de qualidade e categorizados por grau de recomendação e nível de evidência, conforme a classificação desenvolvida pela Prática Baseada em Evidência (PBE).

A PBE e o cuidado em saúde baseado em evidência abrangem os mesmos conceitos e princípios da medicina baseada em evidência, sendo empregados por vários profissionais e em diversos contextos de saúde. A PBE tem sido conceituada como uso consciente, criterioso e explícito da melhor e mais atual evidência em pesquisa na tomada de decisões clínicas sobre o cuidado individual do paciente. Essa hierarquia conduz os critérios de classificação de níveis de evidência para diversos tipos de estudo¹⁶⁻¹⁸.

A evidência pode ser caracterizada como algo que fornece provas para a tomada de decisão, englobando resultados de estudos e consenso de especialistas reconhecidos¹⁹.

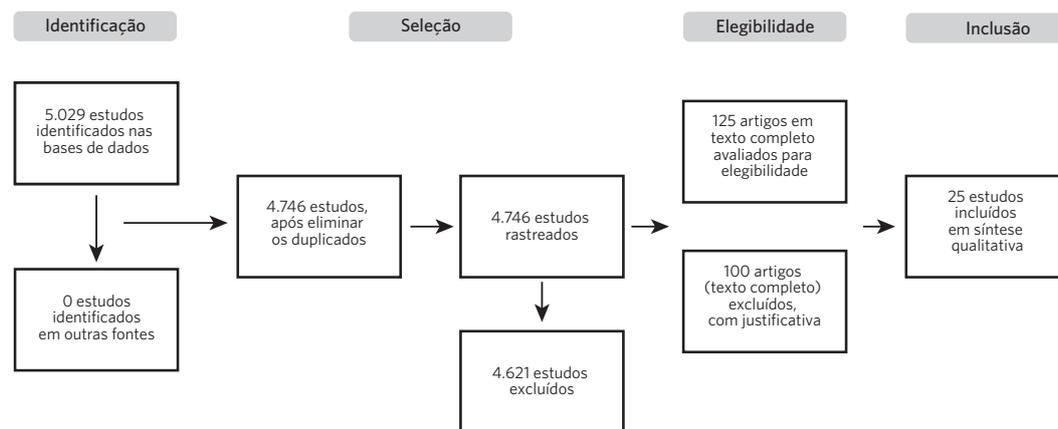
A força da evidência pode ser classificada em cinco níveis distintos: nível 1, quando se tratar de uma evidência forte de, no

mínimo, uma revisão sistemática de múltiplos estudos controlados, randomizados, bem delineados; nível 2, quando se trata de uma evidência forte de, pelo menos, um estudo randomizado, controlado, de apropriado delineamento e adequado tamanho; nível 3, quando se refere a uma evidência de estudos bem delineados sem randomização, grupo único pré e pós-coorte, séries temporais ou com caso-controle pareado; nível 4,

quando relacionado à evidência de estudos, de ordens não experimentais, realizadas em centros ou grupos de pesquisas; e nível 5, quando abrange opiniões de autoridades respeitadas, fundamentadas em evidências clínicas, relatórios de comitês de especialistas ou estudos descritivos²⁰.

O processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos da presente *scoping review* pode ser observado na *figura 1*.

Figura 1. Processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos da *scoping review*, 2020



Fonte: Elaboração própria.

Resultados

A pesquisa nas bases de dados foi refinada através dos filtros: texto disponível de maneira livre e completo; idiomas em inglês, português e espanhol; data de publicação entre 2016 e 2019. Obteve-se o total de 5.029 estudos, sendo que 283 foram excluídos por serem duplicados, resultando em 4.746 documentos. Após a leitura do resumo, introdução e conclusão de cada artigo para identificação de sua relevância para a pesquisa e se atendia aos critérios de inclusão ou exclusão, chegou-se a um total de 125 artigos, oriundos das bases PubMed (28), SciELO (18), Scopus (21), Web of Science (11), Cinahl (36) e Cocharane (11). Sucessivamente, foi realizada a leitura na íntegra dos artigos e

foram excluídos, nesta fase, os estudos sem coerência com a temática, população amostral diferente de profissionais da APS, estudos em fase de projeto ou sem resultados claros, obtendo, para esta *scoping review*, uma amostra final de 25 artigos.

Os anos de publicação se estendem de 2016 a 2019, sendo que o ano de 2018 é o de maior representatividade, com 11 artigos. O idioma predominante foi o inglês (22), seguido pelo português (02) e espanhol (01). Esses estudos foram realizados no Brasil (05), Espanha (03), Suécia (03), Irlanda (02), EUA (02), África (01), China (01), Noruega (01), Reino Unido (01), Austrália (01), Polônia (01), Holanda (01) e Canadá (01). Dois estudos não informaram o local em que foram realizados.

Considerando a força da evidência dentre os níveis, o que apresentou maior prevalência foi o nível 5 (10), subsequente de nível 2 (05), nível 3 (04), nível 1 (04) e nível 4 (02).

Quanto à qualidade da evidência a partir do sistema Grade, dentre os seus níveis, os que apresentaram maior prevalência foram os níveis de alta qualidade (09) e qualidade

moderada (09), subsequente do de baixa qualidade (05) e qualidade muito baixa (02).

Considerando os participantes – profissionais de saúde que atuam na APS, o conceito – o uso das tecnologias, contexto – o impacto na promoção da saúde, os resultados obtidos podem ser observados no *quadro 1*.

Quadro 1. Apresentação dos artigos segundo título, ano de publicação, base de dados, tipo de estudo, nível de evidência, objetivo e as conclusões/recomendações finais, 2016 a 2019

Referência (ano)	Artigo/ Tipo estudo/ Base de dados/ Nível de evidência/ Amostra	Objetivo do estudo	Conclusões
Ramsey et al. ⁵ (2019)	<i>Technology-Based Alcohol Interventions in Primary Care: Systematic Review</i> Revisão sistemática PubMed Nível de evidência: 1 Amostra: 42 estudos	Revisar a literatura recente sobre o uso da tecnologia para fornecer, aprimorar ou apoiar a implementação de intervenções relacionadas ao uso de álcool por usuários da APS.	- Evidencia o uso de plataformas tecnológicas, computador, web ou celular para ações de apoio à mudança de comportamento de usuários em uso do álcool; - A utilização de tecnologias pelos profissionais se mostra eficiente para promover intervenções relacionadas ao uso de álcool.
Jong et al. ⁶ (2017)	<i>The challenge of involving elderly patients in primary care using an electronic communication tool with their professionals: a mixed methods study</i> Estudo de métodos mistos, de abordagem quantitativa Scopus Nível de evidência: 3 Amostra: 22 pacientes	Examinar se uma ferramenta de comunicação eletrônica (Congredi), projetada para profissionais, incluindo um plano de atendimento e e-mail seguro, é utilizável para os sistemas de pacientes e quais são suas experiências.	- A tecnologia Congredi visa a comunicação eletrônica com outros profissionais, cuidadores informais e pacientes; - O uso dessa ferramenta permite compartilhar e traçar o plano de cuidados para o paciente; - Paciente e profissionais se comunicam usando a tecnologia por meio do portal do paciente, o qual permite ao paciente visualizar o plano de cuidado; - Barreiras: nem todos os profissionais foram vinculados à Congredi, e, quando os prestadores de cuidados informais não recebiam retorno dos profissionais, faltava incentivo para uso posterior da ferramenta pelo cuidador.
Berman et al. ⁷ (2018)	<i>Clinician experiences of healthy lifestyle promotion and perceptions of digital interventions as complementary tools for lifestyle behavior change in primary care</i> Estudo qualitativo Scopus Nível de evidência: 5 Amostra: 46 profissionais de saúde	Explorar as percepções de clínicos que atuam na APS sobre a promoção do estilo de vida saudável, com ou sem triagem e intervenção digital.	- Trabalhar com promoção da saúde utilizando intervenções digitais, considerado como um desafio positivo; - O uso inicial de invenções digitais pode provocar mudança na prática dos profissionais de saúde; - O artigo não evidencia o tipo de tecnologia utilizada para efetuar as intervenções digitais em prol da promoção da saúde; - É preciso manter uma visão equilibrada sobre as intervenções digitais, declarando o seu papel para promoção de um estilo de vida saudável.
Marin-Gomez et al. ⁸ (2018)	<i>Social Networking App Use Among Primary Health Care Professionals: Web-Based Cross-Sectional Survey</i> Estudo transversal, descritivo PubMed Nível de evidência: 5 Amostra: 483 profissionais de saúde	Explorar o uso de aplicativos de redes sociais para telefones móveis entre profissionais da APS para fins relacionados ao trabalho.	- O uso de aplicativos de redes sociais como Facebook, WhatsApp, Twitter, Instagram e outros, pelos profissionais de saúde está voltado para as ações de comunicação entre profissionais, consultas clínicas ou medicamentosas e, principalmente, para o desenvolvimento profissional, bem como para ações de promoção da saúde.

Quadro 1. (cont.)

Referência (ano)	Artigo/ Tipo estudo/ Base de dados/ Nível de evidência/ Amostra	Objetivo do estudo	Conclusões
Oliver-Mora & Iñiguez-Rueda ²¹ (2017)	<i>El uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en los centros de salud: la visión de los profesionales en Cataluña, España</i> Relatos de experiências Scielo Nível de evidência: 5 Amostra: 9 profissionais de saúde	Identificar experiências utilizando tecnologias da informação e comunicação capazes de melhorar a gestão pública dos Centros de Saúde da Cataluña (Espanha) e que foram promovidas 'de baixo para cima', por profissionais da APS.	- A utilização de comunicação virtual, como blogs, pode ser vista como uma ferramenta tanto para promoção da saúde e educação em saúde, como para promoção do envolvimento e conscientização do paciente em seu estado de saúde; - A utilização dessas tecnologias pode tornar possível que os pacientes expressem livremente seu desconforto e dialoguem com os profissionais de saúde; - Os <i>blogs</i> de pacientes são o resultado do desejo de abrir novos caminhos para a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes.
Plessis et al. ²² (2017)	<i>Implementation of the Road-to-Health-Booklet health promotion messages at primary health care facilities, VWestern Cape Province, South Africa</i> Estudo descritivo transversal Cochrane Nível de evidência: 5 Amostra: 5.193 participantes	Avaliar a implementação de mensagens de promoção da saúde e identificar barreiras enfrentadas.	- Apesar de o estudo investigar o uso de tecnologias móveis pelos profissionais de saúde para ações de promoção da saúde relacionadas à alimentação de bebês e crianças, elas ainda não foram implantadas nas equipes de APS investigadas. Nota-se que os profissionais ainda utilizam pôsteres, panfletos e material didático para tal fim.
Mastellos et al. ²⁵ (2016)	<i>Feasibility and acceptability of TRANSFoRm to improve clinical trial recruitment in primary care</i> Estudo randomizado controlado Cinahl Nível de evidência: 2 Amostra: 5 médicos e 10 pacientes	Avaliar a aceitabilidade e viabilidade do TRANSFoRm para melhorar o recrutamento de ensaios clínicos na APS.	- A utilização da tecnologia TRANSFoRm possibilita coleta de dados, identificação de pacientes, realização de pré-triagem e acompanhamento dos usuários; - A aceitabilidade médica da ferramenta TRANSFoRm foi positiva, assim como pelos pacientes, devido a ser um aplicativo simples e de fácil uso.
Lofters et al. ²⁶ (2016)	<i>Facebook as a tool for communication, collaboration, and informal knowledge exchange among members of a multisite family health team</i> Estudo descritivo Scopus Nível de evidência: 5 Amostra: 26 profissionais de saúde	Implementar e avaliar um grupo privado do Facebook para membros de uma equipe de saúde da família de Ontário, Canadá, para facilitar a comunicação e a colaboração aprimoradas.	- O uso do grupo privado do Facebook objetivou a comunicação entre os profissionais da equipe; - Os profissionais evidenciam a preocupação quanto à privacidade do paciente e que o uso pode aumentar a carga de trabalho.
Keyworth et al. ²⁷ (2018)	<i>What maximizes the effectiveness and implementation of technology-based interventions to support healthcare professional practice? A systematic literature review</i> PubMed Nível de evidência: 1 Amostra: 69 estudos	Identificar intervenções com um componente tecnológico bem-sucedido para a mudança da prática profissional; determinar se as intervenções são baseadas na teoria; examinar barreiras e facilitadores para uma implementação bem-sucedida.	- O uso da tecnologia de apoio à mudança na prática do profissional de saúde se volta para ações de comunicação entre profissionais, intervenções e apoio para tomada de decisão; - Mostrou-se eficaz para mudança de prática dos profissionais, elevação da confiança dos profissionais para tomada de decisão e gerenciamento do cuidado; - Barreiras enfrentadas: aumento da carga de trabalho, acesso insuficiente aos recursos de tecnologia de informação e de atualizações de <i>software</i> , provocando limitações no desempenho do computador.
Smailhodzic et al. ²⁸ (2016)	<i>Social media use in healthcare: a systematic review of effects on patients and on their relationship with healthcare professionals</i> Revisão sistemática da literatura PubMed Nível de evidência: 1 Amostra: 22 artigos	Fornecer uma visão geral da literatura existente sobre os efeitos do uso das mídias sociais pelos pacientes por razões de saúde e sua relação com as ações dos profissionais de saúde.	- O uso da mídia social facilita a comunicação em saúde com os pacientes e entre profissionais; - Pode estimular uma comunicação mais igualitária, um relacionamento mais harmonioso, maior troca de informações com os médicos, porém uma interação pessoal abaixo do ideal entre o paciente/profissional.

Quadro 1. (cont.)

Referência (ano)	Artigo/ Tipo estudo/ Base de dados/ Nível de evidência/ Amostra	Objetivo do estudo	Conclusões
Cavalcante et al. ²⁹ (2018)	<i>Diffusion of the technological innovation e-sus ab: acceptance or rejection?</i> Estudo de caso único, holístico, de abordagem qualitativa PubMed Nível de evidência: 3 Amostra: 14 participantes	Analisar a difusão da inovação tecnológica 'estratégia e-SUS AB' em uma equipe de saúde da família do oeste de Minas Gerais.	<ul style="list-style-type: none"> - O uso da tecnologia e-SUS AB possibilita a coleta e registro de dados, não envolvendo ações de promoção da saúde; - A implantação da tecnologia tem evidenciado situações que potencializam a sua rejeição: necessidade de reorganizações administrativas do trabalho, cadastramento manual de várias fichas, dificuldade de os profissionais extraírem relatórios, incompreensões relacionadas aos códigos usados nos sistemas e <i>software</i>; - As mudanças rápidas e constantes nos instrumentos utilizados para coleta de dados tornam mais difícil o acesso à informação.
Daltro et al. ³⁰ (2017)	Aceitação e uso de tecnologias móveis de informação pelos agentes comunitários de saúde de Sapeaçu Exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa SciELO Nível de evidência: 5 Amostra: 23 agentes comunitários de saúde	Analisar os fatores condicionantes da aceitação e uso de tecnologias móveis (<i>tablets</i>) pelos agentes comunitários de saúde do município de Sapeaçu, Bahia, Brasil.	<ul style="list-style-type: none"> - O uso da tecnologia móvel (<i>tablet</i>) pelos agentes comunitários de saúde está voltado para registro de dados; - Mesmo com as dificuldades encontradas, foi considerada favorável a incorporação tecnológica em âmbito regional. Os fatores condicionantes da aceitação e do uso foram a pouca experiência prévia dos Agentes Comunitários de Saúde com tecnologias similares e o treinamento insuficiente para o uso do equipamento; - As fragilidades são a concomitância de registros manuais e informatizados e a relativa demora na transmissão dos dados coletados.
Bernardes et al. ³¹ (2019)	Facebook como Ferramenta Pedagógica em Saúde Coletiva: Integrando Formação Médica e Educação em Saúde Relato de experiência SciELO Nível de evidência: 4 Amostra: 144 estagiários de medicina	Relatar a experiência da utilização de uma página do Facebook para promover educação em saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - O uso do Facebook pelos estagiários de medicina está voltado para ações de promoção e educação em saúde, prevenção de riscos e agravos, direcionadas à comunidade em geral; - Dentre os temas apontados na página do Facebook, estão as consequências do sedentarismo, privação do sono, autocuidado, importância da prática de exercícios físicos, combate ao suicídio, fibromialgia, rastreamento precoce do câncer de colo de útero e próstata, movimento antivacina, epidemia da dengue no Brasil, prevenção da prematuridade, luta contra a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e transtorno de ansiedade, além da promoção de uma campanha de doação de sangue; - A utilização da tecnologia se mostrou eficiente para divulgação em saúde e como uma potente ferramenta pedagógica de educação em saúde.
Glynn et al. ³² (2018)	<i>Implementation of the SMART MOVE intervention in primary care: a qualitative study using normalisation process theory</i> Estudo qualitativo PubMed Nível de evidência: 3 Amostra: 14 participantes	Realizar uma análise teoricamente informada, usando a teoria dos processos de normalização, das possíveis barreiras e alavancas para a implementação de uma intervenção em saúde móvel para promover atividade física na APS.	<ul style="list-style-type: none"> - O uso do aplicativo SmartMove tem a finalidade de promoção de atividades físicas; - Observou-se que o aplicativo foi bem aceito pelos usuários, pois havia incentivo à prática de exercícios físicos; - Os profissionais se mostraram preocupados se conseguiriam incentivar o uso do aplicativo e se os usuários saberiam utilizá-lo.

Quadro 1. (cont.)

Referência (ano)	Artigo/ Tipo estudo/ Base de dados/ Nível de evidência/ Amostra	Objetivo do estudo	Conclusões
Bonn et al. ³³ (2018)	<i>App-technology to increase physical activity among patients with diabetes type 2 - the DiaCert-study, a randomized controlled trial</i> Estudo randomizado controlado Web of Science Nível de evidência: 2 Amostra: 200 pacientes	Avaliar o efeito de uma intervenção de atividade física utilizando um aplicativo para <i>smartphone</i> em pacientes com diabetes tipo 2.	<ul style="list-style-type: none"> - O uso do aplicativo para <i>smartphone</i> DiaCert visa ao acompanhamento de atividade física realizada pelos pacientes; - O aplicativo incentiva pacientes a adotarem hábitos mais saudáveis, como a prática de exercício físico diário; - Essa tecnologia pode ser usada como uma nova solução de compartilhamento de dados entre pacientes e profissionais de saúde.
Morrissey et al. ³⁴ (2018)	<i>New self-management technologies for the treatment of hypertension: general practitioners' perspectives</i> Pesquisa qualitativa PubMed Nível de evidência: 5 Amostra: 10 clínicos gerais	Explorar as perspectivas dos clínicos gerais sobre a tecnologia de autogestão para apoiar a adesão a medicamentos e o controle da pressão arterial em pacientes com hipertensão.	<ul style="list-style-type: none"> - O uso de aplicativos ou monitores de pressão arterial sem fio via <i>smartphone</i> pode aumentar a quantidade de dados disponíveis para os profissionais de saúde, permitindo tomada de melhores decisões clínicas no tratamento da hipertensão. Essa abordagem colaborativa no atendimento ao paciente pode facilitar uma maior conscientização e autogestão pelos próprios pacientes; - A relutância dos profissionais pode ser amenizada ao realizar pesquisas que comprovem a eficácia destes aplicativos; - Os médicos demonstram preocupação no aumento da carga de trabalho.
Recio-Rodriguez ³⁵ (2018)	<i>The Effectiveness of a Smartphone Application on Modifying the Intakes of Macro and Micronutrients in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. The EVIDENT II Study</i> Estudo randomizado controlado Scopus Nível de evidência: 2 Amostra: 833 indivíduos	Avaliar a eficácia em longo prazo (12 meses) da adição de um aplicativo de <i>smartphone</i> de dieta.	<ul style="list-style-type: none"> - O uso do aplicativo de <i>smartphone</i> de dieta pelos profissionais de saúde foi visto como uma estratégia complementar à realização de aconselhamento nutricional. Essa combinação pode trazer benefícios principalmente para pessoas com diabetes ou obesidade, tendo em vista que o uso do aplicativo favorece a conscientização e a autoeducação sobre nutrição; - A utilização do aplicativo se mostrou capaz de aumentar a ingestão de alimentos saudáveis e diminuir a ingestão de gorduras trans e consumo de carnes processadas, o que contribui para a redução de peso, além de incentivar e analisar a realização de atividade física dos usuários.
Wang et al. ³⁶ (2017)	<i>Evaluation of a WeChat-based dementia-specific training program for nurses in primary care settings: A randomized controlled trial</i> Estudo randomizado controlado Cochrane Nível de evidência: 2 Amostra: 101 enfermeiros	Determinar se um programa de educação específico para demência, que incorpora interações de aprendizado baseadas no WeChat, poderia melhorar o conhecimento e atitudes, atingindo as intenções dos enfermeiros em fazer alterações para alcançar a detecção precoce e um diagnóstico oportuno de demência.	<ul style="list-style-type: none"> - A utilização da tecnologia WeChat pelos enfermeiros está voltada para treinamento específico sobre demência, o que pode influenciar a adoção de mudanças que facilitem a detecção precoce e o diagnóstico oportuno de demência; - Os enfermeiros bem treinados podem promover ações de educação em saúde para cuidadores de pessoas em condições de demência; - A realização do treinamento de curto prazo baseado no WeChat pode melhorar o conhecimento e atitude dos enfermeiros. O uso da tecnologia foi bem aceito pelos profissionais de saúde.

Quadro 1. (cont.)

Referência (ano)	Artigo/ Tipo estudo/ Base de dados/ Nível de evidência/ Amostra	Objetivo do estudo	Conclusões
Pinto & Rocha ³⁷ (2016)	<i>Innovations in Primary Health care: the use of communications technology and information tools to support local management</i> Estudos descritivos PubMed Nível de evidência: 5 Amostra: 16 Observatórios de Tecnologia da Informação e Comunicações em Saúde - Rede OTICS no Rio de Janeiro.	Descrever os resultados obtidos com a implementação das Redes Locais de Observatórios pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, cobrindo dez áreas de planejamento em saúde na cidade.	- O uso das mídias sociais por meio de <i>blogs</i> está voltado para registros de informações, atendimentos, monitoramento dos cuidados de saúde, promoção da saúde e gestão da educação em saúde; - Os canais de comunicação, como o Twitter e <i>blogs</i> da APS, podem auxiliar no intercâmbio de informações e comunicação em saúde.
Jones et al. ³⁸ (2018)	<i>Investigating the Perceptions of Primary Care Dietitians on the Potential for Information Technology in the Workplace: Qualitative Study</i> Estudo de abordagem exploratória descritiva. PubMed Nível de evidência: 3 Amostra: 20 nutricionistas	Explorar as percepções dos nutricionistas da APS sobre o uso da tecnologia da informação em seu local de trabalho.	- O uso das tecnologias da informação pelos nutricionistas, como aplicativos para celulares, visa o rastreamento de ingestão alimentar, tecnologia administrativa, sistemas de gerenciamento de pacientes e ao sistema Nutritics, utilizado para registros eletrônicos de saúde; - Tecnologia considerada útil para ajudar os clientes a acompanharem seus comportamentos alimentares, bem como o progresso entre as consultas; - Encontraram como desafio a falta de tempo para implementar novas tecnologias, falta de informação sobre as tecnologias e resistência a mudanças; - Os nutricionistas também expressaram preocupação em relação ao uso da tecnologia pelos idosos, população com maior demanda; - Há acesso facilitado às informações dos pacientes e comunicação com outros profissionais.
Pereira et al. ³⁹ (2017)	<i>Mobile application for data collection in health research</i> Pesquisa aplicada de produção tecnológica SciELO Nível de evidência: 5 Amostra: 418 profissionais de saúde	Descrever o desenvolvimento de aplicativo de tecnologia móvel para coleta de dados em pesquisa de tempo e movimento dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, na realização das intervenções/ atividades de cuidado.	- O desenvolvimento e uso do aplicativo móvel Drop-Sync objetiva coleta e gestão dos dados; - O uso do aplicativo mostrou ser um processo otimizado, seguro para registro, armazenamento e envio das informações. Além de a coleta de dados tornar-se dinâmica, rápida, segura e com integridade no compartilhamento das informações coletadas.
Kolltveit et al. ⁴⁰ (2016)	<i>Telemedicine in diabetes foot care delivery: health care professionals' experience</i> Descrição interpretativa indutiva. É parte de um estudo controlado randomizado por cluster PubMed Nível de evidência: 2 Amostra: 33 participantes	Explorar a experiência dos profissionais de saúde na fase inicial da introdução da tecnologia de telemedicina no atendimento às pessoas diabéticas com úlceras nos pés.	- O uso da telemedicina para tratamento de feridas possibilita a comunicação e discussão do caso; - Os usuários da telemedicina observaram melhoria na avaliação de feridas, documentação e registros, além da comunicação.
Houghton et al. ⁴¹ (2019)	<i>Mobilizing Breast Cancer Prevention Research Through Smartphone Apps: A Systematic Review of the Literature</i> Revisão sistemática PubMed Nível de evidência: 1 Amostra: 82 estudos	Determinar como os aplicativos móveis estão sendo usados para a prevenção e controle do câncer de mama entre as mulheres em todo o mundo.	- São utilizados aplicativos para prevenção do câncer de mama, atendimento clínico, gestão de estilo de vida saudável e qualidade de vida, bem como para melhorar a medicação e avaliar manifestações clínicas, comportamentos e riscos; - O uso dos aplicativos para promover prevenção terciária se mostrou mais prevalente do que para a prevenção secundária e primária.

Quadro 1. (cont.)

Referência (ano)	Artigo/ Tipo estudo/ Base de dados/ Nível de evidência/ Amostra	Objetivo do estudo	Conclusões
Oberg et al. ⁴² (2018)	<i>Swedish primary healthcare nurses' perceptions of using digital eHealth services in support of patient selfmanagement</i> Estudo qualitativo descritivo preparatório PubMed Nível de evidência: 4 Amostra: 20 enfermeiros	Descrever as percepções dos enfermeiros suecos da APS quanto ao uso de sistemas e serviços digitais do e-Saúde para apoiar o autogerenciamento dos pacientes.	- O uso da tecnologia e-Saúde está direcionado para registros de informações e de atendimentos, visando apoiar o autogerenciamento de pacientes com doenças crônicas; - Os enfermeiros demonstram ser contra o uso da telemedicina, pela perda da interação profissional-paciente, além de não possuírem habilidade suficiente para usar essa tecnologia; - Os participantes afirmam que o uso da internet será cada vez mais presente e há a necessidade de capacitar os profissionais.
Banks et al. ⁴³ (2018)	<i>Use of an electronic consultation system in primary care: a qualitative interview study</i> Estudo qualitativo PubMed Nível de evidência: 5 Amostra: 23 profissionais de saúde.	Avaliar se um sistema de consulta eletrônica melhora a capacidade de a equipe gerenciar a carga de trabalho e o acesso.	- O uso da tecnologia e-consultas provoca impacto na carga de trabalho dos profissionais de saúde; - A equipe reconheceu os benefícios proporcionados aos pacientes, incluindo a capacidade de acessar o sistema a qualquer momento, evitando o sistema telefônico ocupado, além de representar uma oportunidade para levantar questões não discutidas.

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

O mapeamento da literatura nesta *scoping review* apresenta síntese de estudos que abordam o conceito do uso de tecnologias por profissionais da APS no contexto da promoção da saúde.

A introdução das tecnologias no sistema de saúde provocou o surgimento de novos conceitos, instigando reflexão acerca de potencialidades e limitações da aplicabilidade dessas tecnologias no dia a dia de profissionais de saúde e usuários^{21,22}. O saber transversal na socialidade pós-moderna, induzido pelo desenvolvimento dos meios de comunicação interativos, é considerado uma sabedoria original em que há produção coletiva do conhecimento e o acesso comum a esse²³.

As tecnologias de informação, como as redes sociais, representam um elemento cada dia mais importante da vida social^{2,23,24}, já que “uma cultura tecnológica tende a contaminar o conjunto da vida cotidiana”¹⁽⁷⁷⁾. As redes

sociais estão sendo cada vez mais utilizadas por profissionais de saúde da APS, representando importantes ferramentas que podem ser utilizadas em prol da saúde como para ações de promoção da saúde.

As redes sociais, como Facebook, WhatsApp, Twitter, Instagram e outras, são utilizadas para as ações de comunicação entre profissionais, consultas clínicas ou medicamentosas, desenvolvimento profissional e promoção da saúde⁸. Observou-se, nesta *scoping review*, que a promoção da saúde apareceu entre as principais motivações do uso dos aplicativos pelos profissionais, representando 72% dos estudos selecionados. Outros abordaram ações para acompanhamento dos pacientes²⁵, além de ser fonte de comunicação entre profissionais^{26,27} ou profissionais/usuários²⁸, coleta de dados^{25,29,30} de registros²⁹.

O WhatsApp é o aplicativo mais usado pelos profissionais de saúde, seguido do Facebook, como meio de comunicar e compartilhar informações clínicas, o que pode implicar um

risco para a segurança dos dados do paciente⁸. O Facebook mostrou ser uma poderosa ferramenta de comunicação e promoção da saúde envolvendo a comunidade em geral³¹.

Os *sites* comunitários da internet testemunham a ética. Ela é particular e, às vezes, pode ser imoral, infringindo leis, bem como aquilo que é admitido socialmente²⁴.

O aplicativo móvel SmartMove tem como finalidade a promoção de atividades físicas. Trata-se de um aplicativo de fácil utilização, o que pode ter contribuído positivamente para a adesão dos usuários. A tecnologia do *smartphone*, o *widget* e os gráficos da tela de contagem de etapas são capazes de monitorar o progresso de usuários, em condições de sobrepeso e obesidade, durante a prática de exercício físico. O espaço oferecido pela tecnologia pode ajudar os profissionais de saúde a lidar com as sensibilidades relacionadas à obesidade e estilo de vida. Faz-se necessário que um membro específico da equipe do provedor de serviços impulse o uso do aplicativo pelos outros membros da equipe³².

O aplicativo DiaCert pode auxiliar os profissionais no acompanhamento clínico de pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2, incentivar os pacientes a ter hábitos mais saudáveis de vida e práticas físicas, permitir que os pacientes compartilhem seus dados pessoais com o seu profissional, receber informações relacionadas a hemoglobina glicada, diretamente do sistema de saúde para o *smartphone*³³.

Já a utilização de aplicativos ou monitores de pressão arterial via celular, pelos pacientes, pode ter o potencial de aumentar a quantidade de dados sobre pressão arterial disponíveis para os profissionais de saúde, desde que a qualidade desses dados seja assegurada para tomada de decisões clínicas no tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Essa abordagem também pode facilitar uma maior conscientização e autocuidado por parte dos pacientes, levando em consideração que a tecnologia possibilita que o paciente consiga visualizar, com maior clareza, o efeito e a importância da mudança de estilo de vida e do uso dos medicamentos anti-hipertensivos³⁴.

A mutação social provocada pela pós-modernidade traz em vigor a necessidade de uma transmutação da linguagem²³. A realização de intervenções em saúde, utilizando a combinação de aconselhamento nutricional e um aplicativo de dieta, mostrou-se mais eficiente do que quando o profissional de saúde realiza apenas o aconselhamento isolado. O uso complementar dessa ferramenta se mostrou capaz de melhorar a adesão de usuários tanto à alimentação mais saudável, quanto às práticas de atividade física³⁵.

O uso de bases tecnológicas como *web*, celulares ou computadores, por profissionais de saúde, para promover mudança de comportamentos relacionados ao álcool apresentou efeito positivo, tendo em vista que pode reduzir seu consumo e/ou danos subsequentes. O uso dessas tecnologias evidenciou que o grau em que os pacientes e os profissionais consideraram as intervenções digitais aceitáveis, viáveis e sustentáveis pode influenciar na eficácia das intervenções⁵.

O WeChat, usado para o recebimento de treinamentos de curto prazo sobre demência, como palestras, compartilhamento de vídeos e discussões em grupo, tem influenciado mudanças de comportamentos dos profissionais. A aquisição de conhecimentos acerca de fatores de riscos aos quais as pessoas estão suscetíveis pode aumentar a detecção precoce, o encaminhamento para centros especializados, a qualidade do atendimento e tratamento oferecido aos pacientes e cuidadores, bem como incentivar os profissionais a promoverem ações de educação em saúde³⁶.

O uso de *blogs* foi um salto qualitativo na comunicação entre profissionais de saúde que atuam na APS, por possibilitar o debate e a participação entre eles. A introdução dessa tecnologia também pode melhorar o diálogo/ interação entre profissionais e pacientes, promovendo, assim, o cuidado centrado na pessoa²¹. Nota-se que, por meio do uso de sites de comunicação como *blogs*, pode-se compartilhar emoções em comum²³, além de tornar possível a realização de divulgação

de informação em saúde, abrangendo outras áreas, como o monitoramento de casos e promoção da saúde³⁷. Ao capacitar os pacientes por meio da educação, eles podem participar da tomada de decisões em relação ao seu estado de saúde e promoção da mesma²¹.

As tecnologias da informação permitem a interação profissional/usuário fora da consulta formal, melhorar a comunicação e compartilhamento de informações entre os profissionais, a fim de alcançar melhores resultados em saúde, acesso às informações para apoiar a educação e as intervenções, bem como o rastreamento digital. O uso de aplicativo Nutritics, por parte dos nutricionistas, para rastreamento de ingestão alimentar, tecnologia administrativa, sistemas de gerenciamento de pacientes e de análise de dados, registros eletrônicos de saúde e consultas, mostrou-se eficaz para promover o controle da dieta e alimentação saudável. O rastreamento da ingestão alimentar pode ajudar a capacitar os pacientes e ter melhores resultados³⁸.

O desenvolvimento e utilização do aplicativo móvel DropSync permite a coleta e gestão dos dados, otimizando o processo de registro e armazenamento, envio e análise das informações selecionadas³⁹.

A utilização da tecnologia móvel (*tablets*) pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no Brasil, está voltada para registros de dados, preenchimento de formulários utilizados no dia a dia do ACS, não evidenciando ações de promoção da saúde. A baixa experiência prévia com Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) não representa um fator impeditivo para a utilização do *tablet*. As fragilidades incluem a dificuldade de concomitância de registros manuais e informatizados e a relativa demora na transmissão dos dados coletados. Tais fragilidades podem ter como consequência a minimização de parte dos benefícios esperados com o uso do *tablet*³⁰.

A telemedicina para tratamento de feridas otimiza a comunicação entre os profissionais de saúde da APS e de ambulatorios, possibilitando a utilização de imagens e sua descrição,

discussão e reflexão sobre o tratamento e melhora da qualidade dos registros⁴⁰.

Aplicativos de prevenção de câncer de mama podem ser usados para detecção prévia e tratamento precoce⁴¹. Atendimentos de apoio à autogestão de pessoas com condições crônicas, por meio do uso da telemedicina e-Saúde, têm sido adotados no cotidiano dos profissionais⁴². Além disso, servem de apoio e acompanhamento das mudanças de comportamento em saúde para melhor controle da doença crônica e proatividade de pacientes nas atividades de autocuidado/autogestão⁴¹.

A tecnologia de suporte de consultas online, denominada e-consultas, tem mostrado eficácia. Possibilita notas de ajuste, como renovação de prescrições medicamentosas e avaliação de resultados de exames, apesar da possível sobrecarga de trabalho pelo uso do telefone para consultas eletrônicas⁴³. Os profissionais de enfermagem evidenciam a dificuldade de adaptação ao uso da tecnologia e-Saúde, por não se sentirem seguros, além do medo de não conseguirem interagir com os pacientes de maneira satisfatória⁴².

É provável que a relutância de profissionais de saúde na utilização de novas tecnologias esteja relacionada à natureza e confiabilidade dos dados fornecidos, além da preocupação com o aumento da carga de trabalho e responsabilidade sobre os dados³⁴. “Eis aí a dificuldade existente de apreender a pós-modernidade nascente. Em reduzir o real denso e complexo a uma realidade mensurável”²³⁽⁴⁾. Isso pode ser superado com evidências que demonstrem resultados de eficácia e custo-efetividade. Os órgãos de regulação em saúde podem ter um importante papel no controle de qualidade e no fornecimento de diretrizes explícitas em relação à implementação de novas tecnologias na saúde³⁴.

A promoção de estilo de vida saudável ainda representa um desafio, mas pode ser de enfrentamento positivo. Para que os profissionais consigam alcançar de forma eficaz a promoção da saúde utilizando ferramentas e tecnologias, é preciso que eles estejam profissionalmente

capacitados e utilizem práticas baseadas em evidências para alcançar os objetivos perante as necessidades de cada um⁷. Assim, as renovadas formas sociais precisam responder às formas intelectuais repensadas¹. Há relevância em se manter uma visão equilibrada acerca das intervenções digitais, para que essas tecnologias sejam usadas como complemento, ou seja, elas não substituem encontros presenciais entre profissionais de saúde e pacientes⁷.

Nota-se que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal, que visa romper com a fragmentação excessiva na abordagem do processo saúde-doença e diminuir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem⁹. As tecnologias podem ser usadas pelos profissionais de saúde visando o alcance de tais fins⁴¹, pois as tecnologias representam o coração pulsante da sociedade pós-moderna¹.

Todos os estudos que fazem parte desta revisão apresentam suas limitações. A presente *scoping review* teve como limitação a amostra reduzida pela definição temporal de coleta, entre 2016-2019, justificada pelo marco civil da internet no Brasil e sua regulamentação somente em 2016. Apresenta como contribuição a síntese do conhecimento produzido por uma amostra composta por estudos de diversas regiões geográficas do mundo, que abordam o uso e a necessidade de implementação de tecnologias na APS para a promoção da saúde de pessoas/famílias.

Conclusões

O mapeamento de evidências disponíveis referente ao conceito 'uso de tecnologias' por profissionais da APS no contexto da promoção da saúde trouxe resultados que impactam as condições de saúde e promoção de escolhas mais saudáveis de vida.

As tecnologias fazem parte do cotidiano dos profissionais, demonstrando eficácia nas ações de promoção da saúde e de estilo de vida mais saudável, como a alimentação, prática de atividades físicas e mudanças de comportamento relacionadas ao álcool. Seu uso também abrange medidas de controle da saúde, curativas e medicamentosas. Além disso, é fonte de comunicação entre os profissionais, profissionais e usuários da APS, contribuindo para o desenvolvimento profissional, caracterizando-se como ferramentas inovadoras.

São possíveis novas estratégias de implementação de tecnologias na APS, com capacitação e motivação do profissional, a fim de garantir maior efetividade e qualidade na atenção e promoção da saúde de pessoas/famílias.

Colaboradores

Silva TC (0000-0002-2980-8973)* e Carvalho AG (0000-0001-8099-6829)* contribuíram para coleta em bases de dados, interpretação dos dados, redação do manuscrito e aprovação da versão final, responsabilidade por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Tholl AD (0000-0002-5084-9972)*, Borrego MAR (0000-0002-5677-0165)* e Soto P JL (0000-0002-1046-6686)* contribuíram igualmente para revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final, responsabilidade por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Viegas SMF (0000-0002-0287-4997)* contribuiu para concepção e desenho do estudo, revisão da coleta em bases de dados, interpretação dos dados, redação do manuscrito e aprovação da versão final, responsabilidade por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Maffesoli M. A ordem das coisas: pensar a pós-modernidade. Rio de Janeiro: Forense; 2016.
- Maffesoli M. A república dos bons sentimentos. São Paulo: Iluminuras: Itaú Cultural; 2009.
- Maffesoli M. Arcaísmo, cibercultura e reencantamento do mundo: as dobras do cotidiano tecnológico. *Comunicação e Informação*. 2018 [acesso em 2020 abr 29]; 21(02):04-18. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.1981-0695.2019v14n1.44401>.
- Brasil. Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014. Estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da internet no Brasil. *Diário Oficial da União*. 24 Abr 2014.
- Ramsey AT, Satterfield JM, Gerke DR, et al. Technology-Based Alcohol Interventions in Primary Care: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*. 2019 [acesso em 2020 abr 29]; 21(04):12. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/10859>.
- Jong CC, Ros WJG, Leeuwen MV, et al. The challenge of involving elderly patients in primary care using an electronic communication tool with their professionals: a mixed methods study. *Journal of Innovation in Health Informatics*. 2017 [acesso em 2020 abr 30]; 24(3):275-283. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14236/jhi.v24i3.937>.
- Berman AH, Kolaas K, Petersén E, et al. Clinician experiences of healthy lifestyle promotion and perceptions of digital interventions as complementary tools for lifestyle behavior change in primary care. *BMC Family Practice*. 2018 [acesso em 2020 mar 5]; 19(139):01-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0829-z>.
- Marin-Gomez FX, Cuyas FG, Reig-Bolano R, et al. Social Networking App Use Among Primary Health Care Professionals: Web-Based Cross-Sectional Survey. *JMIR mHealth and uHealth*. 2018 [acesso em 2020 abr 30]; 06(12):12. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/11147>.
- Brasil. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. *Diário Oficial da União*. 28 Nov 2017.
- Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*. 2018 [acesso em 2020 jan 5]; 169(07):467-73. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/m18-0850>.
- Daudt HML, Van Mossel C, Scott SJ. Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Medical Research Methodology*. 2013 [acesso em 2020 abr 5]; 13(48):01-09. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2288-13-48>.
- Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005 [acesso em 2020 fev 25]; 08(01):19-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>.
- Aromataris E, Munn Z, editores. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. C. s.: JBI; 2020. [acesso em 2021 set 5]. Disponível em: https://wiki.jbi.global/display/MA-NUAL/Downloadable+PDF+-+current+version?previow=/61636614/67733014/JBIMES_2020August.pdf.
- Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *Journal BMJ*. 2008 [acesso em 2020 abr 5]; 336(7650):924-926. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD>.
- Brasil. Decreto nº 8.771, de 11 de maio de 2016. Regulamenta a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 para tratar das hipóteses admitidas de discriminação de pacotes de dados na internet e de degradação de tráfego, indicar procedimentos para guarda e proteção de dados por provedores de conexão e de aplicações, apontar medidas de transparência na requisição de dados cadastrais pela administração pública e estabelecer parâmetros para fiscalização e apuração de infrações. *Diário Oficial da União*. 11 Maio 2016.

16. Bennett S, Bennett JW. The process of evidence-based practice in occupational therapy: informing clinical decisions. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2000 [acesso em 2020 mar 10]; 47(01):171-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1440-1630.2000.00237.x>.
17. Sampaio RF, Mancini MC. Systematic review studies: A guide for careful synthesis of the scientific evidence. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2007 [acesso em 2020 mar 10]; 11(01):83-89. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013>.
18. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, et al. *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. 2. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1996.
19. Stetler CB, Brunell M, Giuliano KK, et al. Evidence-based practice and the role of nursing leadership. *Journal of Nursing Administration*. 1998 [acesso em 2020 mar 15]; 28(07-08):45-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00005110-199807000-00011>.
20. Gray MJA. *Evidence based healthcare: how to make health policy and management decision*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997.
21. Oliver-Mora M, Iñiguez-Rueda L. El uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en los centros de salud: la visión de los profesionales en Cataluña, España. *Revista Interface*. 2017 [acesso em 2020 mar 5]; 21(63):945-955. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0331>.
22. Plessis LM, Koornhof HE, Marais ML, et al. Implementation of the Road-to-Health-Booklet health promotion messages at primary health care facilities, Western Cape Province, South Africa Western Cape Province, South Africa. *South African journal of child health*. 2017 [acesso em 2020 fev 10]; 11(04):164-169. Disponível em: <http://www.scielo.org.za/pdf/sajch/v11n4/09.pdf>.
23. Maffesoli M. *O tempo retorna: formas elementares da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2012.
24. Maffesoli M. *Pactos emocionais: reflexões em torno da moral, da ética e da deontologia*. Curitiba: PUC-PRESS; 2018.
25. Mastellos N, Bliźniuk G, Czopnik D, et al. Feasibility and acceptability of TRANSFoRm to improve clinical trial recruitment in primary care. *Family Practice*. 2016 [acesso em 2020 fev 20]; 33(02):186-191. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cm102>.
26. Lofters AK, Slater MB, Angl EN, et al. Facebook as a tool for communication, collaboration, and informal knowledge exchange among members of a multisite family health team. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2016 [acesso em 2020 mar 20]; 25(9):29-34. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S94676>.
27. Keyworth C, Hart J, Armitage CJ, et al. What maximizes the effectiveness and implementation of technology-based interventions to support healthcare professional practice? A systematic literature review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2018 [acesso em 2020 mar 15]; 18(93):21. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12911-018-0661-3>.
28. Smailhodzic E, Hooijsma W, Boonstra A, et al. Social media use in healthcare: A systematic review of effects on patients and on their relationship with healthcare professionals. *BMC Health Services Research*. 2016 [acesso em 2020 abr 15]; 16(442):14. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1691-0>.
29. Cavalcante RB, Silva HRM, Silva TIM, et al. Diffusion of the technological innovation e-sus ab: acceptance or rejection? *Cogitare Enfermagem*. 2018 [acesso em 2020 abr 15]; 23(3):01-13. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.55911>.
30. Daltro EFMA, Barbosa DSJ, Machado APR, et al. Aceitação e uso de tecnologias móveis de informação pelos agentes comunitários de saúde de Sapeaçu. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2020 abr 2]; 41(02):324-333. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017v41.n2.a1333>.
31. Bernardes VP, Dias LF, Pereira MA, et al. Facebook como Ferramenta Pedagógica em Saúde Coletiva: In-

- tegrando Formação Médica e Educação em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2019 [acesso em 2020 abr 3]; 43(01):652-661. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190192>.
32. Glynn LG, Glynn F, Casey M, et al. Implementation of the SMART MOVE intervention in primary care: a qualitative study using normalisation process theory. *BMC Family Practice*, United Kingdom. 2018 [acesso em 2020 abr 15]; 19(48):10. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0737-2>.
 33. Bonn SE, Alexandrou C, Steiner KH, et al. App-technology to increase physical activity among patients with diabetes type 2 - the DiaCert-study, a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2018 [acesso em 2020 mar 5]; 18(119):01-07. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5026-4>.
 34. Morrissey EC, Glynn LG, Casey M, et al. New self-management technologies for the treatment of hypertension: general practitioners' perspectives. *Family Practice*. 2018 [acesso em 2020 abr 5]; 35(03):318-322. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz100>.
 35. Recio-Rodriguez JI, Conde CA, Calvo-Aponte MJ, et al. The Effectiveness of a Smartphone Application on Modifying the Intakes of Macro and Micronutrients in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. The EVIDENT II Study. *Nutrients*, Switzerland. 2018 [acesso em 2020 abr 5]; 10(10):16. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu10101473>.
 36. Wang F, Xião LD, Wang K, et al. Evaluation of a WeChat-based dementia-specific training program for nurses in primary care settings: A randomized controlled trial. *Applied Nursing Research*, Philadelphia. 2017 [acesso em 2020 abr 10]; 38(01):51-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.09.008>.
 37. Pinto LF, Rocha CMF. Innovations in Primary Health care: the use of communications technology and information tools to support local management. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016 [acesso em 2020 mar 2]; 21(05):1433-1448. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26662015>.
 38. Jones A, Mitchell LJ, O'Connor R, et al. Investigating the Perceptions of Primary Care Dietitians on the Potential for Information Technology in the Workplace: Qualitative Study. *Journal of Medical Internet Research*. 2018 [acesso em 2020 abr 10]; 20(10):27. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jmir.9568>.
 39. Pereira IM, Bonfim D, Peres HHC, et al. Mobile application for data collection in health research. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2017 [acesso em 2020 abr 2]; 30(5):479-488. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700069>.
 40. Kolltveit BCH, Gjengedal E, Graue M, et al. Telemedicine in diabetes foot care delivery: health care professionals' experience. *BMC Health Services Research*. 2016 [acesso em 2020 mar 10]; 16(134):08. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1377-7>.
 41. Houghton LC, Howland RE, McDonald JA. Mobilizing Breast Cancer Prevention Research Through Smartphone Apps: A Systematic Review of the Literature. *Mobilizing Breast Cancer Prevention Research*. 2019 [acesso em 2020 mar 2]; 07(01):15. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00298>.
 42. Oberg U, Orre CJ, Isaksson U, et al. Swedish primary healthcare nurses' perceptions of using digital eHealth services in support of patient self management. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2018 [acesso em 2020 abr 30]; 32(2):961-970. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12534>.
 43. Banks J, Farr M, Salisbury C, et al. Use of an electronic consultation system in primary care: a qualitative interview study. *British Journal of General Practice*, Londres. 2018 [acesso em 2020 abr 29]; 68(666):01-08. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgp17X693509>.

Recebido em 14/02/2021

Aprovado em 09/10/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Bolsa de Mestrado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Processo: 88887.494064/2020-00

Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa

Challenges for effective popular participation and social control in SUS management: integrative review

José Felipe de Freitas Gomes¹, Nathalia Halax Orfão¹

DOI: 10.1590/0103-1104202113118

RESUMO A participação da comunidade constitui um princípio constitucional orientador do sistema público de saúde no Brasil, regulamentado pela Lei nº 8.142 de 1990. Objetivou-se compreender os desafios enfrentados para a efetiva participação popular e o controle social na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, foi realizada revisão integrativa da literatura nas bases de dados do PubMed, Lilacs, Scopus, Embase e Web of Science, a partir de descritores indexados e seus sinônimos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Como critérios de inclusão, foram considerados artigos completos publicados entre os anos de 1988 e 2020, nos idiomas supracitados. E, para exclusão, teses, dissertações, monografias, manuais e artigos duplicados. Foram selecionados 64 artigos que abordavam como desafios a luta por interesses próprios, a influência político-partidária, o distanciamento entre representantes e representados, a falta ou inadequada capacitação permanente em saúde, a deficiência de infraestrutura dos espaços deliberativos, entre outros. Nesse sentido, para a superação dos obstáculos, é fundamental que seja garantida a pluralidade de membros, critérios transparentes na sua escolha, rotatividade de conselheiros, desenvolvimento de gestão transparente, democratização da informação e capacitação dos conselheiros de saúde, por meio de práticas de educação permanente.

PALAVRAS-CHAVE Gestão em saúde. Sistema Único de Saúde. Políticas de controle social. Participação social.

ABSTRACT *Community participation is a constitutional guiding principle of the public health system in Brazil, regulated by Law No. 8.142, of 1990. The objective was to understand the challenges faced for effective popular participation and social control in the management of the Unified Health System (SUS). For this purpose, an integrative literature review was carried out in the databases of PubMed, Lilacs, Scopus, Embase and Web of Science, using indexed descriptors and their synonyms, in Portuguese, English and Spanish. As inclusion criteria, complete articles published between 1988 and 2020 were considered, in the aforementioned languages. And, as exclusion, theses, dissertations, monographs, manuals and duplicate articles. The 64 articles selected addressed as challenges the struggle for their own interests, the political-party influence, the distance between representatives and those represented, the lack or inadequate permanent health training, the lack of infrastructure in deliberative spaces, among others. In this sense, in order to overcome obstacles, it is essential to guarantee the plurality of members, transparent criteria in their choice, turnover of counselors, development of transparent management, democratization of information and training of health counselors, through educational practices permanent.*

¹Fundação Universidade Federal de Rondônia (Unir) – Porto Velho (RO), Brasil. gomesjf@hotmail.com

KEYWORDS *Health management. Unified Health System. Social control policies. Social participation.*



Introdução

Internacionalmente, um dos marcos históricos na defesa da participação comunitária ocorreu em 1978, através da Conferência de Alma Ata, que apresentou como uma de suas deliberações a necessidade de os países implementarem e aplicarem o princípio da participação da comunidade no processo de gestão em saúde, fomentando a autorresponsabilidade entre os diferentes sujeitos sociais¹.

No Brasil, esse marco histórico resultou de intensas lutas democráticas envolvendo diversos atores sociais integrantes do Movimento da Reforma Sanitária em 1970²⁻⁸, e, posteriormente, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual foram discutidos o direito à saúde e a necessidade de um modelo de saúde universal, alicerçado pela prática da participação social^{2,9}.

As propostas incorporadas no relatório final da Conferência, contribuíram para a elaboração dos artigos 196 ao 198 da Constituição Federal de 1988¹⁰. Especificamente sobre o princípio da participação da comunidade, este foi reafirmado na Lei nº 8.080 de 1990¹¹, e regulamentado por meio da Lei nº 8.142 de 1990, que dispõe sobre a participação comunitária na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) através das seguintes instâncias de participação social: Conferências e Conselhos de Saúde¹², que se caracterizam como espaços públicos deliberativos e de construção da democracia nas três esferas de governo^{13,14}.

Entretanto, a referida participação, apesar de ser prevista legalmente, não constitui, necessariamente, a garantia de sua efetividade nas instâncias colegiadas⁴, pois infere-se que muitos desses espaços institucionalizados não estejam alcançando um efetivo controle social⁹, o que inviabiliza a garantia de uma gestão democrática e participativa no SUS¹⁵.

O termo controle social, em caráter participativo e democrático, é considerado uma realidade recente no processo histórico do Brasil¹⁶, sendo dinâmico e encontrando-se em construção^{17,18}. Pode ser compreendido

como a participação da população, através de seus representantes, na definição, execução, no acompanhamento e no controle das ações do Estado^{7,17,19-24}. Possui como parte de sua estrutura Comissões Intersetoriais que assessoram o plenário, resgatando e reiterando os princípios do SUS e do controle social.

A participação popular é considerada uma ferramenta de gestão pública que, no SUS, materializa-se através das instâncias colegiadas, formais ou informais, permitindo, além da democratização, a corresponsabilização entre Estado e sociedade civil. Através dos espaços de controle social do SUS, garante-se também, a incorporação de demandas sociais vocalizadas por diferentes sujeitos coletivos. No entanto, para que isso ocorra, é necessário que exista um efetivo controle social e uma gestão participativa, sendo fundamental que sejam (re)conhecidos os desafios enfrentados nos diferentes canais de participação popular que, conseqüentemente, prejudicam o pleno exercício do controle social, possibilitando, ainda, que, mediante esse (re)conhecimento, sejam traçadas estratégias que subsidiem a superação dos diversos obstáculos.

Assim, o objetivo deste estudo consistiu em compreender os desafios enfrentados para a efetiva participação popular e o controle social na gestão do SUS, nas diferentes instâncias colegiadas.

Material e métodos

Trata-se de uma revisão integrativa realizada a partir da questão de pesquisa: 'Como a literatura tem abordado a participação popular e o controle social na gestão do SUS?', na qual a estratégia de busca aplicada estabeleceu-se através do PICO²⁵, em que o acrônimo 'P' (problema) considerou a gestão do SUS, 'I' (fenômeno de interesse) o controle social e o 'Co' (contexto) a participação popular.

Para tal, foram selecionados os descritores no Medical Subject Headings (MeSH), Descritores em Ciência da Saúde (DeCS)

e EMTREE, nos idiomas português, inglês e espanhol, para cada conteúdo, a saber: Gestão do SUS (“Gestão da saúde da população”, “Política de Saúde”, “Sistema Único de Saúde”, “Sistemas de Saúde”, “Gestão em saúde”, “Cursos de Capacitação” e “Educação Continuada”), Controle Social (“Conferências de Saúde”, “Conselhos de Saúde” e “Políticas de Controle Social”) e Participação Popular (“Participação da Comunidade”, “Participação Social”, “Planejamento Participativo” e “Controle Social Formal”), sendo que os sinônimos foram combinados por meio do operador booleano OR e os acrônimos pelo AND.

A busca dos artigos científicos foi realizada em novembro de 2020, nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), US National Library of Medicine (PubMed), Scopus, Embase e Web of Science por meio do acesso remoto via CAFE no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Foram considerados como critérios de inclusão os artigos completos publicados no período entre 1988 e 2020, nos idiomas português, inglês ou espanhol. E como critérios de exclusão, teses, dissertações, monografias, manuais e artigos duplicados.

Após selecionar os artigos científicos das bases de dados, foi utilizado o aplicativo de revisão sistemática on-line Rayyan QRCI para remover os duplicados e analisar o critério de elegibilidade, a partir dos títulos e resumos, no qual foram considerados estudos que abordassem os desafios para a efetiva participação popular e o controle social na gestão do SUS. A avaliação aconteceu por meio de

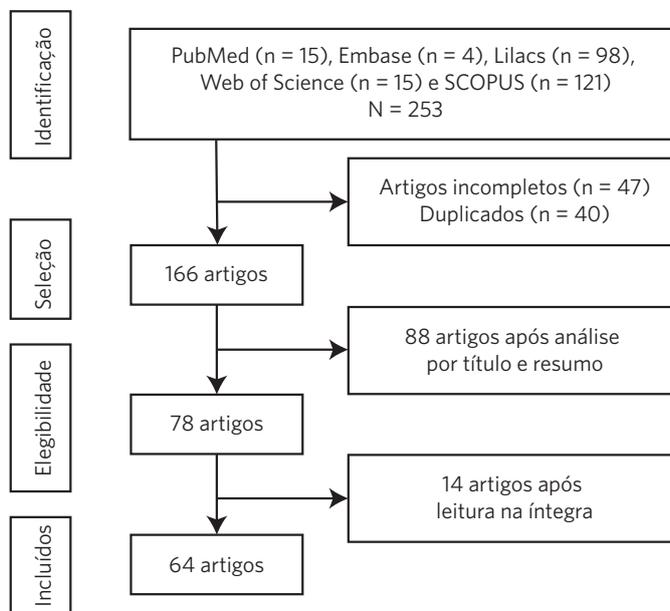
dois pesquisadores independentes, sendo os conflitos sanados por um terceiro avaliador.

As etapas de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos artigos científicos foram apresentadas nos resultados através de um fluxograma de quatro partes, construído conforme a recomendação Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma)²⁶.

Resultados e discussão

A partir da busca nas bases de dados, foram encontrados 253 artigos científicos, dos quais, 87 foram excluídos por não se caracterizarem como artigos completos (47) e pela duplicidade (40). Após a análise dos títulos e dos resumos dos 166 artigos restantes, 88 foram excluídos por não atenderem ao critério de elegibilidade, apresentando como foco os modelos de controle social realizados em outros países, as políticas públicas de saúde e a política de controle do tabagismo, álcool e obesidade. Totalizaram-se, assim, 78 artigos para leitura na íntegra, dos quais, 14 foram excluídos por abordarem o envolvimento do público e do paciente no processo de incorporação de tecnologias, as bases socioculturais do controle social em saúde indígena, o processo de descentralização do SUS, a vigilância sanitária na agenda do espaço de controle social, as estratégias de capacitação dos conselheiros de saúde e os aspectos estruturais e organizativos das instâncias colegiadas, resultando, portanto, em 64 estudos que compõem esta revisão (*figura 1*).

Figura 1. Fluxograma para seleção dos artigos incluídos nesta revisão de literatura, 2020



Fonte: Adaptado de Moher et al.²⁶.

Nos estudos discutidos na presente revisão de literatura, detectam-se desafios à efetiva prática do princípio constitucional de participação da comunidade nos diferentes canais de participação e controle social, sejam eles formais (Conselhos e Conferências de Saúde) ou informais (Conselhos Locais de Saúde – CLS). Logo, diante das singularidades dos órgãos colegiados, esta discussão apresenta-se estruturada em canais formais e informais de participação popular.

Desafios das instâncias colegiadas formais

A participação social efetiva constitui uma forma de fortalecer o sistema de saúde do Brasil²⁷, exigindo, por vezes, que os diferentes segmentos sociais exerçam oposição a práticas hegemônicas nas diferentes arenas públicas de disputa, especialmente no setor saúde⁴. Entretanto, estudos apontam que, entre os

desafios das instâncias colegiadas, que influenciam negativamente o desempenho dos órgãos de controle social, destaca-se a escassa participação dos conselheiros de saúde nos colegiados^{28,29}, a exemplo dos representantes do segmento de usuários³⁰.

Isso pode ser justificado pela falta de conhecimento dos atores sociais a respeito do controle social^{17,20,23,31-34} e da própria função como conselheiros^{20,28,35}, que, conseqüentemente, resulta em comportamentos de omissão ou até mesmo de conformismo³⁶. Além disso, verifica-se o escasso conhecimento a respeito do regimento interno do próprio Conselho²⁰, o baixo compromisso dos conselheiros com a população que representam, as dificuldades em participar das reuniões, a falta e/ou inadequada capacitação^{18,22,33,34,37-39}, o curto prazo para a avaliação de propostas que exigiam mais tempo de debate e mais dedicação ao estudo dos temas deliberados, a pressão para deliberação de determinados temas⁴⁰, o medo

dos conselheiros de se posicionarem nas reuniões e sofrerem represálias e punições²⁹, tal como ocorreu entre os trabalhadores da saúde⁴¹, deixando, inclusive, de verbalizar seus pontos de vista e opiniões a fim de preservarem seu vínculo empregatício²⁹, interferindo, dessa forma, no andamento das atividades nos Conselhos de Saúde e, conseqüentemente, dificultando a atuação das instâncias participatórias^{6,15,34,42}.

No que se refere à escassez de capacitações envolvendo os membros dos Conselhos de Saúde, isso pode ser explicado pela falta de interesse dos gestores em qualificá-los e pela elevada rotatividade dos conselheiros³⁸, cujo tempo de mandato, entre os diferentes colegiados, varia de dois a três anos; além da centralização de informações entre os segmentos dos gestores e profissionais da saúde, uma vez que, embora os usuários participem das reuniões, apresentam uma participação com pouca qualidade^{4,14}, inviabilizando ou prejudicando, inclusive, a atuação e o processo de tomada de decisão por parte desses atores sociais^{39,43}.

Nesse sentido, os estudos reforçam que a educação permanente não tem recebido atenção suficiente na agenda e na rotina dos Conselhos de Saúde, comprometendo, assim, a eficácia do monitoramento e do processo deliberativo das políticas públicas, na medida em que o desconhecimento de temas fundamentais interfere na discussão, no funcionamento e nas necessidades do setor saúde^{6,7,14,15,20,34,38,41,43-45}.

Todavia, quando ocorrem tais ações educativas, percebe-se que estas apresentam-se relacionadas ao desenvolvimento de capacitações que utilizam métodos tradicionais, inviabilizando a construção coletiva, cuja efetividade requer práticas dialógicas e de escuta, prerrogativas indispensáveis do controle social⁴⁴, possibilitando, dessa forma, o fortalecimento da autonomia de atuação dos conselheiros e do próprio Conselho de Saúde^{28,46}, assim como proporciona a luta contra a hegemonia do poder sobre a política pública de saúde⁴ e a 'prefeiturização'⁴⁷, enraizadas em algumas

instâncias colegiadas em que prevalecem o autoritarismo, a dominação e a manipulação, prejudicando a consolidação da participação social democrática^{7,19,36}, principalmente diante da manutenção de legislações restritivas, como ocorre em determinados municípios⁴⁸.

A debilidade no processo participativo também está relacionada com a desmotivação dos conselheiros diante das práticas irregulares na realização e/ou convocação para as reuniões dos Conselhos^{15,37} e com o desestímulo perante a dificuldade em exercerem influência nos processos de tomada de decisão dos gestores¹⁴, bem como verifica-se a falta de garantia de que a contribuição da sociedade civil, através da participação nas discussões e deliberações, será realmente efetivada³⁹, assim como a escassez de quórum deliberativo nas reuniões^{22,34}, que ocasionam descrenças entre os atores coletivos quanto à eficácia dos Conselhos de Saúde, principalmente entre os sujeitos comprometidos e atuantes na busca do efetivo exercício do controle social^{34,39}.

O estudo realizado por Pereira et al.³³ apresentou determinados obstáculos ao exercício do controle social pelos promotores de justiça do Ministério Público, entre os quais, citam-se o retrocesso e/ou estagnação do processo de interlocução com os Conselhos de Saúde diante das movimentações da carreira (remoção e promoção), bem como a valorização da atuação judicial em detrimento da intervenção extrajudicial, a falta de autonomia financeira das instâncias colegiadas para articularem sua independência, ausência de planejamento institucional para a uniformização das estratégias em saúde e a relação republicana com o gestor.

De modo complementar, percebe-se que, em muitos casos, há fortes influências políticas, disputas entre os conselheiros de saúde, prevalecendo, eventualmente, práticas autoritárias e revanchismo político entre grupos oligárquicos rivais, principalmente entre os membros que representam os usuários, que, na luta por interesses próprios, desconsideram os interesses coletivos em prol do bem

comum^{2,5,15,18,22,31,36,37,39,40,49}, apesar de haver conselheiros de saúde conscientes a respeito da necessidade de prevalecer o interesse público e coletivo nas decisões do colegiado, em detrimento dos interesses particulares²⁷.

Estudos abordam, ainda, a cooptação de lideranças populares, que prejudicavam, por consequência, as ações do segmento de usuários¹⁵, bem como tem sido evidenciado na literatura que, em certos casos, os Conselhos constituem espaços de conflitos, de envolvimento político-partidário em que, ocasionalmente, prevalecem comportamentos baseados em relações de camaradagem ou que servem apenas como ‘trampolim’ político^{7,49}, o que pode comprometer a autonomia decisória do Conselho e ocasionar danos à população⁴⁹.

Com relação a essa problemática, Coelho⁴ refere que cada instituição/organização, nos Conselhos de Saúde, luta para que seus membros se tornem conselheiros, despertando dúvidas quanto ao real interesse em participar dos órgãos colegiados, cujas reivindicações da base de representação social dos conselheiros não podem sobressair ao interesse coletivo. A autora ainda complementa afirmando que as disputas para ocupar esses espaços sociais são responsáveis pelo surgimento de conflitos que enfraquecem a participação popular democrática.

O distanciamento entre representantes e representados também é um fator que prejudica a consolidação do controle social em saúde, interferindo na legitimidade da representação^{2,5,8,15,18,22,23,30,50}. Estudos complementam, ainda, que muitos conselheiros de saúde, além de não compartilharem as decisões do Conselho com seus representados, também não possuem vínculos com suas bases sociais, o que explica o reduzido interesse, a escassa participação da comunidade nas discussões das políticas de saúde locais e a descrença quanto ao potencial das instâncias participativas em melhorar a qualidade das condições de saúde da comunidade^{6,14,18,23,45,47,49}.

De acordo com Serapioni e Romani¹⁴, a representatividade dos Conselhos, caracterizada pelo vínculo entre conselheiros e comunidade,

só é possível quando as demandas da população são levadas aos Conselhos e quando, em sentido oposto, as discussões e deliberações são repassadas à comunidade. A existência de vínculos sólidos entre conselheiros e as próprias bases de apoio exige que os representantes se façam cada vez mais presentes junto a seus representados^{14,17,50}.

Ventura et al.³⁴ identificaram tanto o escasso comprometimento das elites políticas brasileiras com a democracia participativa quanto a forte influência da mídia televisiva no Conselho de Saúde, que, em diversos casos, funcionava como o meio utilizado pela população para procurar resolver suas necessidades.

Constata-se ainda, em diversas arenas públicas de decisão, algumas situações, tais como a ‘elitização’ dos conselheiros de saúde, determinada pelos elevados níveis de escolaridade e renda desses sujeitos sociais, quando comparados à média dos usuários do SUS^{6,41,51,52}, a ‘profissionalização’ dos membros dos Conselhos de Saúde, caracterizada pela sua falta de renovação devido à baixa rotatividade e à ausência de limite para o número de mandatos, ocorrendo, eventualmente, apenas a mudança de conselheiros com relação à instituição representada^{23,34,41,51-53}, sendo uma realidade detectada também nas Conferências de Saúde, em que verifica-se repetitividade de representantes, dificultando a inserção de novos membros e, conseqüentemente, de novas pautas⁵⁴, bem como a existência de ‘policonselheiros’, como são conhecidos os cidadãos que participam de diversos Conselhos³⁷, que implicam, por conseguinte, a perpetuação de práticas que resultam na insuficiência do exercício democrático²⁰.

Entre os aspectos de estrutura, funcionamento e organização das instâncias colegiadas que prejudicavam a prática do controle social no SUS, destacam-se: deficiência de infraestrutura desses espaços públicos, incluindo sede própria e equipamentos básicos^{33,34,45}; falta de apoio administrativo, operacional e financeiro^{8,19,33,34,39}; horários das reuniões e dificuldades do dia a dia (tal como o cansaço

físico após a jornada de trabalho) que inviabilizavam a participação de muitos cidadãos³⁴; disponibilidade de tempo, especialmente entre os representantes de usuários⁴; precária divulgação das ações desenvolvidas pelos Conselhos de Saúde, dificultando o vínculo com a comunidade pela falta de comunicação e transparência^{8,28,47,52,55}, prevalecendo debates centrados numa abordagem técnico-científica, em detrimento da discussão relacionada à política social⁴¹; falta de acesso e/ou interesse na busca de informações^{20,37,40,45,50}; repetição de pautas nas reuniões³⁴; formulação das pautas exclusivamente pelo presidente do Conselho³¹ ou pelas Secretarias de Saúde e cujas decisões, em sua maioria, já estavam tomadas^{23,43,47,49}.

A respeito dos segmentos sociais que compõem os Conselhos de Saúde, alguns estudos apontam que nem sempre há paridade nesses colegiados, prevalecendo a hiper-representação do segmento dos gestores, que resulta no aumento da sua influência frente ao processo deliberativo^{47,48,53}, bem como verifica-se que, quanto às instituições representadas nos Conselhos, a participação de instituições que representam grupos da sociedade civil bem organizados se sobressai, em detrimento daquelas com menor organização e força social³⁹, havendo, inclusive, a integração de grupos historicamente marginalizados (deficientes, idosos, afro-brasileiros e pessoas vivendo com HIV/Aids e hanseníase), agora atuantes no planejamento de saúde nas arenas públicas de decisão²⁷.

No contexto dos Conselhos de Saúde, detecta-se, também que nesses canais de participação prevaleciam: a existência de pauta apresentada com significativa exposição técnica, além de tensões entre os diferentes segmentos, que transformavam a plenária em verdadeiros campos de batalhas; ausência do segmento gestor nas reuniões, que, por vezes, era interpretada como 'falta de compromisso do governo'²²; deliberações do colegiado não homologadas ou executadas pelo gestor; visão centralizadora com o não reconhecimento dos Conselhos como espaços formais de participação social pelos

governos locais (típicos de práticas autoritárias que, além de limitarem as demais forças presentes no Conselho, interferem diretamente na autonomia financeira e administrativa dos colegiados); dificuldades na integração entre o Conselho e o governo, além das fragilidades no monitoramento, na fiscalização e no acompanhamento das ações sobre as quais havia deliberado^{15,18,30,34,39,48,56}. O exercício financeiro de muitas gestões não havia sido avaliado e, em alguns casos, mesmo diante de irregularidades e/ou superficialidade, sempre era consentido pelos conselheiros, pressionados para que aprovassem imediatamente os balancetes¹⁵, prevalecendo o escasso tempo destinado à análise detalhada dos gastos e a reduzida discussão sobre essa temática^{23,35}. Nesse sentido, salienta-se que a capacidade de parte significativa dos Conselhos de Saúde em controlar e participar da administração dos recursos financeiros pode ser considerada frágil⁵⁰.

Gonçalves et al.⁵⁷ revelam que a escassa disponibilização dos relatórios de prestação de contas em sítios eletrônicos prejudicava o controle social pela sociedade em geral e pelos próprios conselheiros de saúde, pois dificultava o amplo acesso às informações econômico-financeiras, imprescindíveis para um efetivo controle social, além da falta de padronização previamente estabelecida pelas Secretarias de Saúde sobre como deveria ser feita a elaboração de informações de natureza econômica e financeira.

Nesse sentido, as instâncias participativas funcionavam como órgãos de 'enfeite', prevalecendo a capacidade consultiva, em vez da atuação deliberativa, e com postura centralizadora da gestão, refratária ao controle social, com nítido descumprimento dos princípios fiscalizador e democrático, reduzindo os Conselhos de Saúde a meros legitimadores de políticas públicas elaboradas pela gestão^{20,23,35,42,43,47,49,50}, ocasionando sentimento de impotência e distanciamento dos conselheiros das discussões e deliberações^{15,23}. Percebe-se, ainda, uma limitação significativa dos Conselhos de Saúde relacionada à

ausência de autoridade legal em intervir nas decisões governamentais, a fim de que fossem implementadas as deliberações referentes às políticas de saúde³⁹, justificando, assim, o reduzido impacto sobre a reestruturação dos serviços de saúde⁵².

Além do mais, ressalta-se que a participação dos secretários de saúde como membros natos, respaldados pelo regimento interno, desempenhando até mesmo ‘naturalmente’ a função de presidentes do colegiado^{47,58}, mesmo diante de escolhas democráticas, por meio de eleição, ocasionava na sociedade civil uma falta de apropriação quanto à plenitude do exercício democrático do controle social⁴⁸.

A prática burocratizada das instâncias participatórias surge no momento em que há o desequilíbrio de poder entre os diferentes segmentos sociais, ou seja, quando há uma relação assimétrica de poder entre os conselheiros de saúde, resultando, dessa forma, em instâncias colegiadas inacessíveis e frágeis⁴⁷, conforme verificado nas cúpulas das associações nos Conselhos Distritais de Saúde do município do Rio de Janeiro, nas quais prevalecia a relação desarmônica de poder que inviabilizava a participação do cidadão comum para assumir o cargo de conselheiro distrital de saúde – caracterizando a ‘oligarquização’ das associações, representada pela longa permanência das lideranças na direção dessas instituições, bem como pelo controle da cúpula sobre a escolha dos membros –, refletindo, assim, o monopólio da governança, que, historicamente construída, caracterizou a trajetória política brasileira⁵¹.

A fim de que assimetrias relacionadas ao processo decisório diminuam, é fundamental o conhecimento e o acesso à informação para que o Conselho de Saúde atue realmente como órgão deliberativo, com ampliação da capacidade de argumentação dos diferentes sujeitos coletivos, não exercendo meramente papel reivindicativo^{4,24,55}, incluindo a divulgação das decisões para a população de forma clara, com linguagem próxima do universo conhecido por todos²⁴.

Entre outras estratégias, é fundamental para um efetivo controle social a parceria entre os Conselhos de Saúde e os gestores do SUS para a construção de projetos coletivos em que diferentes atores, conjuntamente, potencializem a cooperação, destinada ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde conforme as demandas populacionais locais, em oposição às práticas de cooptação^{17,23}.

Somado a isso, salienta-se a importância da democratização da comunicação e da informação para uma melhor articulação entre governo, instâncias colegiadas e sociedade civil^{7,24}, que pode ocorrer através de informativos¹⁸, jornal² e endereço eletrônico, sendo necessário considerar, nesse caso, as pessoas que não possuem computador, acesso à internet ou que não dominem as tecnologias de informação³⁶ – o que caracteriza como ‘iniquidade digital’ que inviabiliza a busca de informações no ambiente virtual, ocasionando, assim, dificuldades de atuação dos sujeitos sociais diante de discussões e deliberações dos órgãos colegiados³⁸.

Com relação aos instrumentos de gestão do SUS, compreende-se que, em determinadas situações, também se caracterizam como desafios ao controle social devido à ausência de transparência dos gestores quanto à apresentação dos referidos instrumentos, bem como devido à falta de conhecimento e à dificuldade dos conselheiros em analisá-los^{20,35,36,45,55}, que resulta, principalmente, dos diversos termos técnicos e contábeis que os caracterizam, influenciando, inclusive, na recomendação de melhorias através dos pareceres elaborados, bem como devido às precárias infraestruturas, tal como disponibilidade de computador com internet e familiaridade para acessar informações disponibilizadas, principalmente de forma virtual^{36,57}.

Um exemplo disso é o estudo de Pacheco et al.³⁵, em que, apesar de os conselheiros de saúde compreenderem que o controle e a fiscalização da *accountability* das Organizações Sociais em Saúde (OSS) constituem atribuições do Conselho, há entraves estruturais

que impedem operacionalmente tais ações, como a insuficiência de informações ou de transparência na forma como os recursos são utilizados e a prestação de contas com linguajar não acessível a todos, dificultando o acompanhamento e a deliberação de processos das OSS. Sobre isso,

é necessário ter em mente que o controle social não se faz apenas a partir da abundância de informações, mas também do entendimento que o cidadão dela faz³⁵⁽⁸⁾.

Ainda nesse sentido, outro estudo acrescenta que o Conselho não participava da elaboração e da revisão das ações direcionadas ao planejamento em saúde, assim como foi desconsiderada a incorporação das propostas aprovadas nas Conferências de Saúde, que também deveriam fazer parte da programação⁵⁹, revelando que esse órgão colegiado funcionava mais como ‘simulador de participação’, com reduzida efetividade política frente àquilo que era debatido e acordado⁵⁴, sendo inclusive identificada a falta de deliberações propositivas de políticas de saúde originadas pela plenária de conselheiros, sugerindo que o Conselho desempenhava predominantemente a aprovação de propostas oriundas dos gestores⁵⁶.

Observa-se, também, na literatura que as Conferências de Saúde caracterizavam-se, ainda, pela inexistência de vínculos fortes entre representantes e representados, falta de uma representação efetiva, escassa divulgação e insuficiente comunicação para a população a respeito da mobilização para participação, interferência político-partidária, repetitividade acentuada de pautas discutidas, predomínio da defesa dos interesses pessoais (sejam eles individuais, de segmentos ou de grupos sociais), sendo verificado, também, que, ocasionalmente, prevalecia o esquecimento das deliberações geradas nas Conferências de Saúde que, além de não serem efetivadas pela gestão governamental^{54,60}, também não eram retomadas pelos Conselhos, gerando a sensação de desmotivação e descrédito entre

os participantes daquelas instâncias⁵⁴, prejudicando o exercício democrático do princípio constitucional da participação popular no SUS.

Desafios das instâncias colegiadas informais

Apesar de a Lei nº 8.142/90 regulamentar as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas de participação social em saúde, nos diferentes níveis de governo, há outras formas de gestão participativa no SUS⁶¹, conforme estabelecido na Resolução nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde, por meio da criação de espaços descentralizados para o controle social, tais como os CLS, vinculados às unidades de saúde, que visam ao fortalecimento do exercício de cidadania e consolidação do SUS³. Além disso, no processo de descentralização, há os Conselhos Distritais de Saúde Indígena, integrantes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que possibilitam a participação e a governança indígena no processo de tomada de decisão⁶².

Além de garantir a participação no processo deliberativo, tais espaços públicos proporcionam, ainda, aos diferentes sujeitos coletivos a possibilidade de acompanhamento, fiscalização, avaliação e indicação de prioridades em saúde a serem aplicadas localmente^{3,61,63,64}, favorecendo o processo e o fortalecimento de organização⁵⁸ e proporcionando a participação social institucionalizada nas comunidades⁶³.

Entre os desafios enfrentados pelas arenas colegiadas descentralizadas, citam-se o interesse pessoal dos usuários e conselheiros de saúde, em detrimento do interesse coletivo^{3,27,47,62,65-68}, a falta de definição das atribuições dos conselheiros – sobressaindo-se tanto a insuficiência de clareza sobre as suas reais funções dentro dos Conselhos quanto a dificuldade em se reconhecerem como conselheiros –, bem como o despreparo desses atores sociais quanto ao desenvolvimento das próprias atribuições nas instâncias colegiadas^{42,62,64-67}, podendo esse despreparo ser explicado pelas pausas prolongadas no

funcionamento dos Conselhos criados há mais tempo²¹, assim como verifica-se o reduzido preparo da população para participar de forma qualificada nos Conselhos⁶⁴, prejudicando, conseqüentemente, a construção e efetivação do controle social nesses espaços^{3,32}.

Diehl e Langdon⁶² complementam que, no cenário dos Conselhos Locais e Conselhos Distritais Indígenas, muitos indígenas – além de atuarem como conselheiros de saúde – eram também funcionários da Fundação Nacional do Índio (Funai) ou Fundação Nacional de Saúde (Funasa), resultando, dessa forma, em demandas individualizadas por parte desses sujeitos sociais que, em geral, não refletiam os interesses coletivos.

Entre outros aspectos, estudos abordam a descrença da comunidade quanto às atividades desenvolvidas nos CLS, motivada, sobretudo, pelo histórico de frustrações da população com relação à pouca resolutividade dessas instâncias participatórias^{32,65,67}. Tais estudos discorrem, também, sobre a falta de acesso da comunidade a informações sobre a finalidade dos Conselhos⁶⁹, justificando os baixos níveis de mobilização social e envolvimento comunitário³, além de serem detectados outros aspectos: influência da política partidária, horário das reuniões, falta de compromisso/ pertencimento de alguns membros dos Conselhos^{66,67,70}, cultura do clientelismo (especialmente relacionada a interesses partidários ou políticos)⁶⁴, falta de uma política de educação popular e capacitação permanente em saúde, medo de discriminação, reduzida assiduidade de conselheiros nas reuniões (resultando em baixa frequência de reuniões pela falta de quórum), fragilidade na mobilização social^{3,21,42,61,62,65,70}, havendo, ainda, elevada rotatividade de conselheiros²¹ – inclusive entre os conselheiros de saúde indígena⁶² –, dificuldade em utilizar computador e internet, desconhecimento técnico³², centralização do poder, especialmente no segmento dos trabalhadores da saúde, devido ao domínio dos termos técnicos, potencializando a influência desses sujeitos sociais nas decisões e

nos encaminhamentos do colegiado^{21,61}, visto que há uma reconhecida cultura de excessiva valorização do saber técnico nos espaços deliberativos¹⁸.

Nesse sentido, Mittelbach e Perna⁶⁸ relatam que um desafio para um efetivo controle social no Brasil está relacionado à influência política enraizada historicamente em regimes centralizados e autoritários, que resultam, por exemplo, no afastamento de trabalhadores da saúde dos processos da gestão participativa, tendo como resultado a ausência de consciência política.

Além de reduzidas ou ausentes organizações comunitárias, vínculo frágil entre representantes e representados, não remuneração diante da dedicação e do tempo investido, prevalência de uma cultura de cooptação dos representantes de usuários que lutavam por interesses próprios, imediatismo, destaque associado ao cargo, relacionado à possível facilitação de acesso a serviços e exames de saúde; e, por fim, profissionais de saúde com dupla jornada de trabalho e falta de estímulos para participação efetiva^{3,61,68}, em especial, os enfermeiros dos CLS, que acreditam que sua atribuição esteja centrada exclusivamente na divulgação das ações e necessidades dos serviços da Atenção Primária à Saúde⁶⁴ ou reconhecem que seu papel nessas instâncias colegiadas tem sido de orientação dos usuários para que participem delas, acreditando mais na eficácia dessa participação do que na sua própria^{64,68}, despertando, assim, a seguinte reflexão “como ‘convencer’ o outro dos benefícios de algo que não se acredita para si?!?”⁶⁸.

Conclusões

Apesar da permanente tradição autoritária e da baixa cultura participativa no Brasil, durante os 30 anos de existência do SUS é possível verificar avanços na descentralização e na democratização das políticas públicas com a participação popular na área da saúde, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde

que constituem-se em canais de participação e controle social que oportunizam a incorporação das demandas sociais verbalizadas por diferentes sujeitos, resultando, assim, na defesa dos interesses coletivos.

Compreende-se que somente através de uma efetiva participação popular tornar-se-á possível a autonomia dos cidadãos, o desenvolvimento de consciência crítica, o fortalecimento da cidadania, a proteção do direito à saúde, bem como a materialização de um SUS efetivo e resolutivo, pois segundo Duarte e Machado¹⁷, “a consolidação do SUS passa pelo fortalecimento do controle social”.

No entanto, os espaços institucionalizados de participação – em especial, os Conselhos de Saúde, considerados arenas públicas de poder, conflito e negociação – vêm enfrentando desafios que influenciam negativamente o

estabelecimento de relações horizontalizadas entre Estado e sociedade. Para a superação dos diversos obstáculos, é fundamental que seja garantida a pluralidade dos membros, critérios transparentes na sua escolha, conhecimento da função a ser desempenhada nas instâncias, rotatividade e compromisso dos conselheiros, desenvolvimento de gestão transparente, democratização da informação, além de vozes qualificadas, resultantes da capacitação dos conselheiros de saúde através de práticas de educação permanente.

Colaboradores

Gomes JFF (0000-0001-9096-6930)* e Orfão NH (0000-0002-8734-3393)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS; 1978. [acesso em 2021 fev 26]. Disponível em: <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>.
2. Assis MMA. O processo de construção do controle social no Sistema Único de saúde e a gestão nos espaços institucionais. *Saúde debate*. 2003; 27(65):324-335.
3. Bispo Júnior JP, Martins PC. Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. *Physis* 2012; 22(4):1313-1332.
4. Coelho JS. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saude Soc*. 2012; 21(1):138-151.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Durán PRF, Gerschman S. Desafios da participação social nos Conselhos de Saúde. *Saude Soc.* 2014; 23(3):884-896.
6. Gerschman S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(6):1670-1681.
7. Oliveira VC. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. *Saude Soc.* 2004; 13(2):56-69.
8. Vieira M, Calvo MCM. Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(12):2315-2326.
9. Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, et al. Conselhos de Saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis.* 2008; 18(1):105-121.
10. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
11. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 20 Set 1990.
12. Brasil. 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.* 31 Dez 1990.
13. Aciole GG. Das dimensões pedagógicas para a construção da cidadania no exercício do controle social. *Interface (Botucatu).* 2007; 11(23):409-426.
14. Serapioni M, Romaní O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22(11):2411-2421.
15. Bispo Júnior JP, Sampaio JJC. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. *Rev Panam Salud. Publica.* 2008; 23(6):403-409.
16. Vilaça DSS, Cavalcante DS, Moura LM. Atuação do Conselho de Saúde do Distrito Federal na reforma da Atenção Primária à Saúde, de 2016 a 2018: estudo de caso. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019; 24(6):2065-2074.
17. Duarte EB, Machado MFAS. O exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. *Saude Soc.* 2012 [acesso em 2021 out 28]; 21(1):126-137. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/b4xmzflNMvtFhtVYYnPdn6F/?lang=pt>.
18. Zambon VD, Ogata MN. Controle Social do SUS: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(6):921-927.
19. Batagello R, Benevides L, Portillo JAC. Conselhos de Saúde: controle social e moralidade. *Saude Soc.* 2011; 20(3):625-634.
20. Cotta RMM, Cazal MM, Rodrigues JFC. Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des) informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis.* 2009; 19(2):419-438.
21. Oliveira ML, Almeida ES. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. *Saude Soc.* 2009; 18(1):141-153.
22. Oliveira AMC, Ianni AMZ, Dallari SG. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(8):2329-2338.
23. Shimizu HE, Pereira MF, Cardoso AJC, et al. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(8):2275-2284.
24. Silva AX, Cruz EA, Melo V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007; 12(3):683-688.

25. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2014.
26. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. The PRISMA Group 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *PLOS Medicine*. 2009; 6(6):e1000097.
27. Garcia R. Expanding the Debate: Citizen Participation for the Implementation of the Right to Health in Brazil. *Health hum. Rights*. 2018; 20(1):163-172.
28. Cotta RMM, Cazal MM, Rodrigues JFC, et al. Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. *Physis*. 2010; 20(3):853-872.
29. Cotta RMM, Martins PC, Batista RS, et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis*. 2011; 21(3):1121-1138.
30. Rocha MB, Moreira DC, Bispo Junior JP. Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(1):e00241718.
31. Batista AA, Muniz JN, Ferreira Neto JA, et al. A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS. *Saude Soc*. 2010; 19(4):784-793.
32. Busana JA, Heidemann ITSB, Wendhausen ALP. Participação popular em um Conselho Local de Saúde: limites e potencialidades. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 24(2):442-449.
33. Pereira IP, Chai CG, Dias RS, et al. Ministério Público, Conselhos Municipais de Saúde e as práticas do diálogo interinstitucional. *Saude Soc*. 2019; 28(2):111-123.
34. Ventura CAA, Miwa MJ, Serapioni M, et al. Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(63):907-920.
35. Pacheco HF, Leal EMM, Gurgel Júnior GD, et al. A accountability das Organizações Sociais no SUS: uma análise do papel institucional do Conselho Estadual de Saúde em Pernambuco. *Physis*. 2020 [acesso em 2021 out 28]; 30(1):e300108. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/7txQj4snxQsW43Z7prRXpK/?lang=pt&format=pdf>.
36. Siqueira RL, Cotta RMM, Soares JB. Conhecimentos estratégicos para a participação social no Sistema Único de Saúde. *Mundo Saúde*. 2015; 39(1):32-42.
37. Bispo Júnior JP, Messias KLM, Sampaio JJC. Exercício do controle social em municípios de pequeno porte: o caso de Lafayette Coutinho (BA). *Rev baiana de saúde pública*. 2006; 30(2):248-260.
38. Fernandes VC, Spagnuolo RS, Nascimento EN. Percepção de conselheiros de saúde sobre acesso às informações e inclusão digital. *Saude Soc*. 2017; 26(1):218-228.
39. Martinez MG, Kohler JC. Civil society participation in the health system: The case of Brazil's Health Councils. *Global health*. 2016; 12(64).
40. Kleba ME, Zampirom K, Comerlato D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. *Saude Soc*. 2015; 24(2):556-567.
41. Kezh NHP, Bógus CM, Martins CL. Entraves à participação social dos representantes dos trabalhadores no Conselho Municipal de Saúde. *Saude Soc*. 2016; 25(4):950-963.
42. Silva LMS, Silva RMF, Lima LL, et al. Análise da organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde e a gestão participativa em Fortaleza, CE. *Saude Soc*. 2012; 21(1):117-125.
43. Gonçalves AO, Silva JFS, Pedrosa JIS. Contribuições da gestão participativa no espaço público chamado conselho: o contexto dos Conselhos de Saúde no Brasil. *Divulg. saúde debate*. 2008; (43):96-105.
44. Da Silva RCC, Novais MAP, Zucchi P. Permanent education as an inalienable responsibility of health

- councils: the current scenario in the Unified Health System. *Clinics*. 2020; (75):e1443.
45. Severo DO, Da Ros MA. A Participação no controle social do SUS: concepção do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Saude Soc*. 2012; 21(1):177-184.
 46. Alencar HH. Educação permanente no âmbito do controle social no SUS: a experiência de Porto Alegre - RS. *Saude Soc*. 2012; 21(1):223-233.
 47. Cotta RMM, Cazal MM, Martins PC. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciênc. Saúde Colet*. 2010; 15(5):2437-2445.
 48. Zambon VD, Ogata MN. Configurações dos Conselhos Municipais de Saúde de uma região no Estado de São Paulo. *Rev Esc Enferm. USP*. 2011; 45(4):890-897.
 49. Magalhães FG, Xavier WS. Aspectos de autonomia e heteronomia no exercício do controle social em um Conselho Municipal de Saúde. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*. 2018; 23(75):261-283.
 50. Shimizu HE, Dytz JLG, Lima MG, et al. Local health governance in central Brazil. *J Ambul Care Manage*. 2009; (32):131-139.
 51. Labra ME. É possível aferir a qualidade da representação dos usuários nos Conselhos de Saúde? *Divulg. saúde debate*. 2008; (43):106-117.
 52. Van Stralen CJ, Lima AMD, Sobrinho DF, et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciênc. Saúde Colet*. 2006; 11(3):621-632.
 53. Escorel S, Delgado MM. Perfil dos Conselhos Estaduais de Saúde: singularidades e similaridades no controle social. *Divulg. saúde debate*. 2008; (43):62-78.
 54. Miranda AS, Moreira AEMM, Cavalcanti CGCS, et al. Discursos práticos sobre ocorrências, processos decisórios e decorrências de Conferências Municipais de Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(58):559-571.
 55. Santos CL, Santos PM, Pessali HF, et al. Os Conselhos de Saúde e a publicização dos instrumentos de gestão do SUS: uma análise dos portais das capitais brasileiras. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020; 25(11):4389-4399.
 56. Landerdhal MC, Unfer B, Braun K, et al. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? *Ciênc. Saúde Colet*. 2010; 15(5):2431-2436.
 57. Gonçalves RS, Hayakawa RI, Gonçalves AO, et al. Conselhos de saúde e controle social: um estudo comparativo dos relatórios de prestação de contas das Secretarias Estaduais de Saúde. *Saude Soc*. 2013; 22(4):1001-1013.
 58. Pessoto UC, Nascimento PR, Heimann LS. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2001;17(1):89-97.
 59. Saliba NA, Garbin CAS, Gonçalves PE, et al. Plano municipal de saúde: análise do instrumento de gestão. *Biosci J*. 2013; 29(1):224-230.
 60. Müller Neto JS, Artmann E. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(1):68-78.
 61. Soratto J, Witt RR, Faria EM. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. *Physis*. 2010; 20(4):1227-1243.
 62. Diehl EE, Langdon EJ. Indigenous participation in primary care services in Brazil: Autonomy or bureaucratization? *Reg. Cohes*. 2018; 8(1):54-76.
 63. Longhi JC, Canton GAM. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. *Physis*. 2011; 21(1):15-30.
 64. Martins ALX, Santos SMR. O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do Conselho Local de Saúde. *Saude Soc*. 2012; 21(1):199-209.
 65. Arantes CIS, Mesquita CC, Machado MLT, et al. O controle social no Sistema Único de Saúde: concep-

- ções e ações de enfermeiras da atenção básica. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(3):470-478.
66. Junglos C, Amadigi FR, Machado RR, et al. Motivações, importância, desafios e perspectivas do controle social em saúde. *Cogitare enferm.* 2019; 24(1): e66874.
67. Lisboa EA, Sodré F, Araújo MD, et al. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. *Trab. Educ. saúde.* 2016; 14(3):679-698.
68. Mittelbach JCS, Perna PO. A percepção dos enfermeiros sobre o seu papel nos Conselhos de Saúde enquanto segmentos dos trabalhadores de saúde. *Cogitare enferm.* 2014 [acesso em 2021 out 28]; 19(2):284-291. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/31547>.
69. Shimizu HE, Moura LM. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. *Saude Soc.* 2015; 24(4):1180-1192.
70. Ponte HMS, Lopes Filho JO, Feijão JRP, et al. “O caminho se faz ao caminhar”: processo de reativação de Conselhos Locais de Saúde em Sobral, a partir do protagonismo cidadão. *Saude Soc.* 2012; 21(1):234-243.

Recebido em 17/05/2021

Aprovado em 28/09/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM AGOSTO DE 2021

ESCOPO E 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 e a avaliação em saúde. Valorizam-se 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 aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

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.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis 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 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints* (<https://preprints.scielo.org>). Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'.

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 na URL http://www.icmje.org/urm_main.html. A versão para o português foi publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. A 'Saúde em Debate' segue o 'Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica' do SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Recomenda-se a leitura pelos autores.

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.

Além disso, a redução do financiamento público para a manutenção da revista nos obrigou a rever a gratuidade para publicação. Assim, a partir de 15 de agosto de 2021, será cobrada taxa de publicação no valor de R\$ 500,00 para os artigos aprovados em qualquer seção da revista. Após a aprovação dos artigos os autores receberão e-mail orientando os procedimentos para o pagamento da referida taxa. **Esta regra passa a vigorar para submissões feitas a partir de 15 de agosto de 2021.**

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

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

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. 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.

3. 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.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que apótem contribuições significativas para a área.

6. 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.

7. 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:

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.

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 deverão deixar claro, no último parágrafo, na seção de 'Material e métodos', o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

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 (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

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.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e 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 devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

Financiamento

Os trabalhos científicos, quando financiados, devem identificar a fonte de financiamento. 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

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. 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 Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua *expertise*, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, 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*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

OS 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 e coautores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro

de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar 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.

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.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN AUGUST 2021

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines are valued.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

'Saúde em Debate' accepts preprints from national and international databases that are academically recognized, such as SciELO Preprint (<https://preprints.scielo.org>). The submission of preprints is not mandatory and doing it does not prevent the concomitant submission to the 'Saúde em Debate' journal.

The Journal adopts the 'Rules for the presentation of papers submitted for publication in medical journals' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principles of Transparency and Good Practice in Academic Publications' recommended by the Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. These recommendations, regarding the integrity and ethical standards in the research's development and the reporting, are available in the URL http://www.icmje.org/urm_main.html. The portuguese version was published in Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. 'Saúde em Debate' follows the SciELO's 'Guide to Good Practices for the Strengthening of Ethics in Scientific Publishing': <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Authors are advised to read.

For any kind of work approved for publishing, it is the authors' responsibility to do the grammar check (required) and the english translation (optional), based on a list of proofreaders and translators indicated by the journal.

Furthermore, the reduction in public funding for the maintenance of the journal has forced us to review the gratuity of the publication. Thus, as of August 15, 2021, a publication fee in the amount of R\$500,00 will be charged for articles approved in any section of the journal. After the articles's approval, the authors will receive an email advising on the procedures for payment of this fee. **This rule takes effect for submissions made after August 15, 2021.**

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

1. Original article: result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.

2. Essay: critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

3. Systematic or integrative review: critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.

4. Opinion article: exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

5. Case study: description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.

6. Critical review: review of books on subjects of interest to the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the last paragraph of the 'Material and methods' section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and

objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, Orcid ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

Funding

The scientific papers, when funded, must identify the source of the funds. The "Saúde em Debate" Journal meets the Ordinance nº 206 of 2018 from the Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, for any work made or published, in any medium, resulting from activities totally or partially funded by Capes.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions

regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign statement following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration

indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN AGOSTO DE 2021

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

La revista cuenta con una Junta Editorial que contribuye para la definición de su política editorial. Sus miembros son integrantes del Comité Editorial y/o del banco de árbitros en sus áreas específicas.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

La 'Saúde em Debate' acepta artículos en *preprint* de bases de datos nacionales e internacionales reconocidos académicamente como el SciELO *Preprints* (<https://preprints.scielo.org>). No es obligatoria la proposición del artículo en *preprint* y esto no impide el envío simultáneo a la revista Saúde em Debate.

La revista adopta las 'Reglas para la presentación de artículos propuestos para publicación en periódicos médicos' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principios de transparencia y buenas prácticas en las publicaciones académicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. Esas recomendaciones, con respecto a la integridad y los estándares éticos al realizar y reportar investigaciones, están disponibles en la URL http://www.icmje.org/urm_main.html. La versión en portugués fué publicada en Rev Port Clin Geral 1997, 14: 159-174. La 'Saúde em Debate' sigue el '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-Boas-Praticas-para-o-Strengthening-of-Ethics-in-Publication-Scientific.pdf>. Se recomienda a los autores la lectura.

Para los artículos aprobados para edición, en cualquier modalidad, queda bajo responsabilidad de los autores la revisión de idiomas (obligatoria) y la traducción para lengua inglesa (opcional), según una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

Además, la reducción del financiamiento público para el mantenimiento de la revista nos obligó a revisar la gratuidad para publicación. Así, a partir del 15 de agosto de 2021, se cobrará una tarifa de publicación de R\$ 500,00 para artículos aprobados en cualquier sección de la revista. Tras la aprobación de los artículos, sus autores recibirán un correo electrónico orientando los procedimientos para el pago de dicha tarifa. **Esta regla pasa a ser vigente para las sumisiones hechas a partir del 15 de agosto de 2021.**

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por *softwares* detectores de plagio. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECCIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

1. Artículo original: resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.

2. Ensayo: un análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.

3. Revisión sistemática o integradora: revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

4. Artículo de opinión: exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirá resumen y abstract.

5. Relato de experiencia: descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interés histórico o coyuntural.

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 sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas, sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucren a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucren a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella involucre seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código Orcid ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

Financiación

Los artículos científicos, cuando reciben financiación, deben identificar la fuente de financiamiento. 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 Citação obrigatória da Capes, para obras producidas o publicadas, en cualquier medio, que resulten de actividades financiadas total o parcialmente por la Capes.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos árbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar la declaración según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité

de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2020-2021)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2020-2021)

Presidente: Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente: Lívia Angeli Silva
Diretor Administrativo: Carlos Fidelis da Ponte
Diretora de Política Editorial: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos: Alane Andreino Ribeiro
Ana Maria Costa
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Maria Lucia Freitas Santos
Vinícius Ximenes Mourici da Rocha

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Claudia Travassos
Victória S. L. Araújo do Espírito Santo
Suplentes | *Substitutes*
Iris da Conceição
Jamilli Silva Santos
Matheus Ribeiro Bizuti

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Cornelis Johannes van Stralen
Cristiane Lopes Simão Lemos
Isabela Soares Santos
Itamar Lages
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lívia Millena B. Deus e Mello
Lizaldo Andrade Maia
Maria Edna Bezerra Silva
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Matheus Falcão
Rafael Damasceno de Barros
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETÁRIO EXECUTIVO | EXECUTIVE SECRETARY

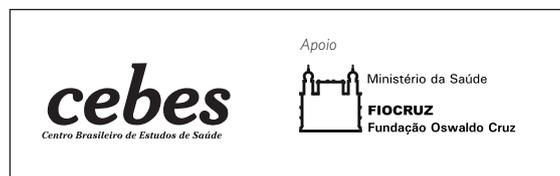
Carlos dos Santos Silva

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

A revista Saúde em Debate é
associada à Associação Brasileira
de Editores Científicos



Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1976) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2021.

v. 45. n. 131; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

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