

GESTÃO E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA

ORGANIZAÇÃO:

MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA

JEANINE PACHECO MOREIRA BARBOSA

THIAGO DIAS SARTI

ANA CLAUDIA PINHEIRO GARCIA

ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA

DA POLÍTICA À AÇÃO

GESTÃO E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA

ORGANIZAÇÃO:

MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA

JEANINE PACHECO MOREIRA BARBOSA

THIAGO DIAS SARTI

ANA CLAUDIA PINHEIRO GARCIA

ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA

VITÓRIA – ES
2022

DA POLÍTICA À AÇÃO

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

A Série tem como objetivo disseminar experiências, iniciativas no âmbito do trabalho e pesquisas em saúde, com ênfase na dimensão das práticas que as compõem. Pretende um diálogo intenso dos saberes produzidos e postos em circulação com o campo da gestão do trabalho e da educação na saúde no cotidiano das instituições e dos territórios. Trata-se de conhecimento produzido em ato por diferentes pessoas, que pede diálogos interdisciplinares e com campos epistêmicos diversos para desenvolver o trabalho em saúde, seja na atenção e na gestão, no ensino e na participação em saúde. O desenvolvimento das práticas e dos saberes aqui é proposto como deslocamento, como movimento, para qualificar a atuação em redes e serviços, no trabalho e na gestão, no ensino e na educação na saúde, assim como em diferentes movimentos sociais. A série pretende compor metaforicamente rodas de conversa sobre temas relevantes para a produção da saúde em práticas, experiências e pesquisas, convidando novas interloquções. A Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde tem coordenação editorial de: Alcindo Antônio Ferla (Brasil), Gabriel Calazans Baptista (Brasil), Lisiane Bôer Possa (Brasil) e Vincenza Pellegrino (Itália).

A554g Andrade, Maria Angélica Carvalho (org.) et al.

Gestão e Práticas em Saúde Coletiva: da política à ação / Organizadores: Maria Angélica Carvalho Andrade, Rita de Cássia Duarte Lima, Jeanine Pacheco Moreira Barbosa, Thiago Dias Sarti, Ana Claudia Pinheiro Garcia e Eliane de Fátima Almeida Lima. – 1. ed. – Porto Alegre, RS : Editora Rede Unida, Rio de Janeiro: AREA27, 2022.

420 p. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 28).

E-book: PDF.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-54329-91-4

DOI 10.18310/9788554329914

1. Administração de Serviços de Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Política de Saúde. 4. Saúde Pública. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

CDD 614

22-30180144

CDU 614

“Escreve-se sempre para dar a vida,
para liberar a vida aí onde ela está
aprisionada, para traçar linhas de fuga.”
GILLES DELEUZE, 2013, p. 180

SUMÁRIO

PREFÁCIO 13

Emerson Elias Merhy

APRESENTAÇÃO 17

Rita de Cássia Duarte Lima

SEÇÃO 1: AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

1. ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: UMA PROPOSTA METODOLÓGICA 24

Erika Maria Sampaio Rocha, Alexandre Andrade Alvarenga, Jonathan Filippou, Marcos Batista Araújo Herkenhoff e Maria Angélica Carvalho Andrade

2. SÍFILIS GESTACIONAL: ANÁLISE DOS CASOS E AÇÕES DE ENFRENTAMENTO DE 2016-2019 EM VITÓRIA (ES) 44

Mara Rejane Barroso Barcelos, Eliane de Fátima Almeida Lima, Arlete Frank Dutra, Tatiane Comerio e Cândida Caniçali Primo

3. REFLEXÕES SOBRE O NÃO TRATAMENTO E ADESÃO DO PARCEIRO SEXUAL DA GESTANTE POSITIVA PARA SÍFILIS 70

Luana Cruz Freire, Mara Rejane Barroso Barcelos e Maria Angélica Carvalho Andrade

4. ACESSO ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO SUS: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS **90**

Fabíola Fernandes Bersot Magalhães, Thiago Dias Sarti e Maria Angélica Carvalho Andrade

5. ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE: POTENCIAIS FATORES CAUSADORES **112**

Flavio Ignes Tristão, Higor Henrique Aranda Cotta, Ana Cláudia Pinheiro Garcia, Eliane de Fátima Almeida Lima e Maria Angélica Carvalho Andrade

SEÇÃO 2: TRABALHO E GESTÃO EM SAÚDE

6. PERFIL DAS SECRETÁRIAS E SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA **132**

Manuella Ribeiro Lira Riquieri, André Luís Bonifácio de Carvalho, Assis Luiz Mafort Ouverney e Thiago Dias Sarti

7. POLÍTICAS TECNOLÓGICAS E SUA REPERCURSSÃO NOS MUNICÍPIOS COM SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PRÓPRIO

150

Sheila Cristina de Souza Cruz, Eliane de Fátima Almeida Lima, Thaís Campolina Cohen Azoury, Rodrigo Buback Covre, Paulo Cesar Barbosa Fernandes, Fabiano Novaes Barcellos Filho, Ana Inês Sousa, Rita de Cássia Lima Duarte e Cândida Caniçali Primo

8. AS TECNOLOGIAS E A SEGURANÇA DO PACIENTE NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

168

Veronica da Fonseca Almeida, Ana Clara Garcia Marton, Fernanda Cordeiro Sirtoli, Eliane de Fátima Almeida Lima, Sheila Cristina de Souza Cruz, Carolina Dutra Degli Esposti e Cândida Caniçali Primo

9. A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE COMO FATOR GERADOR DE ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

188

Flavio Ignes Tristão, Erika Maria Sampaio Rocha, Rita de Cássia Duarte Lima e Maria Angélica Carvalho Andrade

SEÇÃO 3: DESIGUALDADES E VIOLÊNCIAS NA SAÚDE

10. MULHERES E CIÊNCIA: DA INVISIBILIDADE À REIVINDICAÇÃO DE PROTAGONISMO **206**

Jeanine Pacheco Moreira Barbosa, Luziane de Assis
Ruela Siqueira, Caroline Feitosa Dibai de Castro e
Maria Angélica Carvalho Andrade

11. AS RELAÇÕES ENTRE AS MASCULINIDADES E AS VIOLÊNCIAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA **232**

Dherik Fraga Santos e Rita de Cássia Duarte Lima

12. CARTA DE CONCEIÇÃO EVARISTO À SUELI CARNEIRO **260**

Jeanine Pacheco Moreira Barbosa, Yazareni José
Mercadante Urquía, Mayara Ciciliotti da Silva, Mara
Rejane Barroso Barcelos, Cristiane Lovati DalCol
Azeredo e Karina Fardin Fiorotti

13. CARTA DE SUELI CARNEIRO EM RESPOSTA À CONCEIÇÃO EVARISTO **270**

Ana Paula Araújo Faria, Hércules Lázaro Moraes
Campos, Margareth Nunes Neves Conceição, Elda
Dametas, Albina de Fátima Fanni Santos e Rayana
Gilda Scharra de Souza

14. MOVIMENTOS SOCIAIS E AS LUTAS POR DIREITOS: (DES)ENCONTROS NAS AGENDAS ENTRE O MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA E OS MOVIMENTOS FEMINISTAS BRASILEIROS **278**

Bruna Lígia Ferreira de Almeida Barbosa, Franciéle Marabotti Costa Leite e Rita de Cássia Duarte Lima

15. CRISE SUICIDA COMO ESPETÁCULO: O QUARTO, A LAJE DA CASA E A PONTE **302**

Silvanir Destefani Sartori, Jeremias Campos Simões e Eloisio Moulin de Souza

SEÇÃO 4: EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CAMINHOS METODOLÓGICOS

16. A EDUCAÇÃO EM SAÚDE ENTRE PRÁTICAS DISCIPLINARES E AS EXPERIÊNCIAS PÓS-SUS **320**

Wellington Serra Lazarini, Francis Sodré e Pablo Cardozo Rocon

17. A CONVERSA COMO DISPOSITIVO PARA ESCREVER NARRATIVAS COM AS TRAVESTIS **342**

Joel Hirtz do Nascimento Navarro, Jésio Zamboni e Maria Angélica Carvalho Andrade

18. ADVOCACIA EM SAÚDE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA A ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS **358**

Letícia Olandin Heck, Ana Beatriz Rizzo Zanardo, Bruna Sordi Carrara e Carla Aparecida Arena Ventura

19. JOGOS ELETRÔNICOS EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA **374**

Maycon Carvalho dos Santos, Amanda da Silva Costa, Hilario Seibel Junior, Vanezia Gonçalves da Silva, Lucimar Andrade Cardoso Muri, Eliane de Fátima Almeida Lima e Cândida Caniçali Primo

PREFÁCIO

Armadilhas é o que não faltam para as diferentes estratégias de pesquisa.

Sempre que tenho que escrever sobre a produção coletiva no campo da pesquisa em saúde, fico muito inquieto, pois acabo escrevendo mais sobre o próprio campo da pesquisa do que sobre o que eu li do que foi produzido para a realização da escrita concreta, como estas que estão aqui neste livro.

Vocês vão me dar licença, mas é o que vou fazer aqui também. Pois, se quiserem saber o que tem neste livro, leiam e concluam por si.

Já ter construído um material coletivamente com propostas de investigação tão distintas é um grande mérito em si, inclusive porque mostra como pode ser potente o campo de estudo da saúde coletiva no Brasil, tanto na construção de seus objetos de estudo quanto nos referenciais que são mobilizados para darem conta das questões de pesquisa que são construídas.

Assim, parabéns para o pessoal que compôs esta construção, que merece ser publicizada para todos que se interessam pelo campo da saúde. Porém, agora, neste texto, vou voltar ao que disse no começo, vou escrever sobre pesquisa em saúde e não exclusivamente sobre este livro.

Vamos lá, então!!!

Armadilhas é o que não faltam para as diferentes estratégias de pesquisa, e isso vale para todos os campos do conhecimento que hoje têm visibilidade nas produções acadêmicas brasileiras. No campo da gestão e práticas de saúde, com pretensão de ir da política à ação, isso se torna um mar de ratoeiras.

Há muita coisa em jogo nesse processo e não pretendo, aqui, nem as nomear exaustivamente, nem as resolver.

Vou escrever sobre algumas dessas armadilhas:

1. *Como enfrentar o silêncio das fontes*: sobre isso já escrevi uma vez na abertura de um livro que tinha na produção da fala do outro o seu material principal para produzir interpretações e enfrentar suas questões de pesquisa. Já apontava, nessa escrita, que nos era muito difícil dar conta do que não era falado ao se falar e, mais ainda, do que não se falava por não querer nem pensar ou mesmo diante da impossibilidade de pensar sobre. Tema que, para alguns, como Foucault, em seus estudos genealógicos, torna-se elemento chave.

Só que não são só os silêncios de falas que narram, há também os silêncios dos números e dos vários indicadores que construímos a partir deles. Como alguns pesquisadores apontam no nosso grupo de pesquisa Micropolítica, Cuidado e Saúde Coletiva (UFRJ-CNPq), indicadores sempre são parcialidades, operam com inclusão/exclusão, levando a muitos a ilusão de que possam representar fielmente o que ocorre nos fenômenos coletivos relacionados à produção das vidas. Doce ilusão.

Nessa direção, achamos que interrogar é problematizar tudo que aparentemente tenha a imagem de uma evidência nítida, para que essa aparente nitidez possa ser colocada entre parênteses – como aprendemos no cuidado antimanicomial com Franco Basaglia, ao falar de que devemos por entre parênteses os diagnósticos que temos sobre a loucura do outro, para que aí possa emergir outros possíveis territórios visíveis que antes estavam eliminados.

Dá para indicar ainda o quanto as fontes que nos oferecem conceitos podem nos iludir de que estamos diante de representações conceituais fiéis aos fenômenos que estamos estudando. Ou seja, o quanto certos conceitos, mais do que abrir possibilidades, fecham possibilidades interpretativas.

É o caso evidente do conceito bem usual de tecnologia, que adotamos sem nenhuma crítica e vamos adotando e passando para frente, sem que possamos dar uma parada e perguntar: não seria a noção de tecnologia algo bem maior do máquinas incríveis, *softwares* mágicos, sistemas de informações esclarecedores; não seria tecnologia algo não tão palpável, pois estaria mais próxima da imaterialidade de

saberes e relações? Fazer viradas desse tipo muda muito nossa forma de olharmos inclusive a nossa própria questão de pesquisa.

Isso também tem validade quando falamos de trabalho e, ao conceituarmos com um pensamento representação cheio de *a priori*, perdermos a plasticidade do mundo do trabalho como campo micropolítico e não como algo sempre estruturado e com regras tão bem definidas. Não é à toa que nosso grupo de pesquisa se chama Micropolítica.

Achamos que uma pesquisa sobre o mundo do trabalho e da produção do cuidado em saúde tem que se abrir para o trabalho vivo em ato como algo em se fazendo e não como algo já feito ou um dever de fazer. Isso é, o mundo do trabalho é muito mais aberto do que imaginamos a ponto de, em um mesmo serviço de saúde, equipes semelhantes fazerem o trabalho do cuidado de modos completamente distintos. Todos nós trabalhadores, sabemos disso.

Chega deste item, já problematizei bastante sobre o silêncio de fontes de várias naturezas.

2. O desafio de praticar uma interpretação que desqualifica a capacidade das fontes nos deslocarem para outros campos de pensamentos: sobre essa questão na pesquisa também já tive a oportunidade de falar em outros textos, mas que sempre me voltam, como neste prefácio. Temos tantos *a priori* para dizer algo sobre o outro que, muitas vezes, anulamos as vistas dos pontos de vista dos outros para colocar só a nossa, até o ponto de não querermos que o outro tenha também ponto de vista e mesmo sua própria vista, pois isso implicaria em reconhecer que o que estamos estudando é bem mais complexo do que estamos imaginando com nossas interpretações.

Atualmente, em nosso grupo de pesquisa, Observatório de Políticas Públicas e Educação em Saúde (UFRJ-CNPQ), temos adotado um lema que sempre nos desorganiza positivamente em relação a isso: nada sobre o outro sem o outro. Lema que aprendemos com o movimento mundial de luta das pessoas com deficiência, em vários países, e que usamos como uma bússola para nossa problematização sobre a pertinência e a validade da presença do outro não só para

falar de si, mas também para ser tão pesquisador quanto nós nos reconhecemos como.

Esse deslocamento da vista do ponto de vista do pesquisador é chave para apostarmos em algo muito comum entre nós, inclusive na Saúde Coletiva, que é a ideia que nós é que sabemos o que o outro quis dizer com sua fala, pois ele não sabe o que está falando.

No estudo de políticas, de processos formativos e de produção do cuidado em saúde se permitir no mínimo a dúvida sobre essa nossa potência, já bastaria para nos colocar em outro lugar na construção dos esquemas explicativos e interpretativos que desenvolvemos ou copiamos de outros estudos.

Finalizando, leiam esse livro e pensem por vocês.

Emerson Elias Merhy
Professor titular de saúde coletiva, UFRJ-MACAE
Professor permanente da pós-graduação
EICOS no Instituto de Psicologia da UFRJ

APRESENTAÇÃO

Este livro que você tem em mãos é fruto de uma longa trajetória de pesquisas, debates, reflexões e trabalho árduo de um grupo de pessoas que resolveram se unir em um coletivo e solicitaram que eu registrasse a trajetória do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Muitas lembranças e pessoas me vieram à mente. Nesse processo, percebi que só temos dimensão dos nossos passos na caminhada. Há mais de duas décadas, ao despretensiosamente deixar abrir portas, deixar entrar as esperanças, a curiosidade pelo aprender, a conversa e a vontade de saber, não poderia prever que a caminhada seria tão longa e geraria tantos bons frutos.

Gente, quantas saudades! Na data que escrevo estas palavras, estamos há mais de um ano afastados do convívio semanal nas reuniões do grupo devido a pandemia. As horas de almoço das quartas-feiras têm ficado num vazio enorme. Tem faltado algo. Sinto falta do aconchego, dos muitos abraços, das risadas, das comidas e das discussões científicas e não tão científicas. Esse é o período mais longo de não funcionamento do nosso grupo. A pandemia pelo coronavírus está nos privando dos ajuntamentos. Tempos de não encontros, tempos tristes de (sobre)viver. Mas resistimos! Vai passar, confiamos na ciência.

Enquanto isso, conforta-nos o desafio de nos mantermos vivos, de verificarmos a importância da Saúde Coletiva, do SUS, das grupalidades e dos ajuntamentos. Cada dia nos convencemos de que a luta não foi em vão. Mesmo com muitas dificuldades, quantas vidas não foram salvas e cuidadas pelo SUS nesta pandemia? Muito orgulho dos trabalhadores de saúde, muitos dos quais, de alguma forma, participei da formação. Constató, ao ir acessando memórias, lembranças desses mais 20 anos de existência do

coletivo Nupgasc e o quanto ele tem sido importante na construção do SUS e do campo da Saúde Coletiva.

As trajetórias do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSC/UFES) e do Nupgasc se confundem. O Nupgasc acompanha a construção, o crescimento e a consolidação desse programa, que nasceu em 14 de outubro de 1998 com o nome Programa de Pós-graduação em Atenção em Saúde Coletiva, a partir de uma proposta vislumbrada por um conjunto de professores do Departamento de Enfermagem da UFES.

Em 2001 (os dias e as horas já não são tão precisos), quando ainda o PPGSC funcionava administrativamente no subsolo do prédio da Enfermagem, começamos a utilizar uma das salas (sala 2) destinadas aos docentes do programa a cada 15 dias na hora do almoço das quintas-feiras. Naquele momento, ocupávamos a sala, eu e a professora Marta Zorzal, cientista social e parceira de sonhos e da disciplina Estado e Políticas de Saúde do PPGSC.

Tínhamos como hábito deixar sempre a porta aberta a quem tivesse interesse, e foi assim que passaram a circular, nesse espaço, mestrandos, alunos de Iniciação Científica, alunos das graduações em enfermagem e medicina e trabalhadores da saúde. Logo, deixar a porta aberta foi se tornando natural, constituindo um espaço de fala, escuta e reflexões sobre Saúde Coletiva, Formação em Saúde, dentre outros temas. E percebemos que um espaço havia sido aberto e precisaria de maior organização quando uma estudante disse: “Professora Rita, sua sala parece o SUS. A porta está sempre aberta para quem quiser chegar. Nos sentimos muito acolhidas”.

O grupo ganhou novo fôlego quando o PPGSC passou a funcionar em seu próprio prédio, anexo ao prédio da Enfermagem. Foi um momento de crescimento do número de estudantes e mestrandos sendo orientados por mim e Marta, e passamos a ocupar uma sala no segundo andar do prédio novo. A “porta aberta do SUS” havia ganhado outra dimensão. A partir de então, o grupo teve alguns nomes e ganhou novas parcerias. O primeiro nome foi Laboratório de Pesquisa em Política, Planejamento e Gestão em Saúde Coletiva (LAPPGESC). Em 2004, em um contexto de reestruturação do PPGSC, o laboratório foi cadastrado no diretório de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

como Rede de Pesquisa em Saúde Coletiva, compondo uma rede com todos os docentes e discentes do programa e contando com a parceria da professora Ethel Leonor Nóia Maciel. Em seguida, passam a colaborar, com a agora Rede, as professoras Ana Cláudia Pinheiro Garcia (2011), Maria Angélica Carvalho Andrade (2011) e Eliane de Fatima Almeida Lima (2012).

O atual nome, Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc), surge em 2012, quando o PPGSC passa a contar com o curso de Doutorado em Saúde Coletiva e o grupo ganha outra dimensão. Fortalecido em sua institucionalização e contando até com logomarca própria, o Nupgasc passa a incorporar um número maior de temáticas, indo além dos tradicionais temas de políticas, gestão e avaliação em saúde coletiva, incluindo novos campos como desigualdades sociais em saúde, violências, relações étnico-raciais e saúde da população negra, atenção primária à saúde etc. Passa também a ocupar uma nova sala, mais ampla e equipada; a atuar em um maior número de projetos de pesquisa; a contar com mais parceiros externos, como os professores Emerson Elias Merhy, Tulio Batista Franco e Jairnilson Silva Paim; e a incorporar novos docentes pesquisadores, como os professores Thiago Dias Sarti (2016), Ana Paula Santana Coelho Almeida (2017) e Cândida Caniçali Primo (2019).

Em toda essa bonita trajetória do Nupgasc, são muitos os projetos e eventos construídos a muitas mãos e com produtos importantes para o Espírito Santo e para o país. Por exemplo, o Nupgasc organizou o Seminário Nacional sobre Fundações Estatais: desafios para a gestão do SUS(2008); realizou três Simpósios Nacionais de Gestão e Práticas em Saúde (em 2013, 2015 e 2018); participou da organização do 1º Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (Ver-SUS) no Espírito Santo; implantou o Observatório de Políticas Públicas e Cuidado em Saúde, em 2015, com parceria com o Professor Emerson Elias Merhy (UFRJ); participou de duas edições da Especialização em Planejamento e Gestão da UFES; e coordenou os três ciclos de avaliação externa do Programa para a Melhoria da Qualidade e do Acesso à Atenção Básica (PMAQ-AB) no ES.

Como se pode ver, a existência do Nupgasc teve muitos frutos dos quais muito me orgulho. E, sem seus membros, o Nupgasc não teria se

tornado o mais longo e um dos mais consolidados grupos de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES.

Neste momento de pandemia pelo SARS-CoV-2, este livro representa uma parte da produção do Nupgasc! Vida longa!

Rita de Cássia Duarte Lima
Vitória, 21 de abril de 2021

1

SEÇÃO 1: **AVALIAÇÃO** **DE POLÍTICAS** **E SERVIÇOS** **DE SAÚDE**

1

ERIKA MARIA SAMPAIO ROCHA
ALEXANDRE ANDRADE ALVARENGA
JONATHAN FILIPPON
MARCOS BATISTA ARAÚJO HERKENHOFF
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: UMA PROPOSTA METODOLÓGICA

INTRODUÇÃO

O mundo essencialmente interligado, funcionando em redes de informação e de influências, aproxima diferentes grupos populacionais e instituições com valores e interesses diversos. As relações tornam-se cada vez mais complexas e convergem para possibilidades de cooperação, competição e/ou conflito. A cooperação ocorre quando preponderam os objetivos comuns, ao passo que na competição e no conflito prevalecem as diferenças. A política constitui o principal mecanismo de gestão dessas divergências e a possibilidade de construção de consensos, ainda que transitórios (RUA, 2014).

A concepção clássica de política a considera, de modo amplo, como parte da vida social, envolvendo todos os indivíduos de uma dada sociedade. A concepção do Estado Moderno e o fortalecimento dos meios de dominação político-econômica acabam por restringir a política, como atribuição do aparato político-governamental, a seus representantes e aos estudiosos da ciência política, um conjunto seletivo de instituições e grupos sociais (BOBBIO; MATTECCI; PASQUINO, 1998).

Apesar das contradições no âmbito de cada sociedade e das diferenças entre o mundo oriental e ocidental e entre o ‘desenvolvimento econômico’ do Norte Global em relação ao Sul (resultado da política econômica colonialista), há convergência do modelo de concepção de Estado, direcionado ao ideário que consolida o modelo econômico capitalista. Esse modelo de Estado e economia produtiva é fadado a crises cíclicas e sistêmicas: as crises financeiras de 1929 e 2008, a crise do petróleo em 1970 e as duas guerras mundiais são fenômenos resultantes do modelo produtivo capitalista. Assim como há convergência para o modelo

liberal de Estado, é similar a fragilidade do mesmo face à hegemonia de instituições financeiras, necessariamente repercutindo no processo de condução política (MATTOS; BAPTISTA, 2015; BALL, 2014). Parte das consequências sociais resultantes do capitalismo e item essencial à sua reprodução – econômica, histórica e da força de trabalho –, o estado de bem-estar social capitalista é presente em diferentes níveis de oferta, suprindo necessidades humanas básicas, abrangendo os sistemas de saúde de diferentes formas e com variadas consequências para as respectivas populações (BAMBRA, 2011).

As políticas públicas refletem tais processos e fragilidades, pois representam as formas de atuação do Estado frente à sociedade em várias dimensões e diferentes níveis de ação decisória, com diversos atores sociais ligados a contextos geográficos e socioeconômicos específicos e com interesses, poder e recursos distintos (RUA, 2014). Essas políticas envolvem três grandes dimensões: a dimensão institucional, correspondendo à organização do sistema político, os sistemas legal e judiciário (*policy*); a dimensão processual, relativa à dinâmica da política em si, as ações dos atores políticos visando a defesa dos seus interesses e valores (*politics*); e a dimensão material, concreta, envolvida nos programas políticos (*policies*) (CAPELLA, 2018; PINTO; VIEIRA-DA-SILVA; BAPTISTA, 2014).

A análise de políticas públicas como campo disciplinar surgiu após a Segunda Guerra Mundial, nos EUA, com foco na efetividade das estruturas do Estado que incluem o estado de bem-estar social capitalista (ESPING-ANDERSEN, 1990). Na Europa, esse processo ocorreu posteriormente e houve maior valorização do contexto histórico social, especialmente pela sociologia francesa (PINTO; VIEIRA-DA-SILVA; BAPTISTA, 2014).

No contexto da Saúde Coletiva, a análise de políticas públicas favorece a compreensão e análise da disputa entre modelos opostos: a saúde como direito social e a saúde como bem de consumo ‘comodificado’. No Brasil, tais análises são essenciais diante de um contexto em que os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) são permanentemente ameaçados por reformas legislativas retrógradas, apesar das desigualdades sociais crescentes observadas no país (BUSS et al., 2020; IBGE, 2020).

A análise política não deve se ater ao discurso oficial, pois ele expressa apenas a versão dos interesses predominantes na arena de disputas. Os

acordos gerados são frutos do poder de determinados grupos frente aos demais em um determinado momento histórico. A análise precisa considerar as questões excluídas, aquelas que não entraram na agenda, mas que se impõem nos muitos cenários envolvidos e no cotidiano das instituições e das práticas (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

Com relação às suas finalidades, a análise de uma determinada política pode ter um propósito acadêmico, com foco na construção de conhecimento sobre o processo político, como pode também focar na tomada de decisão dos gestores e apresentar, assim, um caráter propositivo (RUA, 2014). Esses dois formatos são interligados e relevantes, tendo em vista as suas implicações sobre a vida de todos os sujeitos envolvidos.

A complexidade crescente das políticas públicas em saúde demanda modelos de análise abrangentes, integrando a contribuição de vários autores, de modo a tornar a compreensão consistente e explicitar, dentro de uma determinada política, as concepções adotadas relativas ao papel do Estado e de suas instituições, à representatividade social e dos muitos atores envolvidos e à força de fatores e organismos internacionais, que, por sua vez, ditam e propagandeiam as ‘melhores políticas’ para o modelo democrático de Estado (neo)liberal compatível com o modelo econômico globalizante (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017; BALL, 2014).

MODELOS DE ANÁLISE DE POLÍTICAS

Há consenso na literatura internacional em relação à necessidade de multiplicação de pesquisas e estudos com vistas ao desenvolvimento de metodologias robustas, compatíveis com a complexidade das análises de políticas públicas (BALL, 2014; SERAPIONI, 2013). Especificamente na área da Saúde, muitos autores reafirmam a importância de abordagens ampliadas, valorizando tanto a objetividade dos dados mensuráveis como a subjetividade dos aspectos qualitativos.

A compreensão das disputas na arena política demanda escuta qualificada dos muitos atores e instituições envolvidos. Nesse sentido, têm sido apontados, na literatura, estudos utilizando metodologias qualitativas

com dados consistentes e grande coerência interna (MERCADO et al., 2013). Também se destacam as metodologias de triangulação, por promoverem a integração de dados quantitativos e qualitativos das várias dimensões envolvidas (SERAPIONI, 2013; SANTOS FILHO, 2009; UCHIMURA; BOSI, 2009; BALL, 2014).

As análises podem priorizar a macropolítica, o cenário político-institucional global (método racional-compreensivo), considerando a influência crescente de instituições financeiras internacionais. De outro modo, também pode se restringir ao contexto micropolítico e a busca de soluções para problemas mais imediatos (método incrementalista), visando a agilidade na tomada de decisões. Outros autores buscam interligar os aspectos macro e micropolíticos envolvidos no processo político (RUA, 2014).

Araújo e Rodrigues (2017) realizaram extensa revisão sobre modelos teóricos para análise de políticas. As autoras concluíram que quatro modelos vêm se destacando na literatura, por serem coerentes, consistentes e empiricamente reproduzíveis. São eles: o modelo sequencial ou ciclo da política, o quadro teórico das coligações de causa ou de interesse, o modelo dos fluxos múltiplos e o modelo do equilíbrio interrompido.

O **modelo sequencial ou ciclo da política** foi proposto inicialmente por Harold Lasswell, um dos primeiros autores a formular uma sequência de etapas de desenvolvimento do processo político. A ação pública, orientada para a resolução dos problemas, é analisada como um processo sequencial e contínuo que se repete e reconstrói conforme as mudanças induzidas e os *feedbacks* da própria política ou por alterações do contexto e/ou das relações entre os atores e instituições envolvidos. Laswell, inicialmente, propôs sete etapas: “informação” (recolha de dados); “iniciativa” (aprovação de medidas de política); “prescrição” (formulação de medidas, normas e regras) “invocação” (justificação e especificação dos benefícios e das sanções); “aplicação” (concretização das medidas); “avaliação” (sucesso ou insucesso das decisões) e “cessação” (regras e instituições criadas no âmbito da política aprovada). Esse modelo permite explorar e investigar o processo das políticas públicas e favorece a apreensão de sua complexidade (PINTO; VIEIRA-DA-SILVA; BAPTISTA, 2014; ARAÚJO; RODRIGUES, 2017). Ao longo do tempo, outros autores propuseram diferentes etapas ou fases no ciclo político,

porém, quatro etapas são comuns: definição do problema e sua entrada na agenda política; formulação e aprovação da política; implementação; e avaliação.

Outro modelo que se destacou é o **quadro teórico das coligações de causa ou de interesse** (Advocacy Coalition Framework - ACF), elaborado por Paul Sabatier e Jenkins-Smith na década de 1980. Constitui-se como uma forma alternativa ao modelo sequencial para a compreensão dos fatores determinantes e das dinâmicas que afetam o processo político. O modelo é embasado nos conceitos de sistema de crenças (ideias, valores e percepções dos problemas), de subsistemas políticos (diferentes níveis do sistema político-administrativo e de governo) e de coligação de causas e mediadores políticos (dinâmicas de associações ou de mudanças no processo). São consideradas, na análise, três variáveis que influem sobre o sistema de crenças, os subsistemas políticos e as coligações: variáveis estáveis (estrutura social, regras, instituições, valores e recursos do sistema político), variáveis instáveis (mudanças socioeconômicas, mudanças no sistema de governo ou decisões em outros subsistemas) e grau de consenso e abertura do sistema político (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017).

Os autores do quadro teórico das coligações de causa ou de interesse buscaram integrar as análises *top-down* e as *bottom-up*. As primeiras consideram como ponto inicial da análise a decisão governamental de formular e implementar uma política, atribuindo papel central ao Estado. O formato *bottom-up* considera que a abordagem política de um determinado problema tem início em meio aos vários atores que interagem no cenário micropolítico antes da sua entrada na agenda governamental (SABATIER, 1986; ARAÚJO; RODRIGUES, 2017). A diferenciação entre os dois modelos é reconhecidamente relevante para o entendimento de ações de saúde global ligadas ao terceiro setor em países ‘*low income*’, politicamente mais frágeis e sujeitos a ações ditas *top down*, usualmente ligadas a organizações não governamentais e grandes doadores internacionais (SWANSON et al., 2015).

O **modelo dos fluxos múltiplos** foi desenvolvido por John Kingdon em 2011. A análise é realizada por meio de uma metáfora que considera três conceitos e três processos (fluxos de variáveis). Os fluxos de variáveis são: o fluxo dos problemas, ou seja, a percepção pública do problema (como um determinado fenômeno se transforma em um problema); o fluxo das

políticas, que consiste no conhecimento de soluções políticas e técnicas adequadas para o enfrentamento e solução do problema; e o fluxo da política, que abrange as condições de governança, as instituições políticas e a cultura de uma sociedade. Esses fluxos funcionam com dinâmicas próprias e relativa autonomia. Os conceitos são as comunidades políticas, ou seja, políticos, estudiosos de política, funcionários públicos (atores visíveis), os vários grupos comunitários de interesse e empreendedores políticos (atores invisíveis) e as janelas de oportunidades que se abrem quando os três fluxos de variáveis convergem. Nesse modelo, são essenciais a compreensão do contexto e dos interesses dos atores visíveis e invisíveis (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017).

O **modelo do equilíbrio interrompido**, desenvolvido por Frank Baumgartner e Bryan Jones em 2012, busca compreender as mudanças na agenda, ou seja, a sucessão de fases de estabilidade e de discontinuidades (rupturas do equilíbrio) que caracterizam o processo político. A metodologia integra estudos qualitativos e quantitativos, longitudinais, analisando os impactos de políticas em longos períodos de tempo, e utiliza dois conceitos chaves: a imagem política (*policy image*) e o subsistema político. O primeiro conceito se refere à forma como uma política é percebida pelos grupos e instituições políticas e pela sociedade. Quanto mais consistente e propagada essa imagem, maiores serão sua aceitação e estabilidade. O subsistema político consiste no conjunto dos vários grupos de especialistas em determinada área, para os quais os governos delegam a tarefa de processar as questões políticas e embasar as tomadas de decisão. Esse arranjo institucional define em grande medida a continuidade ou a interrupção de um processo, conforme a força das ideias defendidas por esses grupos (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017).

No modelo de ciclos, a separação e o sequenciamento em etapas distintas limitam a análise, pois o processo político real ocorre de forma interligada e multidimensional. O quadro teórico das coligações de causas e interesses amplia a abordagem sequencial, incrementando a análise, porém demanda esforço e tempo coerentes com o objeto pesquisado – prejudicando sua viabilidade. No modelo de fluxos múltiplos, as críticas recaem sobre a autonomia entre os fluxos, uma vez que essas variáveis interferem umas sobre as outras, agregando complexidade ao processo. Finalmente, o modelo do equilíbrio interrompido aponta a existência de

associações entre as imagens das políticas, os subsistemas e as agendas, mas não as relações causais entre elas, e apresenta ainda a limitação de reduzir o poder decisório dos gestores, parecendo excessivamente *bottom-up*.

Propondo a resolução (ainda que parcial) dos principais pontos históricos de dificuldades metodológicas na análise de políticas públicas, Stephen Ball propõe uma abordagem que combina diferentes aspectos dos modelos apresentados, adequando-se à compreensão de fenômenos complexos e que parecessem por vezes incoerentes e desordenados. Sua proposta permite uma reflexão crítica e contextualizada, desde as influências sobre a formulação da política, o seu arcabouço normativo e a sua implementação no contexto da prática, com seus resultados e efeitos, considerando as dimensões intra e internacionais, macro e micropolíticas. Pela amplitude e complexidade do modelo de Ball para analisar políticas públicas, a abordagem teórico/metodológica é promissora para o campo da saúde coletiva brasileira e internacional.

STEPHEN BALL E A ABORDAGEM DO CICLO DE POLÍTICAS

Stephen Ball é um sociólogo inglês, docente do Instituto de Educação da Universidade de Londres, tendo ocupado, até julho de 2015, a cátedra Karl Mannheim de Sociologia da Educação (MAINARDES; STREMEI, 2015). O autor dedica-se à Sociologia da Educação e à Pesquisa Crítica de Políticas Educacionais, área na qual os debates sobre a estratificação dos saberes e a sua relação com as desigualdades sociais são muito valorizados. Destacam-se os seus estudos sobre as crescentes iniquidades e diferenças no acesso à educação entre grupos sociais (BALL, 2001, 2002); a tensão entre a rede global de políticas e o cenário local (BALL, 2014); e a privatização e a adoção de uma cultura de mercado por instituições públicas (BALL, 2011, 2013, 2014). O estudo sobre os impactos das políticas públicas e sobre a justiça social aproximam o autor da área da Saúde Coletiva. Suas ferramentas conceituais podem ser utilizadas em pesquisas em diversos países e em outros campos para além da educação (AVELAR, 2016).

Ball destaca o caráter de mobilidade das políticas e o surgimento de uma rede global de políticas, que é um conjunto de relacionamentos que agora se estendem pelo mundo e adentram diferentes países, através dos quais se movem ideias, tecnologias, pessoas e dinheiro. Essa rede global é constituída por novos atores sociais, como grandes grupos empresariais e filantrópicos, e trabalham para fortalecer o compromisso com a busca de eficiência e geração de lucros, ao passo em que amortecem aquele de busca por justiça social (BALL, 2001, 2011, 2013, 2014). Esse comportamento em rede favorece um processo de convergência e homogeneização política, alinhando-as à lógica econômica global, ou seja, a serviço de outros interesses que não os sociais.

O autor assinala que a globalização favoreceu as políticas neoliberais, que têm permeado todos os aspectos da vida, com a adoção de um discurso mercadológico pelos setores públicos e a limitação das iniciativas de proteção social por parte do Estado (BALL, 2014). Inicialmente, foi criado um discurso fomentando o descrédito das políticas sociais e do próprio Estado e, então, a consolidação das ideias neoliberais e de novas formas e arenas de formulação de políticas. Essas arenas se constituem em redes sobre as quais não existe definição consistente, abrangendo mudanças no formato das relações das comunidades políticas, assim como nos processos de governo e de gestão. Caracteriza-se uma governança em rede com um caráter opaco, pois nem os atores políticos e nem as negociações são bem definidos e, assim, a “política está sendo privatizada em vários sentidos” (BALL, 2014, p. 32).

Ball aborda a interação entre as políticas globais e locais de forma dialética. Mesmo considerando a força das políticas internacionais, ocorre uma recontextualização dessas ao adentrarem o nível local. Há uma interpretação peculiar em cada cenário local e singular, uma via de mão dupla sem desconsiderar o poder de barganha das agências financiadoras internacionais (MAINARDES, 2006; BALL, 2013, 2014). Transpondo essa dialética reconhecidamente materialista e histórica para o cenário brasileiro e da Saúde Coletiva latino-americana, seria ingênuo ignorar a constante e marcada influência dos processos coloniais e de exploração econômica que caracterizam o continente. É preciso que, a partir das reflexões de Ball, os países da América Latina se perguntem sobre suas políticas públicas, para que e a quem servem e como são manifestas

localmente a partir da relação dialética com o cenário da economia política internacional.

No Brasil, os estudos embasados por Ball predominam na área da educação, principalmente sobre teorias de currículo e análises de políticas educacionais (LOPES, 2004, 2005, 2016; LOPES; MACEDO, 2011a, 2011b; MAINARDES; MARCONDES, 2009; MAINARDES, 2006; BALL; 2011). Na Saúde Coletiva, Baptista e Rezende (2011) traçaram um paralelo mostrando as aproximações e diferenças entre a abordagem de Ball e outros modelos analíticos de ciclo de políticas.

Dois conceitos são necessários para o entendimento do modelo proposto por Ball: a interpretação e a tradução. A interpretação é a forma como cada ator social entende os textos criados por uma determinada política, muitos deles herméticos, com compreensão muito difícil. A tradução refere-se ao conjunto de processos necessários para transformar o entendimento da política em ações, em diferentes realidades. Na interface desses movimentos de interpretação e tradução, existem forças de resistência e conformidade que atuarão sobre o caminho da política em determinado território, instituição ou grupo social (BALL, 1993, 2013; LOPES, 2016).

Também foi destacado, pelo autor, que, embora uma política tenha textos oficiais, ela não se restringe a eles, atuando de diferentes formas em diferentes contextos. Nos textos originais, o autor utilizou o termo *'enactment'*, que foi traduzido para 'atuação', valendo-se da conotação teatral para mostrar o dinamismo das políticas. A tradução aqui é frágil pois *enactment* também se refere ao cumprimento de regras/leis acordadas – próximo da expressão, em português, “fazer valer a lei”. *Enactment* aqui é a mistura de ambos, da “atuação” dos atores sociais em “fazer valer” a política pública acordada. A ‘atuação’, portanto, é limitada ao acordado nas políticas públicas. Tal caráter demanda métodos compatíveis que admitam fluxos contínuos e não hierarquizados, revelando a posição, as intenções e os interesses dos muitos atores envolvidos na trajetória da política (BALL, 1993; MAINARDES; FERREIRA; TELLO, 2011; LOPES, 2016).

ABORDAGEM DO CICLO DE POLÍTICAS

A Abordagem do Ciclo de Políticas foi inicialmente pensada por Ball, Bowie e Gold e aprimorada anos depois por Ball. O modelo foi desenvolvido a partir das análises de reformas educacionais ocorridas na Inglaterra na década de 1980 (BALL; BOWIE, 1992). Ball a caracteriza como uma ferramenta conceitual para investigação e análise de políticas que, apesar de ter sido desenvolvida para o campo da educação, é transponível para campos de pesquisa diversos. Aborda a política não como uma coisa, um documento, e sim como uma instituição social que tem mobilidade, desloca-se no tempo e no espaço e movimenta os seus arredores, modifica e é modificada por eles (AVELAR, 2016.)

O autor supera a rigidez e a fragmentação das análises de políticas que separam as fases de formulação e de implementação no tempo e no espaço e, dessa forma, reforçam a separação de papéis entre os formuladores e os atores que colocam a política em ação (MAINARDES, 2006). O Ciclo de Políticas integra essas fases em um fluxo contínuo e atribui a cada o ator social o papel de “agente criativo na produção de políticas”, porém sem deixar de considerar as suas limitações e possibilidades criativas que “são, ao menos em parte, construídas em outros lugares, dentro do discurso” (AVELAR, 2016, p. 6). Nesse sentido, o autor distancia-se dos modelos sequenciais de ciclo e aproxima-se dos modelos de múltiplos fluxos (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017).

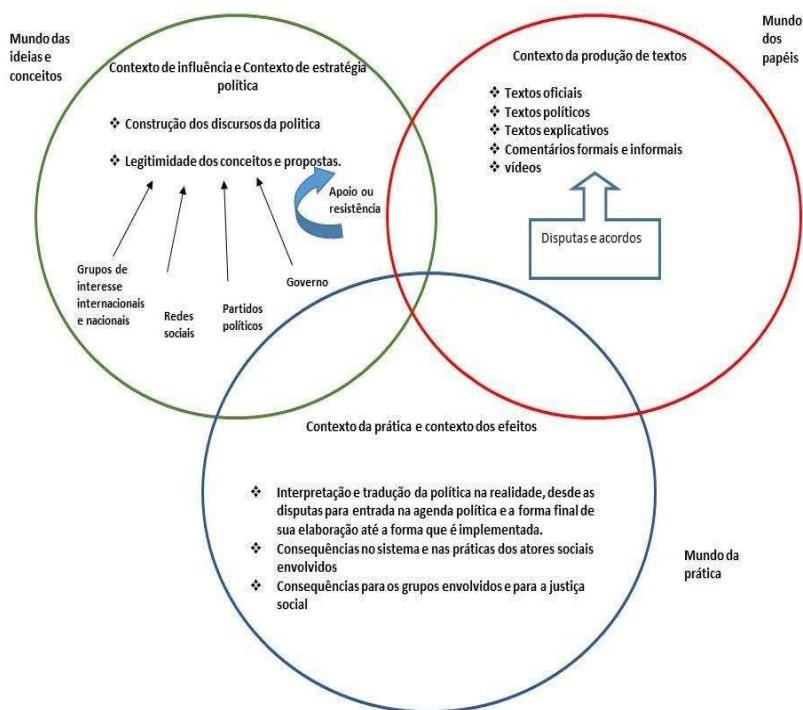
Para compreender a abordagem proposta por Ball é necessário perceber a política de forma ampliada, enquanto texto e discurso. A política como texto refere-se a representações codificadas de modo complexo e que são decodificadas, também de modo complexo, por vários atores sociais dentro de cenários diversos. A construção, codificação, é fruto das disputas de muitos interesses e múltiplas agendas, o que torna esses textos muitas vezes difíceis, incoerentes ou contraditórios. Na sua trajetória, a política se desloca sendo interpretada e reinterpretada, portanto, ela é recriada muitas vezes (BALL, 1993; MAINARDES, 2006).

A política como discurso assemelha-se a um regime de verdade, com poder de definir que pensamentos e conceitos são legitimados e permitidos. O discurso sobre um objeto delimita aquilo que pode e aqueles que

podem fazer considerações válidas em relação a ele. Um discurso não tangencia um objeto, ele o constitui, mesmo sem demonstrar essa intenção ao fazê-lo. Convivemos com muitos discursos, alguns exercem maior domínio em relação a outros (BALL, 1993).

O Ciclo de Políticas (Figura 1) foi inicialmente composto por três contextos, o de influências, o da produção de textos e o da prática. Posteriormente, outros dois contextos foram criados, o de estratégia política e o de resultados ou efeitos da política. Mas, em publicações mais recentes, o autor os integrou aos contextos de influências e da prática. Esses contextos são interligados, não possuem uma hierarquia e nem sequência linear, em cada um deles existem arenas e grupos de interesses e disputas (MAINARDES, 2006).

Figura 1 - Abordagem do Ciclo de Políticas de Stephen Ball.



Fonte: Os autores, inspirados em MAINARDES, 2006.

O contexto de influências é aquele no qual as políticas são iniciadas e no qual o discurso da política é construído. Integram esse contexto as arenas definidoras que disputam pela ideologia e os conceitos centrais que nortearão o discurso da política. Os grupos vencedores são contemplados no discurso da política e tentam excluir os valores e conceitos dos demais (MAINARDES, 2006).

A importância das políticas globais e internacionais nas arenas de influência está mais evidente nos trabalhos mais recentes de Ball (2013, 2014). Esse processo de influência acontece de duas formas. A primeira é a circulação de ideias de grupos ou profissionais que vendem soluções no mercado, por meio de publicações, palestras e consultorias. A segunda forma é pelo ‘patrocínio’ por agências multilaterais com financiamento e as suas condições impostas, que operam na construção de uma rede internacional integrada a linhas de mercado. Nesse sentido, destacam-se o Banco Mundial, a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) (BALL, 2014), tais agências internacionais chancelam (ou não) específicas produções de conhecimento, coleta de evidências e proposição de políticas informadas a partir de tais produções (MOONEY, 2012).

O contexto da produção de textos é muito imbricado com o contexto de influências. Neste último, entram em disputa os conceitos ideológicos que dão origem aos discursos da política. O contexto de produção de textos abrange a redação e aprovação dos textos legislativos, textos políticos, manuais informativos, orientações e comentários oficiais e extraoficiais, formais ou informais (MAINARDES, 2006).

Existe aqui também uma disputa pelo texto representativo da política, entre instâncias públicas oficiais, instâncias representativas de atores sociais e outros grupos com diferentes interesses. Esses embates se refletem em textos/espacos desconexos, tornando o entendimento difícil ou oferecendo múltiplos sentidos, implicando na interpretação e na materialização da política em práticas de trabalho ou cotidiano (MAINARDES, 2006).

O contexto da prática corresponde aos efeitos, às consequências das políticas, e, a partir da reinterpretção, as políticas podem sofrer mudanças consideráveis. Os atores sociais dos cenários de prática têm

valores, opiniões e experiências que suscitarão várias posturas frente aos textos de uma política. Aqui, a política será recriada e não simplesmente implementada. A influência do discurso da política se faz importante nesse contexto, uma vez que ele define quais os conceitos e valores são legitimados e quais as vozes são ouvidas. O discurso é constituído do poder de decidir quem pode falar e sobre o que a sua fala é validada, conforme Ball (1993): “quem fala, como fala, para quem e onde fala”.

Os efeitos da política envolvem a análise das suas implicações, especialmente relativas à justiça e às desigualdades existentes e que podem ou não ser modificadas por ela. Devem ser considerados os efeitos gerais e específicos e, ainda, separar os efeitos de primeira ordem, que são aqueles que afetam aspectos estruturais, perceptíveis em todo sistema, e os efeitos de segunda ordem, que abrangem questões relativas à justiça social e igualdade de oportunidades (MAINARDES, 2006).

O contexto de estratégias políticas identifica estratégias e ações para lidar com desigualdades geradas, agravadas ou mantidas pela política e foi agregado ao contexto de influências (MAINARDES, 2006), ou seja, uma análise informada sobre políticas públicas de saúde necessita considerar as relações de poder que resultaram em tal política e quais implicações para o acesso universal à saúde, premissa básica da saúde coletiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo apresentou um breve resgate da relevância do campo da análise de políticas públicas, tanto como produção de conhecimento, necessário para a sua consolidação teórico-metodológica e para a efetivação da participação social, como também fundamental para gerar *feedbacks* e embasar as tomadas de decisão dos gestores e dos atores das arenas políticas.

Foram apresentados quatro modelos de análises mais valorizados pela literatura: o modelo sequencial, o quadro teórico das coligações de causas ou de interesses, o modelo dos fluxos múltiplos e o modelo do equilíbrio interrompido.

Todo esse percurso situou a Abordagem do Ciclo de Políticas proposta por Stephen Ball, que abarcou elementos dos modelos sequencial e dos múltiplos fluxos, acrescidos de novos conceitos, como as noções da política enquanto discurso e texto. Como discurso, a política expressa conceitos e verdades de cada um dos grupos de atores envolvidos, enquanto os textos, oficiais ou informais, são a representação codificada dos interesses vitoriosos na arena aprovadora e formuladora da política. Cada política é representada e traduzida, ou seja, cada ator social a interpreta e a transforma em ações, de modo peculiar e em diferentes realidades respectivamente.

Nesse sentido, a ferramenta desenvolvida pelo autor se adequa à análise de fenômenos complexos, permitindo uma reflexão crítica e contextualizada, desde as influências sobre a formulação da política, seu arcabouço normativo e a sua implementação no contexto da prática, com seus resultados e efeitos. A utilização desse modelo para análises de políticas na área da saúde representa importante contribuição, ampliando e trazendo consistência ao debate, especialmente no contexto brasileiro e dos sistemas de saúde latino-americanos, constantemente influenciados pelo cenário da economia política internacional.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L.; RODRIGUES, M. L. L. Modelos de análise das políticas públicas.

Sociologia, Problemas e Práticas [Online], n. 83, fev. 2017. Disponível em:

<http://journals.openedition.org/spp/2662>. Acesso em: 10 dez. 2020.

AVELAR, M. Interview with Stephen J. Ball: Analysing his contribution to education policy research. **Education policy analysis archives**, [S.l.], v. 24, p. 24, Feb. 2016.

BALL, S. J. What Is Policy? Texts, Trajectories and Toolboxes. **Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education**, v. 13, n. 2, p. 10-17, 1993.

DOI: 10.1080/0159630930130203. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1080/0159630930130203>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BALL, S. J. Diretrizes políticas globais e relações políticas locais em educação. **Currículo sem Fronteiras**, v. 1, n. 2, p. 99-116, jul./dez. 2001.

BALL, S. J. Reformar escolas. Reformar professores e os terrores da performatividade. **Revista Portuguesa de Educação** (Universidade do Minho), Braga (Portugal), v. 15, n. 2, 2002, p. 03-23.

BALL, S. J. Sociologia das pesquisas educacionais e pesquisa crítico-social: uma revisão pessoal das políticas educacionais e da pesquisa em política educacional. In: BALL S. J.; MAINARDES, J. (Org.). **Políticas Educacionais: Questões e Dilemas**. São Paulo: Cortez, 2011. p. 25-42.

BALL, S. J. **Neoliberal education, neoliberal research e truth-telling**. Palestra proferida durante o Seminário da UNICAMP- As contribuições de Stephen Ball para a pesquisa educacional no contexto brasileiro. Unicamp, Campinas (SP), out. 2013. Disponível em: <https://www.fe.unicamp.br/ead/galerias/4030/4026>. Acesso em: 06 jun. 2018.

BALL, S. J. **Educação Global S.A.: novas redes políticas e o imaginário neoliberal**. Traduzido por Janete Bridon. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), 2014.

BALL, S. J.; BOWIE, R. Subject departments and the “implementation” of National Curriculum policy: an overview of the issues. **Journal of Curriculum Studies**, London, v. 24, n. 2, p. 97-115, 1992.

BAMBRA, C. **Work, worklessness, and the political economy of health**. Oxford University Press, 2011.

BAPTISTA T. W. F.; REZENDE M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS R. A.; BAPTISTA T. W. F. (Orgs.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2011, p. 138-172.

BOBBIO, Norberto; MATTECCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. (1909). Tradução de Carmen C. Varriale et al. 1. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998. v. 1. 674 p.

BUSS, P. M. et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, dez. 2020.

CAPELLA, A. C. N. **Formulação de Políticas**. Brasília: Enap, 2018. 151p.
Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3332/1/Livro_Formula%C3%A7%C3%A3o%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas.pdf.
Acesso em: 10 jan. 2021.

ESPING-ANDERSEN, G. **The three worlds of welfare capitalism**. Princeton University Press. 1990.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2020**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 148 p., il. (Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, ISSN 1516-3296; n. 43)

LOPES, A. C. Políticas curriculares: continuidade ou mudança de rumos? **Revista Brasileira de Educação**, n. 26, 2004.

LOPES, A. C. Política de Currículo: Recontextualização e Híbridismo. **Currículo sem fronteiras**, v. 5, n. 2, p. 50-64, 2005.

LOPES, A. C.; MACEDO, E. **Teorias de Currículo**. São Paulo: Cortez, 2011a.

LOPES, C. A.; MACEDO, E. Contribuições de Stephen Ball para o estudo de políticas de currículo. In: BALL S. J.; MAINARDES, J. (Org.) **Políticas Educacionais: Questões e Dilemas**. São Paulo: Cortez, 2011b. p. 248-62.

LOPES, A. C. A teoria da atuação de Stephen Ball: e se a noção de discurso fosse outra? **Archivos Analíticos de Políticas Educativas**, v. 24, n. 25, 2016.

MAINARDES, J. Abordagem do Ciclo de Políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 27, n. 94, p. 47-69, jan./abr. 2006.

MAINARDES, J.; FERREIRA, M. S.; TELLO, C. Análise de políticas: fundamentos e principais debates teórico-metodológicos. In: BALL S. J; MAINARDES, J. (Org.). **Políticas Educacionais: Questões e Dilemas**. São Paulo: Cortez, 2011.

MAINARDES, J.; MARCONDES, M. I. Entrevista com Stephen J. Ball: um diálogo sobre justiça social, pesquisa e política educacional. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 30, n. 106, p. 303-318, jan. /abr. 2009.

MAINARDES, J.; STREMEL, S. **Informações sobre a abordagem do ciclo de políticas**. [online], nov. 2015. Disponível em: www.uepg.br/gppepe. Acesso em: jul. 2018.

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. 509 p. (Série INTERLOCUÇÕES. Práticas, experiências e pesquisas em saúde)

MERCADO, F. J. et al. Avaliação de políticas e programas de saúde: enfoques emergentes na Ibero-América no início do século XXI. In: MERCADO, F. J.; BOSI, M. L. M. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 22-62.

MOONEY, G. **The health of nations: Towards a new political economy**. Zed Books, 2012.

PINTO, I. C. M.; VEIRA-DA-SILVA, L. M.; BAPTISTA, T. V. F. Ciclo de uma Política Pública de Saúde: problematização, construção da agenda; institucionalização, formulação implementação e avaliação. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

RUA, M. G. **Políticas públicas**. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC. Departamento de Ciências da Administração. Brasília: UAB, CAPES, 2014. Disponível em: <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/145407>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SABATIER, P. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: A critical analysis and a suggested syntheses. **Jornal of Public Policy**, v. 6, n. 1, p. 21-48, 1986.

SANTOS FILHO, S. B. **Avaliação e Humanização em saúde: aproximações metodológicas**. Ijuí: Unijuí, 2009. 272 p.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamento para um modelo multidimensional e correlacional. In: MERCADO, F. J.; BOSI, M. L. M. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 207-228.

SWANSON, R. C. et al. Strengthening health systems in low-income countries by enhancing organizational capacities and improving institutions. **Globalization and health**, v. 11, n. 1, p. 1-8, Dec. 2015.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 75-98.w

2

MARA REJANE BARROSO BARCELOS
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA
ARLETE FRANK DUTRA
TATIANE COMERIO
CÂNDIDA CANIÇALI PRIMO

SÍFILIS GESTACIONAL: ANÁLISE DOS CASOS E AÇÕES DE ENFRENTAMENTO DE 2016-2019 EM VITÓRIA (ES)

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença milenar que vem prevalecendo, malgrado muitas tentativas de sua eliminação, e se mantém como um grande problema de saúde pública no mundo (CARDOSO et al., 2018). Apesar do combate à sífilis na gravidez ser relativamente simples, com baixo custo para diagnosticar e tratamento feito com penicilina, há um registro considerável de mortalidade associado à sífilis materna e congênita não tratadas (BENNANI et al., 2017; BERTUSSO et al., 2018).

Dentre as estratégias globais de combate, cita-se a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que visa reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos, além de eliminar as epidemias de aids, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas e combater a hepatite, doenças disseminadas pela água e outras doenças transmissíveis, por exemplo, a sífilis (ONU, [20--]).

A prevalência global estimada de sífilis materna, em 2016, foi de 0,69%, resultando em uma taxa global de sífilis congênita (SC) de 473 por 100 mil nascidos vivos e um total de 661 mil casos de SC, incluindo 355 mil desfechos adversos ao nascimento (ABO) e 306 mil lactentes sem sinais clínicos, nascidos de mães não tratadas. Acrescentam-se 143 mil óbitos fetais e natimortos, 61 mil óbitos neonatais e 41 mil prematuros ou com baixo peso (KORENROMP et al., 2019).

O Brasil registrou 62.599 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 21,4 por mil nascidos vivos) no ano de 2018 (BRASIL, [2020]). Na última década, observou-se aumento de notificações de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita devido à melhoria do sistema de vigilância e ampliação da utilização de testes rápidos (BRASIL, 2018).

O estado do Espírito Santo (ES), no período de 2010 a 2018, foi um dos 8 estados com maiores taxas de detecção de sífilis em gestantes do Brasil e, em 2017, esteve entre os 11 estados que apresentaram taxas de incidência de sífilis congênita superiores à taxa nacional. O município de Vitória (ES) constou, no período de 2010 a 2018, entre as 18 capitais com taxas de detecção de sífilis em gestantes superiores às do Brasil (BRASIL, 2019a).

A partir de 2016, ocorreu, no município de Vitória, uma reformulação do Plano Municipal de Enfrentamento da Sífilis, com vistas a melhor atuação da vigilância e assistência e com foco no avanço progressivo do enfrentamento da sífilis (VITÓRIA, 2016). Esse plano é composto por oito eixos, sendo que três deles se relacionam diretamente ao objetivo de captação precoce das gestantes com sífilis, acompanhamento pré-natal de todas as gestantes e monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros. Somando-se às estratégias previstas no Plano, o município vem obtendo a atuação das diversas instâncias de gestão, com a integração entre vigilância e assistência, focadas na melhoria progressiva do enfrentamento da sífilis (VITÓRIA, 2016).

Ao analisar os dados das fichas de notificação de um período, adquirir-se mais conhecimento do problema, além de proporcionar oportunidade de elaboração de políticas públicas de saúde que visem melhorar a atenção pré-natal e, consequentemente, a prevenção da transmissão vertical (TV) da sífilis. Assim, este estudo tem por objetivo descrever os casos notificados de sífilis em gestantes e ações de enfrentamento da sífilis em Vitória, Espírito Santo.

MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo descritivo de abordagem quantitativa. A coleta de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi relativa ao período de 1º de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2019. A análise estatística ocorreu a partir de janeiro de 2020.

A Gerência de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS) é responsável pela análise e consolidação das

informações e digitação das fichas de notificação recebidas das unidades de saúde e serviços hospitalares alimentando o SINAN. Antes da digitação dos dados, as notificações são revisadas na Coordenação de Vigilância Epidemiológica do município de acordo com os critérios de definição de caso de sífilis em gestante do Ministério da Saúde vigentes no período 2016 a 2019 (BRASIL, 2016, 2017, 2019b).

As variáveis estudadas foram distribuídas consoante as seguintes características sociodemográficas: idade materna em anos, cor da pele, idade gestacional do diagnóstico de sífilis e escolaridade. Utilizaram-se, também, características clínicas e laboratoriais, como teste não treponêmico na gestação; teste treponêmico na gestação; classificação da sífilis; qualidade do tratamento recebido pela gestante (adequado, inadequado); realização ou não do tratamento do parceiro.

O tratamento considerado adequado à gestante, para o ano de 2016 até o dia 12 de outubro de 2017, era somente o uso da penicilina, de forma completa, adequada, na dose e no tempo, de acordo com a fase clínica da doença e com finalização do tratamento em até 30 dias antes do parto (BRASIL, 2016).

A partir de 13 de outubro de 2017, a Nota Informativa n.º 2-SEI/2017 estabeleceu uma mudança nos critérios de adequação do tratamento, incluindo a administração de penicilina benzatínica, com início do tratamento até 30 dias antes do parto, esquema terapêutico relacionado ao estágio clínico da sífilis e respeito ao intervalo recomendado das doses, que é de 7 até, no máximo, 14 dias (BRASIL, 2017).

As variáveis categóricas foram expressas como frequência absoluta e relativa. Além disso, calculou-se a taxa de detecção de sífilis em gestantes para cada mil nascidos vivos (n.v.), obtida pela divisão do número de casos com sífilis em gestante de determinado ano pela quantidade de nascidos vivos no mesmo ano e multiplicação por mil.

O Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis é composto por oito eixos, sendo três deles relacionados às gestantes. O primeiro eixo – a captação precoce das gestantes com sífilis – será analisado a partir do indicador ‘proporção de gestantes usuárias do SUS que iniciaram o pré-natal nas primeiras 12 semanas do período gestacional’. Para os indicadores dos anos 2016 e 2017, os dados foram coletados do sistema SIS Pré-natal, vinculado à Coordenação de Informação em Saúde, da

Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). Quanto aos indicadores dos anos 2017 e 2018, os dados foram coletados do Sistema Informatizado Rede Bem Estar (ESPÍRITO SANTO, 2013).

O segundo eixo é o ‘acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes’. Cada equipe deve realizar a vigilância das gestantes de seu território de atuação. Esse eixo será avaliado pela cobertura de consultas de pré-natal, conceituada como distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos, segundo o número de consultas de pré-natal na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado (BRASIL, [2012]). O indicador de cobertura é a proporção de nascidos vivos de mães segundo o número de consultas: ‘nenhuma’, ‘1 a 3’, ‘4 a 6’ e ‘7 e mais’ consultas de pré-natal. Esse indicador foi calculado a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) (BRASIL, [2020]), de base federal para o período 2016 a 2017 e de base municipal para o período 2018 a 2019.

O quinto eixo é o ‘monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros’ e, para avaliá-lo, alguns indicadores foram selecionados. Quanto ao monitoramento da gestante, consideraram-se o percentual de teste treponêmico, o percentual de teste não treponêmico e a soma do percentual de tratamento das gestantes com 7.200.000 UI e 2.400.000 UI de penicilina benzatina,

Tabela 1 - Caracterização da amostra: características sociodemográficas – banco de dados sífilis em gestante de residentes em Vitória – 2016 a 2019.

Variáveis	Ano do diagnóstico			
	2016		2017	
	n	%	n	%
Faixa etária				
10 a 19 anos	50	29,6	49	28,5
20 a 29 anos	93	55,0	87	50,6
30 a 39 anos	23	13,6	34	19,8
40 a 49 anos	3	1,8	2	1,2

tratamentos recomendados conforme fase clínica da doença. Em relação ao monitoramento do parceiro, os indicadores de monitoramento referem-se ao percentual de realização de tratamento concomitante do parceiro e a soma do percentual de tratamento dos parceiros com 7.200.000 UI e 2.400.000UI de penicilina benzatina, expressos nas notificações de sífilis em gestante no quadriênio 2016 a 2019. Ao final, calcula-se o indicador composto pela média dos percentuais dos cinco indicadores citados.

A análise dos dados do SINAN e SINASC foi realizada por meio do pacote estatístico Programa para Análise Estatística de Dados Amostrados (PSPP). Esta pesquisa foi aprovada pelo Parecer n.º 3.787.294, de 20 de dezembro de 2019, CAAE 25982319.6.0000.5060.

RESULTADOS

No quadriênio 2016 a 2019, o município de Vitória teve, pelo critério ano de diagnóstico, 715 mulheres residentes notificadas para sífilis na gestação, sendo tal número crescente ao longo dos quatro anos: 169 casos em 2016, 172 em 2017, 176 em 2018 e 198 em 2019 (Tabela 1).

					Total	
2018		2019				
	n	%	n	%	n	%
	51	29,0	42	21,2	192	26,9
	86	48,9	120	60,6	386	54,0
	33	18,8	33	16,7	123	17,2
	6	3,4	3	1,5	14	2,0

Gestante				
1º Trimestre	57	33,7	70	40,7
2º Trimestre	36	21,3	50	29,1
3º Trimestre	67	39,6	42	24,4
Ignorada	9	5,3	10	5,8
Raça/Cor				
Branca	12	7,1	34	19,8
Preta	28	16,6	23	13,4
Amarela	-	-	2	1,2
Parda	93	55,0	92	53,5
Ignorado	33	19,5	21	12,2
Em branco	3	1,8	-	-
Escolaridade				
Analfabeto	2	1,2	1	,6
1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)	6	3,6	6	3,5
4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)	5	3,0	5	2,9
5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)	55	32,5	42	24,4
Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)	15	8,9	20	11,6
Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)	23	13,6	27	15,7
Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)	18	10,7	33	19,2
Educação superior incompleta	3	1,8	8	4,7
Educação superior completa	-	-	3	1,7
Ignorado	35	20,7	23	13,4
Em branco	7	4,1	4	2,3
Total	169	100,0	172	100,0

Fonte: ESPÍRITO SANTO, 2020.

*Dados coletados em 15 jan. 2020.

	74	42,0	101	51,0	302	42,2
	39	22,2	48	24,2	173	24,2
	53	30,1	42	21,2	204	28,6
	10	5,7	7	3,5	36	5,0
	24	13,6	34	17,2	104	14,5
	27	15,3	24	12,1	102	14,3
	-	-	-	-	2	0,3
	102	58,0	106	53,5	393	55,0
	23	13,1	34	17,2	111	15,5
	-	-	-	-	3	0,4
	1	,6	2	1,0	6	,8
	3	1,7	4	2,0	19	2,7
	5	2,8	6	3,0	21	2,9
	44	25,0	60	30,3	201	28,1
	14	8,0	21	10,6	70	9,8
	21	11,9	22	11,1	93	13,0
	23	13,1	31	15,7	105	14,7
	2	1,1	6	3,0	19	2,7
	-	-	4	2,0	7	1,0
	57	32,4	40	20,2	155	21,7
	6	3,4	2	1,0	19	2,7
	176	100,0	198	100,0	715	100,0

As gestantes apresentaram, como predominância, a faixa etária de 20 a 29 anos (54,0%), seguidas de: 10 a 19 anos (26,9%), 30 a 39 anos (17,2%) e 40 a 49 anos (2,0%). A raça/cor predominante foi a parda (55,0%), seguida pela branca (14,5%), preta (14,3%) e amarela (0,3%). Cabe ressaltar que houve um percentual de 15,5% de raça/cor ignorada e 0,4% em branco.

Os casos foram notificados, em sua grande maioria durante o pré-natal, pelas unidades de saúde do município de Vitória e alguns serviços privados (76,6%), bem como pelos hospitais e maternidades públicas e privadas localizados em Vitória (22,2%). A notificação ocorreu quando a gestante se encontrava no primeiro trimestre em 42,2% do total das gestantes do quadriênio, no terceiro trimestre em 28,6% e no segundo trimestre em 24,2%. A opção ‘idade gestacional ignorada’ compreendeu 5% do total. Do total de gestantes, 57,3% possuíam o ensino médio incompleto e 28,2% ensino fundamental incompleto, havendo 21,7% com a escolaridade indicada como ‘ignorado’.

Tabela 2 - Caracterização da amostra: testagem e tratamento da gestante e parceria – banco de dados sífilis em gestante de residentes em Vitória – 2016 a 2019.

Variáveis	Ano do diagnóstico			
	2016		2017	
	N	%	n	%
Teste treponêmico no Pré-natal				
Reagente	76	45,0	92	53,5
Não reagente	2	1,2	3	1,7
Não realizado	69	40,8	59	34,3
Ignorado	22	13,0	18	10,5
Esquema de tratamento				
Penicilina G benzatina 2.400.000UI	19	11,2	9	5,2
Penicilina G benzatina 4.800.000UI	3	1,8	4	2,3
Penicilina G benzatina 7.200..000UI	121	71,6	134	77,9

As gestantes notificadas com sífilis, no quadriênio, residiam nas seguintes regiões: 30,1%, Maruípe; 25,3%, São Pedro; 13,3%, Santo Antônio; 12,4%, Forte São João; 10,6%, Continental; e 8,3%, Centro.

Quanto ao município de realização do pré-natal, do total de gestantes diagnosticadas com sífilis no quadriênio, 90,8% realizaram o pré-natal no município de Vitória, 1,1% em outros municípios do estado do Espírito Santo, 0,3% no estado do Rio de Janeiro e 0,1% no estado da Bahia. A opção foi deixada em branco em 7,7% das notificações.

A classificação clínica da sífilis foi considerada como latente em 38,7% dos casos; ignorada em 28,7%; primária em 11,2%; em branco em 8,7%; terciária em 7,3%; e secundária em 5,5% dos casos.

Quanto ao teste treponêmico no pré-natal, 56,1% das gestantes realizaram o teste treponêmico. Desses, 53,0% tiveram teste reagente e 3,1% teste não reagente. Do total de gestantes, 33,4% não o realizaram. Em 10,5% dos casos foi ignorado se a gestante fez o teste treponêmico (Tabela 2).

					Total	
2018			2019			
n	%		n	%	n	%
93	52,8		118	59,6	379	53,0
1	0,6		16	8,1	22	3,1
67	38,1		44	22,2	239	33,4
15	8,5		20	10,1	75	10,5
7	4,0		6	3,0	41	5,7
-	-		2	1,0	9	1,3
141	80,1		179	90,4	575	80,4

Outro esquema	2	1,2	1	0,6
Não realizado	20	11,8	18	10,5
Ignorado	4	2,4	6	3,5
Parceiro tratado concomitantemente com a gestante				
Sim	53	31,4	64	37,2
Não	95	56,2	94	54,7
Ignorado	21	12,4	13	7,6
Em branco	-	-	1	0,6
Esquema de tratamento prescrito ao parceiro				
Penicilina g benzatina 2.400.000ui	20	11,8	21	12,2
Penicilina g benzatina 4.800.000ui	1	0,6	1	0,6
Penicilina g benzatina 7.200.000ui	40	23,7	46	26,7
Outro esquema	-	-	-	-
Não realizado	80	47,3	85	49,4
Ignorado	22	13,0	18	10,5
Em branco	6	3,6	1	0,6
Motivo para o não tratamento do parceiro				
Parceiro não teve mais contato com a gestante	25	14,8	23	13,4
Parceiro não foi comunicado/convoca do à us para tratamento	10	5,9	8	4,7
Parceiro foi comunicado/convoca do à us para tratamento, mas não compareceu	15	8,9	8	4,7
Parceiro foi comunicado/convoca do à us mas recusou o tratamento.	5	3,0	2	1,2
Parceiro com sorologia não reagente	7	4,1	6	3,5
Outro motivo	46	27,2	50	29,1
Em branco	61	36,1	75	43,6
Teste não treponêmico no Pré-natal				
Reagente	159	94,1	147	85,5
Não reagente	3	1,8	7	4,1
Não realizado	6	3,6	14	8,1

	2	1,1	-	-	5	,7
	23	13,1	10	5,1	71	9,9
	3	1,7	1	0,5	14	2,0
	54	30,7	76	38,4	247	34,5
	95	54,0	86	43,4	370	51,7
	27	15,3	36	18,2	97	13,6
	-	-	-	-	1	0,1
	18	10,2	40	20,2	99	13,8
	-	-	-	-	2	0,3
	34	19,3	34	17,2	154	21,5
	-	-	4	2,0	4	0,6
	92	52,3	79	39,9	336	47,0
	31	17,6	38	19,2	109	15,2
	1	0,6	3	1,5	11	1,5
	23	13,1	30	15,2	101	14,1
	15	8,5	20	10,1	53	7,4
	10	5,7	15	7,6	48	6,7
	2	1,1	4	2,0	13	1,8
	3	1,7	10	5,1	26	3,6
	52	29,5	53	26,8	201	28,1
	71	40,3	66	33,3	273	38,2
	164	93,2	180	90,9	650	90,9
	3	1,7	5	2,5	18	2,5
	5	2,8	11	5,6	36	5,0

Ignorado	1	,6	4	2,3
Resultado				
Menor ou igual 1:8	90	56,6	91	61,9
Maior que 1:8	69	43,4	56	38,1
Total	159	100,0	147	100,0
Total Geral	169	100,0	172	100,0

Fonte: ESPÍRITO SANTO, 2020.

Quanto ao teste não treponêmico no pré-natal – que, no município de Vitória, tem sido o VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) –, foi realizado em 93,4% dos casos do quadriênio, sendo reagente em 90,9% e não reagente em 2,5% dos casos. Em 5% dos casos, não foi realizado e, em 1,5% das notificações, identificou-se ignorado. Dentre as gestantes que realizaram o VDRL, 55,5% delas tiveram VDRL menor ou igual a 1:8 e 44,5% delas maior que 1:8.

O esquema de tratamento das gestantes foi, na maioria das vezes, a Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI (80,4%). O tratamento não foi realizado em 9,9%; realizado com Penicilina G benzatina 2.400.000 UI em 5,7%; ignorado em 2,0%; e utilizando Penicilina Benzatina 4.800.000 UI em 1,3% dos casos.

Os parceiros foram tratados concomitantemente às gestantes em 34,5% dos casos e não tratados em 51,8%. O tratamento dos parceiros foi ignorado em 13,6% dos casos e deixado “em branco” em 0,1%.

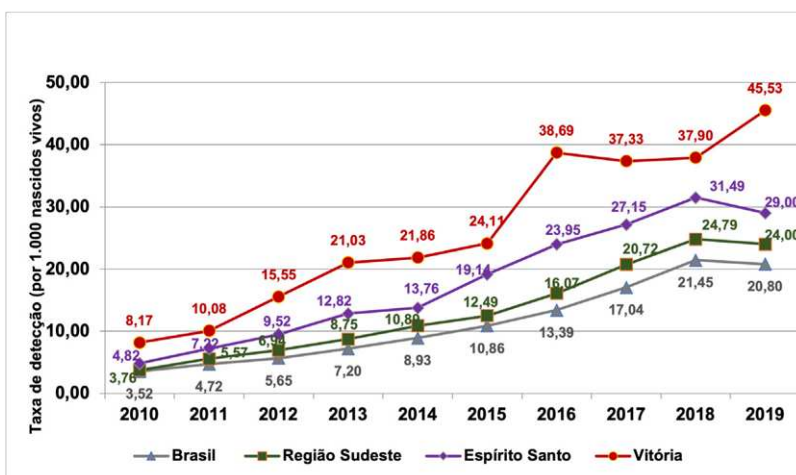
O esquema de tratamento dos parceiros foi a Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI em 21,5% dos casos, 4.800.000 UI em 0,3%, 2.400.000 UI em 13,9%. Outro esquema foi utilizado em 0,6% dos casos. O esquema de tratamento foi informado como ignorado em 15,2% dos casos, em branco em 1,5%, e não realizado em 47,0% dos casos.

Os motivos para o não tratamento do parceiro foram: ‘ele não teve mais contato com a gestante’ (14,1%); ‘não foi comunicado/convocado à unidade de saúde (US) para tratamento’ (7,4%); ‘foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu’ (6,8%); ‘foi comunicado/convocado à US, mas recusou o tratamento’ (1,8%); ‘outro motivo’ (28,1%); e ‘parceiro com sorologia não reagente’ (3,6%). A informação não foi prestada em 38,2% (desses, 34,5% equivalem aos casos tratados).

4	2,3	2	1,0	11	1,5
80	48,8	100	55,6	361	55,5
84	51,2	80	44,4	289	44,5
164	100,0	180	100,0	650	100,0
176	100,0	198	100,0	715	100,0

Neste estudo, os dados demonstram que as taxas de detecção de sífilis em gestantes, no município de Vitória, sempre foram superiores às do estado do Espírito Santo, incluindo o quadriênio 2016 a 2019. Estas, por sua vez, verificaram-se superiores às da região Sudeste e também maiores do que as do Brasil. No quadriênio 2016 a 2019, observou-se aumento na taxa de detecção, passando de 8,17 casos detectados de sífilis em gestantes por mil n.v. em 2010 (BRASIL, [2020]), para 45,53 casos por mil n.v. em 2019 (ESPÍRITO SANTO, 2020), posicionando Vitória (ES) dentre as capitais com as maiores taxas de detecção do país (Gráfico 1).

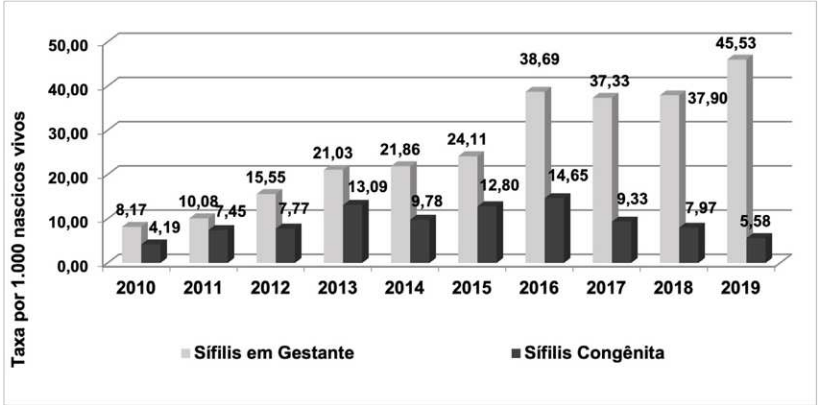
Gráfico 1 - Taxas de detecção sífilis em gestante (/1.000 nascidos vivos), por ano diagnóstico, por local de residência – anos 2010 a 2019.



Fonte: BRASIL, [2020]; ESPÍRITO SANTO, 2020.

Comparando as taxas no quadriênio 2016-2019, observou-se que, enquanto a taxa de detecção de sífilis gestacional foi crescente, a de incidência de sífilis congênita foi decrescente (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Taxas de detecção da sífilis em gestantes e incidência da sífilis congênita em menores de um ano (por mil nascidos vivos) – anos 2010 a 2019.



Fonte: BRASIL, [2020]; ESPÍRITO SANTO, 2020.

Tabela 3 - Cobertura de pré-natal no município de Vitória no Quadriênio 2016 a 2019.

Frequência de consultas de pré-natal	2016		2017
	Nº	%	Nº
Nenhuma	24	0,55	42
1-3 vezes	175	4,01	143
4-6 vezes	701	16,05	685
7 e +	3.454	79,08	3.721
Não informado	0	0,00	0
Ignorado	14	0,32	17
Cobertura 1 ou + vezes	4.330	99,13	4.549
Total	4.368	100,00	4.608

Fonte: Espírito Santo, 2020.

O indicador do eixo 1 do Plano de Enfrentamento, ‘captação precoce’, teve um percentual de 62,5% em 2016, 63,67% em 2017, 66,60% em 2018 e 66,71 em 2019 (BRASIL, [2020]; ESPÍRITO SANTO, 2020).

O indicador do eixo 2, ‘cobertura de pré-natal’ – ou seja, a proporção de nascidos vivos de mães com ‘1 a 3’ consultas, ‘4 a 6’ consultas e ‘7 e mais’ consultas de pré-natal –, foi de: 99,13% em 2016; 98,71% em 2017; 98,81% em 2018; e 99,26% em 2019. A proporção de nascidos vivos de mães com ‘7 e mais’ consultas e mais foi de: 79,08% em 2016; 80,75% em 2017; 81,07% em 2018; e 82,74% em 2019 (Tabela 3).

		2018		2019	
	%	Nº	%	Nº	%
	0,91	38	0,82	19	0,42
	3,10	151	3,25	133	2,97
	14,87	673	14,49	607	13,56
	80,75	3.765	81,07	3.705	82,74
	0,00	0	0,00	0	0,00
	0,37	17	0,37	14	0,31
	98,71	4.589	98,81	4.445	99,26
	100,00	4.644	100,00	4.478	100,00

Quanto aos indicadores do eixo 5 para as gestantes, o percentual de ‘realização de teste treponêmico’ foi de 46,2% em 2016, 55,2% em 2017, 53,4% em 2018 e 67,7% em 2019. Sobre o percentual de ‘realização de VDRL’, registrou-se 95,9% em 2016, 89,6% em 2017, 94,9% em 2018 e 93,4% em 2019. Referente à ‘soma do percentual de ‘tratamento das gestantes com 7.200.000 UI e com 2.400.000UI de Penicilina Benzatina’, houve 82,8% em 2016, 83,1% em 2017, 84,1% em 2018 e 93,4% em 2019.

Quanto aos indicadores do eixo 5 para os parceiros, o percentual de ‘realização de tratamento concomitante do parceiro’ foi de 31,4% em 2016, 37,2% em 2017, 30,7% em 2018 e 38,4% em 2019. A soma do percentual de ‘tratamento dos parceiros com 7.200.000 UI e 2.400.000 UI de Penicilina Benzatina’ foi 35,5% em 2016, 38,9% em 2017, 29,5 em 2018 e 37,4 em 2019 (Tabela 2). O indicador composto pela média dos percentuais dos cinco indicadores citados foi 58,36% em 2016, 60,8% em 2017, 58,52% em 2018 e 66,06 em 2019.

DISCUSSÃO

No quadriênio 2016 a 2019, Vitória apresentou aumento do número de casos notificados de sífilis em gestantes. A taxa de detecção de sífilis em gestantes, embora historicamente superior à do estado do Espírito Santo, da região Sudeste e do Brasil, teve um comportamento um pouco diferenciado nesse período, mantendo-se com discreta queda entre 2016 e 2017 e com elevação entre 2017 e 2019. No estado, região Sudeste e Brasil houve elevação da taxa detecção entre 2016 e 2018 e queda em 2019. Acredita-se que, em parte, tais fatos se devam ao aumento da testagem rápida, pois considera-se que o avanço importante no rastreamento da sífilis seja a disponibilidade relativamente recente de testes rápidos de diagnóstico, seja para a detecção de anticorpos do *Treponema pallidum* isoladamente ou em conjunto com a detecção de anticorpos para o HIV (TAYLOR et al., 2018).

Além disso, muitos estudos têm abordado o ressurgimento da sífilis, particularmente em populações específicas, inclusive em comunidades de homens que fazem sexo com homens (HSH), em muitas partes do mundo

(ALMEIDA; DONALISIO; CORDEIRO, 2017; AMSALU; FERREDE; ASSEGU, 2018; ARORA et al., 2016; FERNANDES et al., 2015).

O aumento da taxa de detecção, além de ter influência do aumento da testagem rápida no quadriênio, significa que a epidemia de sífilis está em ascensão no município, assim como no estado do Espírito Santo (SOARES et al., 2020), no Brasil (MIRANDA et al., 2019) e no mundo (KITAYAMA et al., 2017; BOFFIN et al., 2017; KIMBALL et al., 2020). Por isso, requer monitoramento ainda mais aprimorado, para resultar em diagnóstico precoce, tratamento e controle adequados (SOARES et al., 2020).

Em Vitória, a faixa etária mais acometida pela sífilis gestacional, a raça/cor e o nível de escolaridade seguiram o padrão observado no país. No período de 2010 a 2017, as gestantes diagnosticadas com sífilis, no Brasil, foram, principalmente, as pardas e jovens, nas seguintes faixas etárias: de 20 a 29 anos, de 15 a 19 anos e de 30 a 39 anos, nessa ordem. Quanto à raça/cor, em ordem de frequência, a parda foi seguida pela branca e negra, enquanto 51,5% das mulheres não tinham o ensino médio completo (BRASIL, 2019a).

Em Vitória, 76,6 % dos casos de sífilis em gestantes foram notificados pelas equipes do sistema municipal de saúde e alguns serviços privados. A Rede Bem Estar (RBE), pertencente ao sistema de gestão informatizado, permite a notificação de forma rápida, anexando-a ao prontuário do paciente. Essa realidade tem sido fator potente para a notificação precoce dos casos, permitindo um adequado acompanhamento pela Coordenação de Vigilância Epidemiológica a partir da notificação (ESPÍRITO SANTO, 2013).

Uma medida que vem sendo adotada pela Coordenação de Vigilância Epidemiológica do município de Vitória no último quadriênio é o monitoramento dos resultados dos testes não treponêmicos (VDRL), pela referência técnica em sífilis, checagem do prontuário eletrônico da RBE e verificação na necessidade ou não de notificação, seguida pelo monitoramento do tratamento. Dessa forma, a Vigilância em Saúde trabalha junto à Atenção Básica, auxiliando na condução de muitos casos e contribuindo para a realização do tratamento de forma mais precoce e para desfechos melhores.

Em Vitória, a notificação ocorreu, com maior frequência, no primeiro trimestre da gestação, e a maioria das gestantes realizou o pré-natal no

município. Para efetivo desenvolvimento nessa captação, há necessidade de melhoria na busca ativa das gestantes. O início tardio do pré-natal ainda tem sido um problema em cidades localizadas nos países em desenvolvimento (NKAMBA et al., 2017) e, inclusive, nas cidades localizadas em países desenvolvidos (KIMBALL et al., 2020; SLUTSKER; HENNESSY; SCHILLINGER, 2018).

Quanto à classificação clínica, a sífilis pode se manifestar por meio das formas primária, secundária e terciária e afetar vários sistemas orgânicos, incluindo o sistema nervoso central e o sistema ocular (BORGES et al., 2018). Em Vitória, a maioria dos casos foi classificada como sífilis latente. Grande parte das pessoas com sífilis tende a não ter conhecimento da infecção, podendo transmiti-la por meio de contatos sexuais. Isso ocorre devido à ausência ou pouca sintomatologia e a estágios da doença com manifestações clínicas variáveis e complexas, além de longos períodos de latência (PEELING et al., 2017).

Quanto à testagem, estudos apontam o avanço importante no rastreamento da sífilis devido à disponibilidade relativamente recente de testes rápidos de diagnóstico. O foco na melhoria na frequência da testagem rápida poderá contribuir para um diagnóstico mais precoce (TAYLOR et al., 2018). Em relação ao tratamento, observou-se que o percentual em relação às gestantes foi crescente, denotando melhoria desse indicador no plano de enfrentamento da Sífilis (VITÓRIA, 2016).

A taxa de tratamento dos parceiros foi crescente, com exceção do ano 2018. Estudo aponta barreiras para a notificação bem-sucedida de parceiros em função de se tornarem anônimos durante o acompanhamento das gestantes, além de estas não se sentirem à vontade para compartilhar os nomes dos parceiros com os profissionais de saúde (MAGAZINER et al., 2018). Também há situações em que a gestante tem medo de abordar o tratamento com o parceiro, o parceiro se encontra privado de liberdade e não consegue realizar o tratamento, a multiplicidade de parceiros pode dificultar a identificação, há resistência ao tratamento com medicação injetável, há a não adesão do parceiro ao serviço de saúde, dentre outros motivos. Desafios semelhantes para o aprimoramento do tratamento da parceria sexual têm sido observados em outras capitais do Brasil (CARDOSO et al., 2018).

Quanto aos dois primeiros eixos do plano de enfrentamento, Vitória vem apresentando melhoria da captação precoce e da cobertura de pré-natal. O eixo 5 – ‘monitoramento da gestante e seu parceiro’ – apresentou resultado mais expressivo no ano de 2018 para 2019. Essas melhorias têm contribuído para a queda da taxa de incidência de sífilis congênita, apesar da elevação da taxa de detecção da sífilis gestacional. Algumas ações têm sido recomendadas, tais como a organização da logística, a superação de barreiras do cuidado, a ação política para o enfrentamento da situação e a aplicação das estratégias adotadas pelo nosso país para o controle da sífilis (MIRANDA et al., 2019).

CONCLUSÃO

Embora, no quadriênio 2016 a 2019, a taxa de detecção de sífilis em gestantes tenha sido ascendente, houve ascendência no percentual de captação precoce, na cobertura do pré-natal e no monitoramento da gestante, evidenciando melhorias no enfrentamento da sífilis nesse segmento da população após a implantação do Plano Municipal de Enfrentamento da Sífilis.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V.C.; DONALISIO, M.R.; CORDEIRO, R. Factors associated with reinfection of syphilis in reference centers for sexually transmitted infections. **Rev. Saude Publica**, v. 51, p. 64, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5477707/>. Acesso em: 5 jul. 2020. doi:10.1590/S1518-8787.2017051006432.

AMSALU, A.; FEREDÉ, G.; ASSEGU, D. High seroprevalence of syphilis infection among pregnant women in Yiregalem hospital southern Ethiopia. **BMC Infect. Dis.**, v. 18, n. 1, p. 109, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5840736/>. Acesso em: 20 jun. 2020. doi:10.1186/s12879-018-2998-8.

ARORA, N. et al. Origin of modern syphilis and emergence of a pandemic *Treponema pallidum* cluster. **Nat. Microbiol.**, v. 2, p. 16245, 2016. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nmicrobiol2016245>. Acesso em: 15 ago. 2020. doi:10.1038/nmicrobiol.2016.245.

BENNANI, A. et al. The prevalence and incidence of active syphilis in women in Morocco, 1995-2016: Model-based estimation and implications for STI surveillance. **PLoS One**, v. 12, n. 8, p. e0181498, 2017. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0181498>. Acesso em: 20 jun. 2020. doi:10.1371/journal.pone.0181498.

BERTUSSO, T.C.G. et al. Características de Gestantes com Sífilis em um hospital universitário do Paraná. **R. Saúde Publ.**, v. 1, n. 2, p. 129-140, 2018. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/59>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BOFFIN, N. et al. Four sexually transmitted infections (STIs) in Belgian general practice: first results (2013-2014) of a nationwide continuing surveillance study. **BMJ Open**, v. 7, n. 1, p. e012118, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5278247/>. Acesso em: 15 jun. 2020. doi:10.1136/bmjopen-2016-012118.

BORGES, C.R. et al. Neurosyphilis and ocular syphilis clinical and cerebrospinal fluid characteristics: a case series. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 76, n. 6, p. 373-380, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2018000600373&script=sci_arttext. Acesso em: 20 jun. 2020. doi:10.1590/0004-282X20180054.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Cobertura de consultas de pré-natal – F.6 – 2012**. [Brasília, 2012]. Disponível em: <http://fichas.ripsa.org.br/2012/f-6/>. Acesso em: 28 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV). **Nota Informativa**, n. 2, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsvsmms>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV). **Bol. Epidemiol. Sífilis**, v. 49, n. 45, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. **Bol. Epidemiol. Sífilis**, v. 5, n. 1, 2019a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2019b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 24 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) DATASUS dados de 2010 a 2018. **Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros**. [Brasília, 2020]. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br>. Acesso em: 07 jan. 2021.

CARDOSO, A.R.P. et al. Analysis of cases of gestational and congenital syphilis between 2008 and 2010 in Fortaleza, State of Ceará, Brazil. *Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Cien. Saude Colet.*, v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200563&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 jun. 2020. doi:10.1590/1413-81232018232.01772016.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. **Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SGIRBE)**. Vitória (ES): SEMUS, 2013. Disponível em: <https://m.vitoria.es.gov.br/noticia/rede-bem-estar-integracao-na-rede-de-saude-e-reducao-de-custos-16836>. Acesso em: 24 jun. 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. **Bancos de dados do Sistema Único de Saúde**: base municipal anos 2010 a 2019 do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Vitória: SEMUS, 2020.

FERNANDES, F.R.P. et al. Syphilis infection, sexual practices and bisexual behavior among men who have sex with men and transgender women: a cross-sectional study. *Sex. Transm. Infect.*, v. 91, n. 2, p. 142-149, 2015. Disponível em: <https://sti.bmj.com/content/91/2/142.long>. Acesso em: 20 jun. 2020. doi.org/10.1136/sextrans-2014-051589.

KIMBALL, A. et al. Missed opportunities for prevention of congenital syphilis - United States, 2018. *MMWR Morb. Mortal Wkly. Rep.*, v. 69, n. 22, p. 661-665, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6922a1.htm>. Acesso em: 15 jun. 2020. doi:10.15585/mmwr.mm6922a1

KITAYAMA, K. et al. Syphilis in the Americas: a protocol for a systematic review of syphilis prevalence and incidence in four high-risk groups, 1980-2016. *Syst. Rev.*, v. 6, n. 1, p. 195, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5634900/>. Acesso em: 20 jun. 2020. doi:10.1186/s13643-017-0595-3.

KORENROMP, E.L. et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes-Estimates for 2016 and progress since 2012.

PLoS One, v. 14, n. 2, p. e0211720, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6392238/>. Acesso em: 20 jun. 2020. doi:10.1371/journal.pone.0211720.

MAGAZINER, S. et al. Public health opportunities and challenges in the provision of partner notification services: the New England experience. **BMC Health**

Serv. Res., v. 18, n. 1, p. 75, 2018. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-2890-7>. Acesso em: 20 jun. 2020. doi:10.1186/s129-018-2890-7.

MIRANDA, A. E. et al. Program for Prevention of Mother-to-Child Transmission of Syphilis and HIV in Brazil: missed opportunities. **J. Bras. Doenças Sex.**

Transm., v. 31, n. 2, p. 50-56, 2019. Disponível em: http://www.bjstd.org/html.php?id_artigo=216. Acesso em: 20 jun. 2020.

NKAMBA, D. et al. Barriers and facilitators to the implementation of antenatal syphilis screening and treatment for the prevention of congenital syphilis in the Democratic Republic of Congo and Zambia: results of qualitative formative research. **BMC Health Serv. Res.**, v. 17, n. 1, p. 556, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28807019/>. Acesso em: 20 jun. 2020. doi:10.1186/s12913-017-2494-7

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. Objetivo 3. Saúde e bem-estar. Metas do objetivo 3. [20--]. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br/ods/3/>. Acesso em: 10 abr. 2020.

PEELING, R.W. et al. Syphilis. **Nat. Rev. Dis. Primers**, v. 3, p. 17073, 2017.

doi:10.1038/nrdp.2017.73. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29022569/>. Acesso em: 18 abr. 2020. doi:10.1038/nrdp.2017.73.

SLUTSKER, J.S.; HENNESSY, R.R.; SCHILLINGER, J.A. Factors Contributing to Congenital Syphilis Cases - New York City, 2010-2016. **MMWR Morb. Mortal Wkly. Rep.**, v. 67, n. 39, p. 1088-1093, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30286056/>. Acesso em: 12 jun. 2020. doi:10.15585/mmwr.mm6739a3.

SOARES, K.K.S. et al. Spatial analysis of syphilis in pregnancy and congenital syphilis in the state of Espírito Santo, Brazil, 2001-2018. Análise espacial da sífilis em gestantes e sífilis congênita no estado do Espírito Santo, 2011-2018. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 29, n. 1, p. e2018193, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000100312&lang=pt. Acesso em: 19 nov. 2020. doi:10.5123/s1679-49742020000100018.

TAYLOR, M. et al. Revisiting strategies to eliminate mother-to-child transmission of syphilis. **Lancet Glob. Health**, v.6, n. 1, p. e26-e28, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6747700/>. Acesso em: 20 jun. 2020. doi:10.1016/S2214-109X(17)30422-9.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de enfrentamento “Vitória contra sífilis”**. Vitória, 2016.

3

LUANA CRUZ FREIRE
MARA REJANE BARROSO BARCELOS
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

REFLEXÕES SOBRE O NÃO TRATAMENTO E ADESÃO DO PARCEIRO SEXUAL DA GESTANTE POSITIVA PARA SÍFILIS

INTRODUÇÃO

A sífilis é a segunda causa infecciosa de natimortos em todo o mundo e um importante contribuinte evitável para a morbimortalidade infantil (WHO, 2019). Cerca de 2 milhões de gestantes são infectadas pela sífilis a cada ano. A maioria das gestantes não realiza o teste para sífilis, e as que o fazem não são tratadas adequadamente ou sequer recebem tratamento. Nesse contexto, em torno de 50% das gestantes não tratadas ou inadequadamente tratadas podem transmitir a doença ao conceito, levando a resultados adversos como morte fetal, morte neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer ou infecção congênita (NONATO, 2015).

Esse agravo diminuiu em todo o mundo entre 2012 e 2016, embora a prevalência materna tenha se mantido estável. A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem trabalhando no combate à sífilis congênita no mundo e, até o momento, alcançou a eliminação da transmissão vertical em Cuba, Armênia, Bielorrússia, República de Moldova, Anguilla, Antígua e Barbuda, Bermudas, Ilhas Cayman, Montserrat, São Cristóvão e Nevis, Malásia e, mais recentemente, Maldivas (WHO, 2019).

Entretanto, apesar da diminuição global no número de casos, a ocorrência continua elevada. Novas estimativas mostram que havia mais de meio milhão (cerca de 661 mil) de casos de sífilis congênita em 2016, resultando em mais de 200 mil natimortos e mortes de recém-nascidos a cada ano. Conseguir a eliminação global de sífilis congênita, no entanto, exigirá melhorar o acesso à triagem e ao tratamento precoce da sífilis no pré-natal, monitorando clinicamente todas as mulheres diagnosticadas com sífilis e seus bebês, melhorando o gerenciamento dos parceiros e reduzindo a prevalência de sífilis na população em geral, com a expansão

de testes, tratamento e vinculação dos parceiros aos serviços de saúde que ofertam cuidados pré-natais (KORENROMP et al., 2019).

Entre os anos de 2014 e 2016, a escassez de penicilina benzatina ameaçou o tratamento da sífilis em muitos países do mundo, pois esse medicamento é o único capaz de evitar a transmissão vertical da sífilis, sem registro documental de resistência. O Brasil também registrou escassez dessa medicação, o que pode ter tido impactado nas altas taxas de incidência de sífilis congênita no país nesse período (NURSE-FINDLAY et al., 2017).

No desafiador cenário mundial frente à situação da sífilis em gestante e sífilis congênita no Brasil no período de 2014 a 2018, evidenciaram-se dados alarmantes desses agravos, o que pode ser atribuído, em parte, à elevação nos números de testagem, decorrente da disseminação dos testes rápidos, mas também à diminuição do uso de preservativos, à redução na administração da penicilina na Atenção Básica e ao desabastecimento mundial de penicilina, entre outros. Embora se observe diminuição dos casos de sífilis congênita a partir de 2019 no país, o declínio no número de casos também pode decorrer de demora da notificação e da alimentação das bases de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), devido à mobilização local dos profissionais de saúde ocasionada pela pandemia de covid-19 (BRASIL, 2020a).

Em relação à sífilis em gestantes, observamos 11 estados com detecção acima da média brasileira, com destaque para os estados do Rio de Janeiro, Acre, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Espírito Santo. Em relação à sífilis congênita, observam-se oito estados com taxa de incidência superior à média nacional, sendo que o Espírito Santo não está mais entre os estados que possuem a incidência maior que a média nacional registrada (BRASIL, 2020a).

Na comparação das taxas de detecção de sífilis em gestantes e incidência de sífilis congênita nas capitais brasileiras no ano de 2017, Vitória foi a capital com o terceiro maior registro de sífilis em gestantes e com taxa de incidência de sífilis congênita acima da média nacional (BRASIL, 2018). Desde 2016, o município de Vitória reformulou o plano de enfrentamento da sífilis, refletindo esforços conjuntos dos setores de vigilância e assistência no combate à doença (VITÓRIA, 2016). Em 2020, esse cenário se alterou na capital, sendo ainda alta a taxa de detecção de gestantes com

sífilis (quarta maior do Brasil) mas com a incidência de sífilis congênita caindo drasticamente, ficando abaixo da média nacional (BRASIL, 2020a).

Importante ressaltar que a notificação compulsória da sífilis congênita foi instituída no país por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986, e a notificação de sífilis em gestantes, mediante a Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005 (BRASIL, 2018).

Para melhor compreensão da situação epidemiológica da sífilis congênita no estado do Espírito Santo, é importante destacar a série histórica dos indicadores da sífilis adquirida e sífilis em gestante, sabendo-se que tais indicadores guardam forte relação entre si. Segundo o Boletim Epidemiológico Sífilis 2019 (BRASIL, 2019), o Espírito Santo possui a quinta maior taxa de detecção de sífilis adquirida no cenário nacional, registrando 114 casos para cada 100 mil habitantes. A série histórica no período de 2012 a 2018 mostra que o número de casos desse agravo triplicou no estado.

Já o boletim do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2020a) traz o cenário da capital Vitória com a maior taxa de detecção de sífilis adquirida entre todas as capitais brasileiras. Tal resultado pode estar relacionado com o fato de o município possuir laboratório próprio capaz de realizar testagem para sífilis bem como registro automático de resultados dos exames e notificação imediata no Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde para Vigilância em Saúde (e-SUS VS), em função da avançada informatização da sua rede assistencial.

Nesse cenário de altas taxas de detecção de sífilis adquirida, as taxas de detecção de sífilis em gestantes também são muito elevadas. O estado do Espírito Santo registrou um crescimento de pouco mais que o triplo dos casos notificados comparando os anos de 2012 e 2019 (BRASIL, 2021). Tais registros devem ser analisados em comparação com os casos notificados e confirmados de sífilis congênita no mesmo período, a fim de se estabelecer um paralelo entre a capacidade da rede básica assistencial em detectar a doença precocemente durante o pré-natal, a realização do correto manejo clínico e, finalmente, ter o desfecho da cura materna e um conceito saudável.

Entre os anos de 2007 e 2018, o estado do Espírito Santo registrou uma incidência de sífilis congênita crescente (BRASIL, 2021), com taxas muito acima do preconizado pelo Ministério da Saúde, pela OMS e por

outros organismos internacionais dos quais o Brasil é signatário. A taxa aceitável preconizada é de 0,5 casos de sífilis congênita para cada mil nascidos vivos. Com o objetivo de alcançar taxas de incidência dentro do limite aceitável e reverter o grave cenário epidemiológico que o estado se encontra para a sífilis congênita, o governo do estado, por meio da Secretaria de Saúde (SESA), instituiu o Plano Estadual de Enfrentamento da Sífilis Congênita no ano de 2017 (ESPÍRITO SANTO, 2017). No cenário de evolução do número absoluto de casos desde o ano de 2007 no estado, é importante destacar o registro de uma ligeira queda a partir do ano de 2018, apesar de ainda representar altíssima incidência (BRASIL, 2021). Analisando a totalidade dos casos registrado de sífilis congênita no estado no período entre os anos de 2012 e 2018, os dados demonstram uma situação muito crítica no que se refere ao tratamento do parceiro. Para todos os 3.370 casos notificados no período, somente 498 (14,78%) registraram tratamento do parceiro sexual da gestante. Em 2.221 casos (65,91%), o parceiro não foi tratado e, por fim, em 656 casos (19,47%), essa informação é ignorada ou está em branco na ficha de notificação (BRASIL, 2021).

Os dados apresentados nos levam a pensar sobre uma questão forte de gênero quando se constata que cerca de 65% dos casos de sífilis congênita no período estudado não tiveram o parceiro tratado para sífilis, o que significa grandes chances de reinfecção da gestante (BRASIL, 2021). Isso nos leva a pensar na maneira com que os profissionais de saúde manejam clinicamente as suas pacientes e procuram formas de envolver a parceria sexual na produção do cuidado, sugerindo que a subjetividade exerce influência na produção desse cuidado, bem como no estabelecimento do vínculo e da corresponsabilização do cuidado entre o profissional e o usuário. Nesse sentido, dentre os fatores de grande relevância para a compreensão do registro de altas taxas de incidência de sífilis congênita, destaca-se a necessidade urgente de reorientação das estratégias de abordagem à gestante e a sua parceria sexual durante o pré-natal.

Outro dado de destaque é em relação ao momento do diagnóstico da sífilis materna no Espírito Santo. No período de 2012 a 2018, observa-se que a maioria foi diagnosticada durante o pré-natal (57,48%), apesar de ainda ser expressivo o quantitativo de casos que são diagnosticados no âmbito hospitalar (28,46%), no momento do parto e da curetagem, nos

casos de abortamento. Essa situação traz elementos importantes para pensar a capacidade de detecção da sífilis na gestante e a qualidade do pré-natal no Espírito Santo (BRASIL, 2021).

Estudo aponta que a maior parte dos casos de sífilis congênita é decorrente de falhas na testagem durante o pré-natal ou de tratamento inadequado ou ausente da sífilis materna (DOMINGUES et al., 2021). Entretanto, parece-nos óbvio que essa epidemia nunca será vencida se persistir a omissão do tratamento do parceiro, considerando todas as dificuldades da abordagem do homem pelo profissional de saúde, o medo da revelação do diagnóstico que a mulher possa ter e as resistências do homem em reconhecer que está infectado com uma doença que necessita de tratamento. Os dados também apontam fortemente para a questão da qualidade do pré-natal, pois um grande número de casos de sífilis congênita é proveniente de mães que tiveram acesso ao pré-natal em municípios com ampla rede de serviços, equipes de saúde e disponibilidade de insumos, mas que não foram adequadamente testadas ou não foram adequadamente tratadas (DOMINGUES et al., 2021).

No Espírito Santo, essa situação está ilustrada através dos casos confirmados de sífilis congênita e realização do pré-natal no período de 2012 a 2019. Observa-se que é muito representativa a quantidade de desfechos perinatais indesejáveis nos casos de gestantes que realizaram o acompanhamento durante a gestação: em 77,74% (BRASIL, 2021) dos casos de sífilis congênita a mãe realizou pré-natal e, mesmo assim, tiveram seus bebês com sífilis. Tais dados também são relevantes e apontam para um sério problema de qualidade do pré-natal no estado pois, para os casos em que o acesso não foi um problema, a baixa qualidade do manejo clínico fica bem evidente.

Essa situação aponta fortemente para os processos de trabalho envolvidos no cuidado à gestante durante a assistência pré-natal, pois a gestante teve acesso ao serviço, mas o desfecho foi indesejado. Nesse contexto, é relevante destacar que um dos desfechos que se verifica é o óbito fetal, sendo a sífilis congênita um agravo que contribui significativamente para esse desfecho. No mundo, 2,2 milhões de óbitos fetais ocorrem no terceiro trimestre, antes de iniciar o trabalho de parto, sendo a sífilis materna uma das causas de óbito, oportunamente manejáveis pelos cuidados pré-natais (NASCIMENTO et al., 2012).

Diante desse contexto, questiona-se como essa situação epidemiológica da sífilis congênita se desenhou em um cenário com uma situação favorável no que diz respeito à cobertura de Atenção Básica, à cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF), à quantidade de equipes, ao sistema informatizado e à disponibilidade de insumos diagnósticos e terapêuticos para o agravo em questão. Por que se instala essa situação epidemiológica tão crítica de sífilis congênita, até mesmo em municípios com ampla rede de serviços, tradição de gestão e boa série histórica de indicadores de saúde? Além disso, tal situação nos levaria a pensar sobre quais os motivos da parceria sexual da gestante não ser incluída na rotina das condutas clínicas no manejo da gestante positiva para sífilis.

Este ensaio pretende contribuir com a temática do enfrentamento da sífilis congênita a partir da compreensão dos aspectos que podem estar envolvidos na produção do cuidado à gestante com sífilis durante o pré-natal, principalmente apontando elementos para reverter a situação de não tratamento e adesão do parceiro.

A SUBJETIVIDADE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

Neste capítulo, assumimos a subjetividade como uma das dimensões que se impõem no processo de produção do cuidado em saúde (MERHY; FRANCO, 2003). Se pensarmos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que comporta três equipes de Estratégia de Saúde da Família, cada um dos profissionais de cada equipe se colocará de forma singular diante dos usuários e das suas respectivas demandas em saúde. Mesmo subordinados às mesmas normativas, as condutas diferem, pois as subjetividades são capturadas por diversos territórios existenciais e “recortes interessados”. Tal compreensão parece um tanto óbvia, mas nos parece de grande valor para este trabalho.

A dinâmica e o cotidiano dos serviços de saúde, muitas vezes, fazem com que os profissionais tenham que se confrontar com o limite do sofrimento da vida, convocando-os a pensar em suas próprias questões e limites no seu processo de construir-se cuidador. Tal fato torna necessária uma

reflexão sobre a maneira como a produção de subjetividade dos trabalhadores da saúde opera e reflete nas relações de vínculo e acolhimento que se dão nos encontros da produção do cuidado.

Especificamente na produção do cuidado à gestante com sífilis, muitas situações desafiadoras se impõem e demandam a incorporação de uma conduta “expressa em ato nas dimensões assistenciais do trabalho vivo em saúde, como a relação de acolhimento, a criação de vínculo, a produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia, no modo das pessoas andarem a vida” (MERHY, 2014). É preciso uma conduta de investimento clínico e negociação, caso se almeje um desfecho perinatal positivo, avançando para além de uma atitude prescritora de exames, remédios e condutas. Frequentemente, o trabalhador da saúde se depara com comportamentos sexuais que diferem daqueles que ele julga adequados, com mulheres que não aderem ao tratamento pelas mais diversas razões, com parceiros de gestantes que se negam a realizar o tratamento ou ainda com mulheres que vivem relacionamentos abusivos e têm muita dificuldade em revelar o diagnóstico da sífilis aos seus parceiros, temendo atos violentos.

Nesse encontro entre o usuário e o trabalhador da saúde, repleto de adversidades e possibilidades, o ato de cuidar será desenhado, negociado e, conseqüentemente, passará a existir. Partimos do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende do “trabalho vivo em ato”, isso é, o trabalho no momento em que está produzindo (FRANCO, 2013a).

Merhy e Franco (2003) trazem à cena um trabalhador altamente implicado em seus processos de trabalho, não concebidos enquanto vítimas de seus atos produtivos, relações e lugares. Discutem a fabricação de um sujeito ao mesmo tempo em que se fabrica o cuidado. Essa concepção traz o trabalhador como dimensão viva da produção em saúde, e é nele que se aposta a “invenção” de um modo de produção do cuidado em saúde mais comprometido com a instauração de fluxos e movimentos contra-hegemônicos.

Um modo de produção do cuidado que opera por fluxos de intensidade, mediados pelas tecnologias de trabalho, produz e é produzido, pelo menos, por dois grandes vetores de construção da realidade: um primeiro, diz respeito à produção de subjetividades presente nesse contexto, a semiotização

dos fluxos, que os deixa carregados de significados. Um segundo, os afetos entre sujeitos, ou seja, estes ao produzirem o mundo do cuidado em saúde, produzem a si mesmos e se afetam mutuamente, o que vai lhes imprimindo uma certa identidade subjetiva, na alteridade (FRANCO; MERHY, 2013, p. 343).

Nessa concepção da produção do cuidado como resultado de uma gestão coletiva de afetos e relações, em que cada instância é capaz de imprimir efeitos na resultante do trabalho em saúde, almejamos a modificação do modelo assistencial, o que significa impacto no núcleo do cuidado. Para Merhy e Franco (2003), esse núcleo é composto por “trabalho morto” (tecnológico/instrumental) e “trabalho vivo em ato” (relacional). A produção de saúde de forma integralizada e centrada na necessidade do usuário e da sua condição de saúde/doença deve operar mais no campo das tecnologias leves, sempre tensionada pelo encontro de diferentes interesses, forças e subjetividades que se colocam no campo da micropolítica de organização dos processos de trabalho em saúde (FRANCO, 2013a).

Nesse sentido, o cuidado à gestante com sífilis necessita de um olhar atento e implicado do profissional para que se estabeleça um cenário favorável ao acesso aos exames preconizados, ao tratamento adequado, às consultas necessárias e, principalmente, aos diferentes contextos de vida da gestante, que interferirá no processo e que não está descrito em nenhum manual ou protocolo. É nessa perspectiva que o potencial inventivo do profissional e seu autogoverno irão manifestar-se.

O entendimento de que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo, como trabalho em ato, instituído no campo da saúde coletiva pelo Emerson Merhy, revela uma força extraordinária que os próprios trabalhadores têm, para a mudança na saúde, pois, considerando que o principal atributo do trabalho vivo é a liberdade, o autogoverno do trabalhador sobre seu processo de trabalho o coloca na posição de ser o principal agente de mudança. Esta liberdade o trabalhador pode usar para manter o modelo biomédico ou operar mudanças radicais no modo de produzir o cuidado, de qualquer forma, está no trabalho vivo a potência, a possibilidade instituinte, o trabalho criativo (FRANCO, 2013b, p. 13).

O grau de liberdade que se coloca na governança da clínica em saúde é importante para o entendimento da dificuldade de pactuação de ações que vão de encontro com a reprodução do modelo biomédico do cuidado, bem como no reconhecimento e legitimação das necessidades em saúde do usuário que busca o serviço de saúde. Franco e Merhy (2013) falam sobre uma necessidade em saúde como expressão de desejo e não somente como uma carência ou falta. Assim, considerando-se que o trabalho em saúde é sempre bilateral/multilateral, temos as tecnologias leves como ferramentas de enfrentamento desse processo.

As tecnologias leves referem-se ao campo relacional em saúde, à grande possibilidade de se criar novas maneiras de cuidar, singulares. Na contrapartida, temos a tecnologia inscrita no instrumento/protocolo, chamada tecnologia dura, estruturada em um conhecimento técnico científico, que também traz seu componente leve por sofrer certa modificação de acordo com cada profissional que aplica a técnica.

Historicamente a formação do modelo assistencial para a saúde, esteve centrado nas tecnologias duras e leve-duras, visto que, aquele se deu a partir de interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam na saúde. No plano da organização micropolítica do trabalho em saúde, este modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, onde o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais, ficando a produção do cuidado dependente de tecnologias duras e leve-duras (MERHY; FRANCO, 2013, p.141).

Esse trecho nos revela a necessidade de desnaturalizar o ato de cuidar médico-centrado. Mostra que ele foi produzido historicamente e pode, deve e está sofrendo mutações, por existirem atores envolvidos nesse processo advogando por um modelo assistencial integral, resolutivo e comprometido com a afirmação da vida, não com a reprodução de um cuidado serial e medicalizante. Mesmo que um usuário necessite de procedimentos altamente especializados, com equipamentos caros e insumos muito específicos, o núcleo do cuidado deve estar estruturado no campo das tecnologias leves, produzindo singularidade e integralidade da atenção.

No cuidado à gestante com sífilis, o que se coloca como essencial são as tecnologias leves, na medida em que se verifica frequente abandono ou

não adesão ao tratamento por parte da gestante, tratamento inadequado, parceiros sexuais não tratados ou que se recusam a receber o tratamento. O investimento nas tecnologias centradas na relação e no vínculo com o usuário trarão importantes resultados para o enfrentamento da sífilis congênita em um contexto favorável de recursos materiais, em detrimento do investimento nas tecnologias leve-duras, que também exercem um papel importante.

Nessa lógica, a correlação das tecnologias existentes no núcleo tecnológico do cuidado pode resultar na hegemonia do “trabalho vivo”. O processo de mudança de núcleo do cuidado é denominado transição tecnológica, viabilizado pela reestruturação produtiva. Ambos os conceitos estão no cerne da discussão dos modelos tecno-assistenciais de produção do cuidado em saúde. A reestruturação produtiva pressupõe um modo de fazer saúde, diferente do modelo vigente anteriormente em dado espaço de trabalho.

É sempre um processo de construção social, política, cultural, subjetiva e tecnologicamente determinado. Assim deve configurar um novo sentido para as práticas assistenciais tendo como consequência o impacto nos resultados a serem obtidos, junto dos usuários e na resolução dos seus problemas (MERHY; FRANCO, 2013, p. 145).

Nesse sentido, podemos considerar que, no Brasil, exista um grande processo de reestruturação produtiva em curso, com a implementação da Estratégia de Saúde da Família no âmbito na Atenção Primária à Saúde (MERHY; FRANCO, 2013). A existência da equipe multidisciplinar, a preponderância do território no planejamento das ações, a longitudinalidade do cuidado e o estabelecimento do vínculo entre usuário e equipes das unidades de saúde são alguns exemplos de mecanismos de produção de novas lógicas de cuidado. Entretanto, é evidente que as velhas práticas hegemônicas não deixam de existir por si mesmas. As práticas coexistem no cotidiano dos serviços, dia a dia, vão se afirmando inéditas, fracassadas, saudáveis, mortificadoras, eficientes ou não. Muitas vezes testemunharemos a captura do “trabalho vivo” pelo “trabalho morto”, mas o inverso também pode ser verdadeiro.

Apesar dos esforços, a maior parte dos casos de sífilis congênita evidencia lacunas especialmente na assistência pré-natal (DOMINGUES

et al., 2021). Para tornar efetivo o uso das tecnologias leves no âmbito da assistência e produção do “trabalho vivo”, a forma de governar os processos de trabalho precisa primar pela gestão, responsabilização, autonomização, acolhimento e vínculo (MERHY, 2014). Assim, é necessário que sejam superados os entraves que distanciam pacientes e suas parcerias dos serviços de saúde, mesmos naqueles municípios com condições mais favoráveis de infraestrutura e recursos humanos nos serviços de saúde, cultivando-se cotidianamente melhorias no campo relacional, olhando-se com singularidade para cada usuário dos serviços e superando o ato de cuidar médico-centrado (MERHY, 2014).

Importante destacar que, dentre os fatores que levam a falhas no acompanhamento pré-natal, à não testagem ou à testagem insuficiente, ao abandono ou não adesão ao tratamento por parte da gestante ou o tratamento inadequado, além de falhas no cumprimento do protocolo de testagem e tratamento, está o não comparecimento da gestante aos serviços, apesar da realização de buscas ativas e empenho da equipe de saúde. Isso pode evidenciar falta de vínculo com o serviço de saúde (PICCININI et al., 2012).

Estudo de abordagem qualitativa realizado em Fortaleza evidenciou que questões institucionais e de gênero estiveram associadas ao não comparecimento do parceiro ao serviço de saúde e que estratégias que facilitem a compreensão e empoderem a gestante precisam ser trabalhadas para que a mesma consiga argumentar junto ao parceiro a importância de comparecer ao serviço e tratar-se. Não foi encontrada uma estratégia ideal de convocação do parceiro, mas a sua presença nas consultas pré-natais pareceu ser uma estratégia que a facilitou. Os autores concluíram que o melhor modelo é aquele que considera as subjetividades trazidas pelos sujeitos (ROCHA, 2014). A dificuldade de tratamento do parceiro sexual de portadores de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) pode estar relacionada à própria construção histórica das políticas de saúde, que sempre foram excludentes em relação ao homem, atribuindo majoritariamente à mulher a grande responsabilidade pelo cuidado à saúde (CAMPOS et al., 2012).

Destaca-se que, desde o final de 2017, o tratamento do parceiro sexual foi retirado do critério que define o tratamento materno adequado (BRASIL, 2017). Tal mudança foi justificada pela necessidade de

adequação da definição de casos de sífilis congênita com os critérios da Organização Pan-Americana (OPAS/OMS). A possibilidade de registro dos casos de sífilis congênita classificados pelo tratamento do parceiro (Sim; Não; Ign/Br) na ficha de notificação do Sinan só foi possível até 2018. Por consequência, o banco de dados do Ministério da Saúde (TABNET) traz a série histórica da referida informação somente até 2018, inviabilizando o acompanhamento da eficácia das ações direcionadas a superar a ausência do tratamento do parceiro.

Essa mudança é muito questionável quando os estudos apontam que a principal causa de inadequação do tratamento da gestante é o não tratamento de sua parceria sexual, pois, para quebrar a cadeia de transmissão e evitar a reinfecção, é imprescindível o tratamento do parceiro. Além disso, a participação do pai ou parceiro durante todo o pré-natal contribui para o bem-estar biopsicossocial da mãe, do bebê e do próprio parceiro. Os serviços de saúde precisam implementar o pré-natal do homem e seu tratamento no caso de sífilis ou de outra infecção sexualmente transmissível (IST) (DUARTE, 2007; BRASIL, 2019).

Considerando a dimensão subjetiva na produção do cuidado que se inscreve nas relações entre trabalhadores da saúde e usuários que procuram atendimento com alguma necessidade, é necessário também refletir sobre essa dimensão subjetiva nas situações em que o usuário não tem queixa ou sintoma em princípio, como é o caso do parceiro da gestante. Nessa perspectiva, a inclusão do parceiro no tratamento precisa ter sua estratégia muito bem pensada, pois convocar um parceiro para aconselhamento e oferta de diagnóstico e tratamento é um tema que ainda está longe de consenso, com ásperas interfaces entre aspectos éticos, humanitários e sanitários (DUARTE, 2007).

Dentre os fatores que distanciam os parceiros das gestantes dos serviços ou unidades de saúde (US), alguns estão previstos, de uma forma mais geral, pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação, na notificação de sífilis em gestante: parceiro não teve mais contato com a gestante; parceiro não foi comunicado/convocado à US; parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu; parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas recusou o tratamento; parceiro com sorologia não reagente, embora o protocolo atual do Ministério da Saúde (BRASIL 2020b) recomende a prescrição

de 2.400.000 UI de penicilina benzatina para os parceiros de gestantes mesmo em caso de teste rápido negativo; e outro motivo (SINAN, 2016).

Ressalta-se que, na categoria “outro motivo” estão os parceiros não identificados, os que possuem moradia em outro bairro, município, estado ou país; a multiplicidade de parceiros; parceria inserida num contexto criminal, como tráfico de drogas e outros crimes, porém gozando de liberdade; parceiros com restrição de liberdade; parceiros não abordados pela gestante por medo; parceiros que vivem em situação de rua, não alcançados pelas equipes de consultório na rua ou pela equipe de atenção primária; parceiros usuários de álcool e drogas (CAMPOS et al., 2012; CARDOSO et al., 2018, MAGAZINER et al., 2018)

Com relação ao enfrentamento da escassez da penicilina, salienta-se que há um ensaio clínico, em fase de implementação, avaliando a eficácia da cefixima no tratamento da sífilis ativa em mulheres não grávidas, denominado Projeto CeBra, realizado pelo Ministério da Saúde com apoio da OMS e em parceria com pesquisadores brasileiros, visando estabelecer opções alternativas seguras de tratamento para a sífilis, em uma soma de esforços para eliminação da sífilis congênita. Em princípio, seu uso está sendo proposto em caso de redução de estoques de penicilina benzatina, alergia grave a esse medicamento ou impossibilidade de administração de injeções (BRASIL, 2020b).

Esse aspecto do insumo farmacêutico é um ponto muito sensível no enfrentamento à sífilis congênita. Segundo a OMS (WHO, 2021), por se tratar de um medicamento não patenteado, ele é vendido por valores muito baixos, mas possui um custo de produção elevado, pois demanda investimento na infraestrutura da linha de produção para garantir que o produto seja estéril. Essa condição limita o interesse da indústria farmacêutica na sua ampla produção e disponibilização ao mercado mundial.

As notificações dos casos de sífilis em gestantes e suas parcerias sexuais, que são compulsórias, revestem-se de grande importância, pois permitem que a vigilância epidemiológica auxilie com orientações para o manejo adequado dos casos, quando necessário, e auxilie no seu monitoramento (DOMINGUES et al., 2021). Também é necessário apontar que, além do parceiro estável ou pai da criança, é possível que a gestante tenha outras parcerias sexuais. Assim, a equipe de saúde deve estar atenta e assistir

todas as pessoas com quem a gestante se relaciona sexualmente e essa é uma tarefa que demanda grande esforço (DOMINGUES et al., 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atualidade, embora o enfrentamento da sífilis continue a ser um desafio para a gestão dos serviços de saúde, com implicações diretas no campo da Vigilância e Assistência, entende-se que, para se reverter a situação de não tratamento e adesão do parceiro, cabe a união de todas as tecnologias, duras e leves, superando a fragmentação do cuidado.

Almeja-se o aprimoramento do modelo assistencial, com impacto no núcleo do cuidado, conduzindo a uma reestruturação produtiva e levando a um modo diferente de se fazer saúde. Nesse sentido, as consultas pré-natais devem ocorrer precocemente; a inserção dos parceiros através da implementação do pré-natal do homem deve ser buscada precocemente e cotidianamente pela equipe de saúde; os testes precisam ser ofertados desde a primeira consulta de pré-natal, realizados na gestante pelo menos no primeiro trimestre e início do terceiro trimestre e estar acessíveis a todos os profissionais habilitados para realizá-los; a garantia de consultas deve ocorrer conforme protocolo para gestantes e parceiros; a busca ativa deve ser realizada sempre que houver perda de acompanhamento; e a penicilina benzatina deve ser garantida a gestantes e parceiros, bem como o adequado monitoramento pós-tratamento, permitido a adequada abordagem em caso de reinfeção.

Avanços no cenário atual do enfrentamento da sífilis no país poderão ocorrer a partir de políticas públicas com maior envolvimento de autoridades sanitárias, gestores dos serviços de saúde, profissionais de saúde e população geral. Nesse contexto, é relevante ainda ressaltar que há uma expectativa positiva em torno dos resultados da pesquisa em andamento sobre o uso da cefixima como alternativa para o tratamento de sífilis, podendo esse medicamento vir a ser uma possibilidade de garantia de tratamento.

Assim, espera-se ter contribuído com a temática do enfrentamento da sífilis congênita a partir da compreensão dos aspectos envolvidos na produção do cuidado à gestante com sífilis e para a reflexão sobre os

motivos pelos quais o parceiro geralmente não é incluído na rotina das condutas clínicas no manejo da gestante com sífilis.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Nota Informativa no 2 -SEI/2017-DIAHV/SVS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. Sífilis 2018**. v. 49, n. 45, out. 2018. ISSN 23589450. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>. Acesso em: 28 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2019**, n. especial, out. 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. Sífilis 2020**, n. especial, out. 2020a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>. Acesso em: 28 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. 248 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS**. 2021. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 abr. 2021.

CAMPOS, Ana Luiza de Araújo et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, set. 2012, p. 397-402. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000900002>.

CARDOSO, Ana Rita Paulo et al. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cien. Saude Colet.**, v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018. DOI:10.1590/1413-81232018232.01772016.

DOMINGUES, Carmen Silvia Bruniera et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 30, n. spe1, e2020597, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1679-4974202100005.esp1>.

DUARTE, Geraldo. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, vol. 29, n. 4, 2007, p. 171-174. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n4/a01v29n4.pdf>. Acesso em: 5 jul 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Enfrentamento da Sífilis Congênita**. Vitória: Espírito Santo, 2017. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Orient.%20Cidad%C3%A3o/S%C3%ADfilis/Plano%20S%C3%ADfilis_VERS%C3%83O%20FINAL.pdf. Acesso em: 25 maio 2020.

FRANCO, Túlio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, p. 226-242, 2013a.

FRANCO, Túlio Batista. Prefácio. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, p. 13-16, 2013b.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Mapas Analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, p. 338-361, 2013.

KORENROMP, Eline L. et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes – estimates for 2016 and progress since 2012. **PloS one**, v. 14, n. 2, p. e0211720, 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0211720

MAGAZINER, S. et al. Public health opportunities and challenges in the provision of partner notification services: the New England experience. **BMC Health Serv. Res.**, v. 18, n. 1, p. 75, 2018. DOI: 10.1186/s129-018-2890-7.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde – a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, ano XXVII, v. 27, n. 65, Rio de Janeiro, set./dez. 2003.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, p. 138-148, 2013.

NASCIMENTO, Maria Isabel do et al. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, February 2012, p. 56-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 set. 2019.

NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARAES, Mark Drew Crosland. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000400681&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 jul. 2018.

NURSE-FINDLAY, Stephen, et al. Shortages of benzathine penicillin for prevention of mother-to-child transmission of syphilis: An evaluation from multi-country surveys and stakeholder interviews. **PLoS medicine**, v. 14, n.12, p. e1002473, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002473>

PICCININI, Cesar Augusto et al. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 1, pág. 27-33, mar. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722012000100004>.

ROCHA, Ana Fátima Braga. **Aspectos que dificultam o tratamento do parceiro sexual de gestantes com sífilis em Fortaleza, Ceara** . Dissertação (Mestrado) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2014.

SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Ficha de notificação/investigação. **Sífilis em gestante**, 8 mar. 2016. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/sifilis-em-gestante>. Acesso em: 10 abr. 2021.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de enfrentamento “Vitória contra sífilis”**. Espírito Santo: Vitória, 2016.

WHO. World Health Organization. Sexual and reproductive health. **WHO publishes new estimates on congenital syphilis**. 27 February 2019. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/congenital-syphilis-estimates/en/>. Acesso em: 21 jan 2020.

WHO. World Health Organization. Sexual and reproductive health. **Shortages of benzathine penicillin**. How big is the problem? And why it matters. WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/shortages-benzathine-penicillin/en/>. Acesso em: 21 mar. 2021.

4

FABÍOLA FERNANDES BERSOT MAGALHÃES
THIAGO DIAS SARTI
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

ACESSO ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO SUS: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS

INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) ganham relevância nacional à medida que contribuem para o desenvolvimento de atividades promotoras de saúde, com enfoque no indivíduo, na prevenção e no cuidado integral, dando respostas com potencial desmedicalizador a um complexo quadro epidemiológico da população (TELESI, 2016). Contudo, considerada um tema polêmico em um cenário hegemonicamente biomédico, a incorporação desses novos saberes e práticas no campo da saúde se dá de forma marginal (SOUSA et al., 2017).

As discussões sobre esse tema no Brasil começaram a despontar no final da década de 70. Os debates mais intensos coincidiram com o período de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986). Em 2006, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2004). A PNPIC apresenta sua segunda edição desde 2015 e outras portarias foram editadas para incluir novos sistemas e recursos terapêuticos no SUS (Portaria n.º 849/2017 e Portaria n.º 702/2018) (BRASIL, 2017, 2018), totalizando hoje 29 modalidades de PICS.

As PICS estão presentes em quase 56% dos municípios brasileiros, com 78% da oferta localizada na Atenção Primária à Saúde (APS), com cerca de 18% localizadas na média complexidade e 4% no cuidado hospitalar e de alta complexidade (BRASIL, 2019). A PNPIC enfatiza a APS como nível prioritário de inserção das PICS e visa, com isso, contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema e fomentar o cuidado continuado, humanizado e integral (BRASIL, 2004).

Contudo, sabe-se muito pouco sobre as formas de organizar, adaptar

e incluir as PICS no SUS, tanto na APS quanto em outros serviços de apoio matricial e/ou de referência, seja em decorrência da insuficiência de dados de produção e de pesquisas, seja por conta das limitações no registro, regulamentação e monitoramento dessas práticas, entre outras razões (LIMA; SILVA; TESSER, 2014). Isso contribui para dificultar as iniciativas e esforços relacionados à implantação das PICS na rede pública de saúde e o acesso dos usuários dos serviços a essas práticas.

Entendendo que acesso é um conceito complexo e multifacetado, a análise do acesso às PICS, com foco nos fatores que influenciam a entrada dos usuários nos serviços de saúde e, por consequência, a sua utilização, poderá demonstrar nuances sobre as potencialidades e fragilidades da regionalização da atenção e municipalização da APS, tal como proposta pela política nacional instituída. Entretanto, os referenciais de acesso disponíveis na literatura não abarcam esse tema em específico e atribuem certa complexidade às análises de acesso a serviços de saúde. Sendo assim, esta pesquisa objetivou analisar o acesso às PICS, em um serviço de APS de um município do Espírito Santo, na perspectiva de usuários, bem como objetivou compreender as necessidades e os desejos de cuidado desses usuários no processo de busca e utilização das PICS, identificando facilitadores e barreiras nessa trajetória.

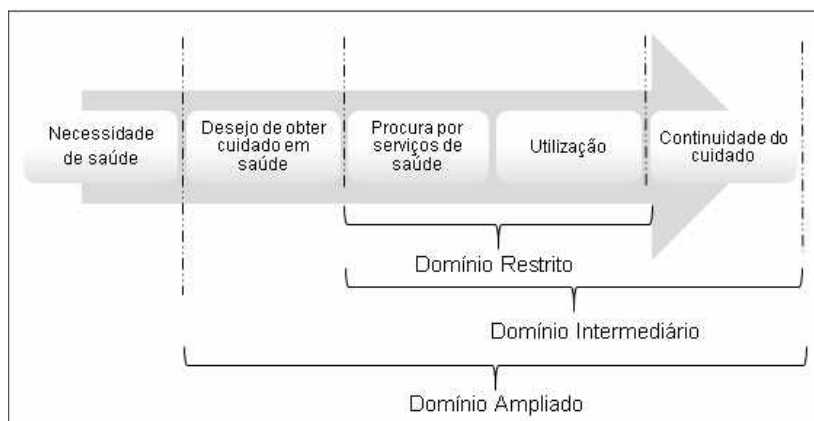
MÉTODO E REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Esta é uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório que se define no encontro com os usuários envolvidos com a APS municipal. Inscreve-se em um conjunto de elaborações teóricas e metodológicas sobre o conceito de acesso a serviços de saúde ajustadas para análise em torno do domínio ampliado de Frenk (1992) por meio dos seguintes pontos: (1) Contexto da porta de entrada no serviço (desejo de cuidado e demanda/busca pelas PICS); (2) Utilização das PICS (oferta, sistema de atendimento, fluxo institucional e de referência); (3) Continuidade do cuidado; e (4) Facilidades e barreiras de acesso (geográficas, financeiras e organizacionais) às PICS.

Frenk (1992) reconhece três possíveis dimensões de análise de

acessibilidade: restrita, intermediária e ampliada, esquematizadas na Figura 1. O autor descreve a busca pelos serviços de saúde – demanda – e a sua consequente utilização como representação do domínio restrito. No domínio intermediário, acrescenta a continuidade do cuidado ao processo de busca e utilização. Já no domínio ampliado, o desejo de cuidado será determinante de todos os outros acontecimentos.

Figura 1 - Possíveis alcances do conceito de acessibilidade.



Fonte: Adaptado de Frenk, 1992.

Considera-se que o acesso é a liberdade de utilização dos serviços de saúde (THIEDE; MCINTYRE, 2008), um dos atributos essenciais para o alcance da qualidade desses serviços (MENDES, 2010). Para Frenk (1992), é o conjunto de características de uma população que permite a busca e a obtenção de determinado serviço, sendo a acessibilidade a representação do grau de ajuste entre as características da população e as relativas aos serviços de saúde (THIEDE; MCINTYRE, 2008; ESPOSTI et al., 2015).

Ao procurar apreender a vivência específica dos participantes em torno das PICS ofertadas pelo município, buscou-se por narrativas com elementos que pudessem explicar as necessidades de saúde e os desejos de cuidados na rede de saúde, as escolhas que definem o uso e os possíveis atravessadores e facilitadores relacionados ao uso, já que o acesso pode

ser apontado como a primeira fase a ser superada pelo usuário na busca do atendimento à saúde (ANDERSEN; NEWMAN, 1973).

O cenário da pesquisa, uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um município do estado do Espírito Santo, foi eleita a partir de um contato prévio para adequação do campo com um ator-chave do processo de implementação da política municipal de PICS. A USF escolhida é a mais desenvolvida em oferta de práticas corporais, além de ofertar serviço de fitoterapia e encaminhar aos serviços de acupuntura e homeopatia na atenção secundária municipal.

Dois procedimentos de coleta para produção de dados foram adotados: a observação participante e a entrevista semiestruturada. Assim, a pesquisadora pôde vivenciar o cotidiano social num contexto de uma USF e tentar compreender a dinâmica das relações nela envolvidas, o espaço ocupado por cada ator, os locais e estruturas utilizadas, a condução e organização do trabalho com as PICS, as intenções e percepções, os ditos e não-ditos que se manifestavam no campo.

Foram dois meses de coleta de dados, com elaboração de diário de campo. Como critérios de inclusão, considerou-se serem usuários do SUS, maiores de 18 anos e com ausência de comprometimento cognitivo. Os participantes foram selecionados intencionalmente, configurando-se uma amostragem não probabilística de conveniência. Participaram da pesquisa usuários que faziam uso de PICS e usuários que nunca haviam tido contato com esses tratamentos.

A seleção ocorreu a partir de conversas informais no cenário do estudo, contato telefônico via cadastro do sistema de informação eletrônico e indicação dos próprios profissionais das PICS, considerando a proximidade deles com seus usuários. As entrevistas duraram aproximadamente uma hora, foram realizadas num ambiente adequado e gravadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O fechamento da amostra foi por saturação teórica.

Para análise, o estudo utilizou a categorização de acesso de Thiede, Akewengo e McIntyre (2014), que definem três dimensões interrelacionadas: a disponibilidade, a capacidade de pagar e a aceitabilidade. Além dessas categorias, para se analisar a utilização dos serviços de saúde, levou-se em consideração os determinantes individuais de Frenk (necessidade de saúde e desejo de cuidado) e os determinantes contextuais

traduzidos por Andersen e Newman (1973), como a organização dos serviços de saúde e o processo do cuidado médico, incluindo aí a relação profissional-usuário.

A dimensão da informação fez parte da análise, porém entende-se que atravessa todas as outras dimensões, constituindo-se como facilitadora ou como barreira na utilização dos serviços de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Já as barreiras geográficas, financeiras e organizacionais foram assim definidas e analisadas, podendo este último obstáculo ser subdividido em barreiras organizacionais no ponto de entrada e barreiras dentro da instituição de saúde (FRENK, 1992; TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

A partir desses temas e categorias de análise, foram definidas as questões-guias e as regras para tratamento das entrevistas. Foi utilizado a análise de conteúdo temática segundo Minayo (2007). As etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação foram assim organizadas e seguidas.

Destaca-se que o processo interpretativo de familiarização com os dados e produção de significados iniciou-se ainda na fase de transcrição. Na pré-análise, as entrevistas foram organizadas individualmente e identificadas pela data e ordem de ocorrência e realizada a leitura flutuante de seus conteúdos (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014). Na fase de exploração, as falas foram categorizadas, consistindo num processo de redução do texto a palavras e expressões significativas. A partir daí, as inferências e interpretações foram realizadas, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente, podendo outras dimensões surgirem provenientes da leitura do material (MINAYO, 2007).

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo com o parecer nº 2.918.898.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desse estudo um total de 29 usuários de um serviço de saúde localizado em um município do estado do Espírito Santo, dentre

os quais 26 já haviam praticado alguma PICS. Os entrevistados eram na maioria mulheres, com idade maior que 50 anos e do lar. Duas categorias de usuários surgiram a partir do campo: “Usuários de Sistemas Médicos Complexos – Acupuntura e Homeopatia” e “Usuários dos Recursos Terapêuticos – Práticas Corporais e Fitoterapia”, que geraram respectivamente dois temas principais como resultados da análise: (i) acesso aos sistemas médicos complexos municipais; (ii) acesso aos recursos terapêuticos da USF.

(i) Acesso aos sistemas médicos complexos municipais

Os serviços de acupuntura e homeopatia que atendem a unidade pesquisada estão localizados no Centro Médico de Especialidades do município. Para acessar a acupuntura, o usuário precisa ser encaminhado pelo médico de família, respeitando o mesmo fluxo das especialidades médicas. Para acessar a homeopatia, basta ao usuário solicitar o agendamento na própria recepção da unidade de saúde ou ser encaminhado.

Portanto, foi seguindo esse modelo tecnoassistencial para a saúde que as PICS saíram da APS, serviço no qual inicialmente se instalaram, e foram parar na atenção secundária do município. Porém, afastar as PICS da APS e fragmentá-las na atenção especializada é ir na contramão de se pensar um cuidado humanizado e integral. Cunha (2005) defende que a homeopatia e a acupuntura devam ser incorporadas como ferramentas terapêuticas pelos profissionais da atenção básica do SUS, serviço em que o agir na produção de cuidado alinha-se à lógica do cuidado das PICS e opera, segundo Merhy (2007), na tecnologia dos encontros, baseados em relações subjetivas, como acolhimento, escuta e elaboração de projeto terapêutico singular.

Corroboram com esse entendimento Sousa e Tesser (2017), quando esclarecem que essas práticas, enquanto inseridas na APS, possibilitam a interação de seus profissionais de forma cotidiana no serviço, o que possibilita maior aproximação com o universo cultural e psicossocial dos usuários em relação aos que atendem em unidades especializadas. Afirmam ainda que, nesse modelo referenciado de oferta de PICS, os usuários, em geral, chegam tardiamente ao cuidado, com menos chances de obterem benefícios do que se estivessem em situações menos graves, caracterizando um tipo de inserção limitada por se distanciar da APS.

Dessa forma, os sentidos que os usuários acabam por atribuir a esses tratamentos é a de um serviço médico especializado curativo e substitutivo do serviço médico convencional (SOUSA; TESSER, 2017). Isso pode explicar o fato da ‘necessidade de saúde’ que desencadeou o acesso para os usuários dessas PICS aparecer relacionada a uma enfermidade ou doença.

Eu consultei com homeopata. Foi o médico da família que me indicou e encaminhou. Fiz todo o tratamento pra minha sinusite. Resolveu, foi muito bom. (28)

Já fiz acupuntura. Fiz foi pro calorão da menopausa. Mas não resolveu. (10)

Faço ainda acupuntura pra tratar uma dor ciática. Sempre que dói, eu vou. A gente ouve lá na unidade de saúde e fica sabendo pelos outros que tem. Foi assim. Eu sempre faço porque acho que tem um alívio na minha dor que irradia. Muitas vezes o doutor trabalha também a questão emocional. (28)

No que tange à organização dos serviços, houve relatos de usuários dessas PICS que se referiram à dificuldade de ter que sair da USF para conseguir o tratamento em outro local, além de usuários que necessitavam passar novamente pelo médico generalista para ter acesso e continuar o tratamento. Identificam-se barreiras geográficas e falhas na organização do serviço que contribuem para a descontinuidade do cuidado. É possível destacar na literatura que características como tempo de viagem e de espera médio para agendamento e atendimento de consultas podem afetar a entrada e permanência do usuário no sistema de saúde, sendo a utilização e satisfação dos usuários com relação a organização/disponibilidade desses serviços considerados indicadores de resultados, ao mesmo tempo que refletem os produtos finais das políticas de saúde em relação ao acesso (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Eu fiz uns 2 meses depois eu parei. Não tem como pegar um ônibus e ir direto lá, tem que pegar um taxi, e as vezes é uma coisa que puxa pra trás. (1)

As consultas são marcadas com muita lentidão. Eu esperei mais de 1 mês pra eu ir pro homeopata. (28)

A distância a ser percorrida para adquirir a medicação homeopática (farmácia de manipulação conveniada da prefeitura) também foi uma barreira geográfica encontrada, além do desconhecimento da gratuidade da medicação, que configurou barreira financeira e de informação, pois houve relatos nesse sentido que contribuíram para o abandono do tratamento.

No início, os remédios da homeopatia eram até de graça. Mas tem tempo que eu estou comprando porque o convênio acabou. (26)

Eu parei por falta de dinheiro pra comprar o remédio. Tipo agora, nunca mais comprei. Não sei se o SUS me dá não. (20)

A opção por tratamentos mais “naturais” e menos agressivos foi um relato frequente. Muitos usuários atribuem bons resultados quanto ao uso dessas PICS e alguns relatam a resolutividade por completo do problema. Existiram usuários que não evoluíram bem e abandonaram o tratamento. Porém, a maioria revelou uma abordagem diferenciada no encontro e acolhimento dos médicos especialistas, apontaram ganhos com a desmedicalização e diminuição dos efeitos adversos da biomedicina, assim como ganhos com um tratamento mais sistêmico envolvendo o físico, o mental e o emocional.

Eu uso em primeira opção chás e esses tratamentos e meu organismo particularmente responde muito melhor. (28)

Nossa, me senti bem, as pessoas acolhem a gente bem, entendeu? Acho que junto com as agulhas tem o acolhimento. (1)

Para Tesser e Barros (2008), as PICS possuem um relevante potencial desmedicalizador em seus tratamentos, corroborando com os relatos dos usuários desta pesquisa. Esse fator desmedicalizante pode ser evidenciado no desenvolvimento de um ‘fluxo simbólico’ entre seus profissionais e usuários, fluxo esse que facilita a ressignificação emocional e possibilita maior apoio para as mudanças e aprendizados advindos da experiência do adoecimento. Ratificam ainda que o uso das PICS parece menos

iatrogênico e mais enriquecedor para a cultura da saúde-doença dos usuários do SUS, possibilitando o aumento da responsabilidade do sujeito sobre o processo de cuidado e, conseqüentemente, sua autonomia.

Vale ressaltar que o desconhecimento com relação à forma de execução desses tipos de tratamentos (uso de agulhas, medicação manipulada) foi um possível dificultador do acesso, e isso pode contribuir negativamente na aceitabilidade dessas práticas pelos usuários.

Não sei o que é não. Nunca vi. (24)

Deus me livre! Ai que lascou mesmo, é ruim enfiar agulha em mim. Eu nunca passei por nada disso. (16)

A aceitabilidade está ligada aos fatores subjetivos, culturais e sociais que influenciam a avaliação dos indivíduos sobre os serviços de saúde, bem como às expectativas dos usuários sobre a organização desses serviços e aceitação quanto ao tipo de cuidado recebido, sobre a qualidade da escuta às suas queixas, a compreensão das explicações de seu estado de saúde, incluindo a possibilidade de discussão das alternativas de cuidado a eles referente (THIEDE, AKEWENGO E MCINTYRE, 2014).

De acordo com Sanchez e Ciconelli (2012), a informação está na base do acesso à saúde, sendo central no cuidado. Há usuários da USF que nunca foram encaminhados para esses tratamentos e desconhecem a existência do serviço. Alguns souberam durante a entrevista que eram ofertados pelo SUS. Em muitos casos, a pessoa realizava algum tratamento de PICS e desconhecia a existência de outros. Assim, foi possível identificar claramente a influência da falta de informação como dificultador do acesso (THIEDE; MCINTYRE, 2008).

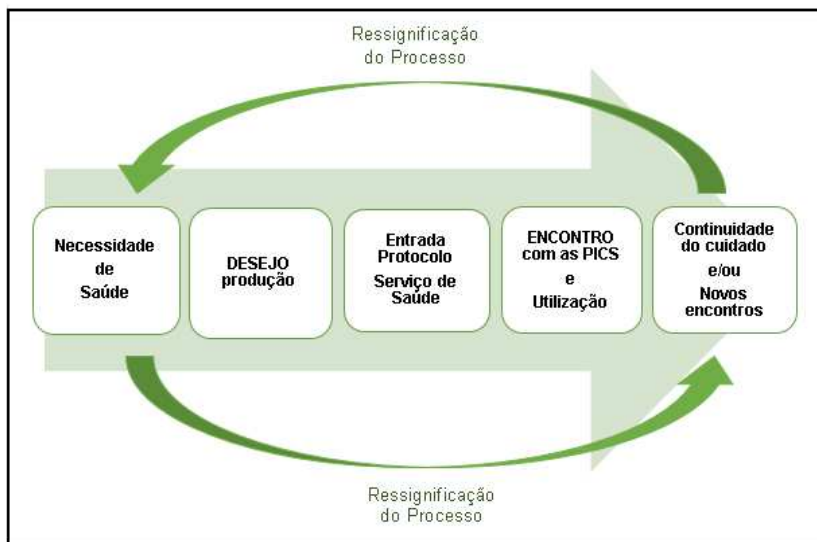
Hoje eu marquei homeopatia pra minha filha. Mas médico não me encaminhou não, foi dica de uma amiga daqui. (23)

Isso tinha que ser mais divulgado ao invés de ficar dando esses medicamentos fortes. Tudo isso eu fiquei sabendo da boca dos outros, médico nenhum nunca falou nada. (22)

Tem acupuntura no SUS também? Eu não sabia! Gente, é muita coisa que tem. (19)

Contudo, uma representação gráfica do acesso aos Sistemas Médicos Complexos encontrados nesta pesquisa (Figura 2) demonstra um processo de forma linear e hierárquica em que o acesso do usuário a essas PICS se dá de acordo com os fluxos institucionais pré-definidos e a forma em que elas estão inseridas na rede municipal (via USF dos territórios). É possível perceber, com essa representação, que essas racionalidades estão inseridas sob a lógica das especialidades médicas. Entretanto, também foi possível identificar diferenças em relação à continuidade do tratamento com a presença da resignificação do cuidado no processo.

Figura 2 – O olhar da pesquisa sobre o acesso aos Sistemas Médicos Complexos.



FONTE: Elaborado pela autora, 2019.

(ii) Acesso aos recursos terapêuticos da USF

As vivências de práticas corporais ofertadas pela USF pesquisada

acontecem paralelamente ao serviço, como referência de promoção à saúde. São práticas coletivas de acesso direto ou por encaminhamento de profissionais da USF que são desenvolvidas por profissionais que integram o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o Serviço de Orientação ao Exercício. Esse tipo de inserção de PICS, via equipes de apoio, tem sido uma diretriz federal comumente seguida na atuação desses núcleos apoiadores da ESF (SOUSA; TESSER, 2017).

Destaca-se que a maioria das práticas surgiram a partir de iniciativas de uma única profissional que, de certa forma, funciona como retaguarda especializada e matriciadora para o serviço, fazendo com que a integração com o conjunto da atenção primária seja parcial (SOUSA; TESSER, 2017).

O perfil dos usuários dos recursos terapêuticos é um indicador do poder de utilização desses serviços, refletindo facilitação do acesso (FRENK, 1992). Isso significa dizer que realizam essas práticas principalmente pessoas com tempo livre no horário das ofertas, sendo o acesso e a continuidade dessas práticas corporais nos serviços de saúde dependentes de fatores individuais como idade, objetivo, crença e estilo de vida (ANDERSEN; NEWMAN, 1973). Revela-se, portanto, a utilização desses serviços por uma demanda com características singulares, de base comunitária, que surge principalmente a partir da disponibilidade dos serviços.

Apenas uma das práticas ofertadas – o *do-in* – é realizada no auditório da própria USF. Todas as outras são vivenciadas num parque aberto comunitário e próximo da unidade, bastante usado por aquela comunidade, o que fornece uma visibilidade às PICS e consequente facilidade para o acesso. A busca por esses recursos terapêuticos não necessariamente tem relação com o serviço médico ou com a unidade de saúde.

Ao se distanciarem da estrutura física da unidade básica, os usuários dessas práticas se apresentam em busca de qualidade de vida e como protagonistas do cuidado, caracterizando desejos por um cuidado para além do oferecido pelo sistema biomédico. As práticas corporais nas PICS referem-se a um conceito em construção, que abarca a perspectiva do cuidado ampliado ao integrar às abordagens do corpo suas dimensões culturais, sociais, lúdicas, de autoconhecimento e de crítica aos modos de vida contemporâneos, acrescentando a perspectiva da unicidade corpo-mente (GALVAENES, BARROS, D'OLIVEIRA, 2018).

O encaminhamento médico/USF de usuários para as práticas corporais não foi verificado nas entrevistas. Uma forma frequente de acesso se deu através do convite entre os próprios usuários. Outros buscaram saber sobre a realização desses serviços na recepção da unidade ou no site da prefeitura. Entendendo que a informação é essencial para que um potencial acesso se transforme em uso de serviços (THIEDE; AKEWENGO; MCINTYRE, 2014; SANCHEZ; CICONELLI, 2012), a falta de informação se mostrou como grande barreira ao acesso também a essas práticas.

Parece que tem essas coisas aqui no parque. Eu fiquei sabendo quando passei e vi o pessoal lá. (10)

Eu pesquisei na internet e caí na página da prefeitura, vi que tinha de graça. Fiquei muito feliz e surpresa. (28)

Eu moro aqui pertinho. Venho andando e trago uma senhorinha vizinha que precisa de companhia, eu trago porque ela se deu muito bem. (1)

Ressalta-se que são poucos os usuários que se referem à doença prévia quando interrogados sobre “necessidade de saúde”. É possível verificar a interação com uma outra lógica de cuidado quando indagados sobre a motivação da busca e a opção por esse tipo de prática. A maioria relatou participar desses encontros devido ao bem-estar proporcionado através da socialização e amizades, do trabalho de movimento com o corpo e tranquilidade para a mente, do contato com a natureza e de aprenderem sobre o autocuidado e autoconhecimento. Foi possível identificar, no encontro com esses usuários, que há influência de outros saberes (tradicionais, culturais, coletivos etc.) não advindos do conhecimento científico, facilitadores do contato com essas PICS.

Sempre tive uma proximidade com práticas que são pro corpo, como a dança, e já estava tentando me aproximar da ioga por um tempo. (28)

Eu não sabia o que era ioga não, mas eu quis entrar nessa, por curiosidade mesmo. Eu senti que isso foi muito bom pra mim. Você chega em casa leve, mente leve, corpo. Chego mais disposta e já vou cuidar da casa. (29)

Evidenciou-se um movimento terapêutico desenvolvido pelos profissionais responsáveis por essas vivências que se diferencia em sua execução, no acesso e em seus objetivos e, na prática, se mostra bastante distante da clínica convencional e até da própria USF. Luz (1993) já vislumbrou esse movimento como um sincretismo terapêutico entre profissionais e usuários dessas práticas e denominou de microambientes complementares.

Para Tesser e Barros (2008), a partir do exercício de PIC, é possível a construção de novas estruturas de poder e de relações, com novas disposições e motivações tanto para os profissionais, quanto para usuários.

Quando eu chego e acaba eu penso: meu Deus! Quase que eu não vinha, o que eu ia perder! Eu não posso perder. É bom demais, tá? Isso aqui pra mente é maravilhoso. E você está ali junto da natureza, as amizades que a gente faz, descontraí demais. (2)

Nascimento et al. (2013) afirmam que os recursos terapêuticos sustentam sentidos, significados e valores sociais, diante do sofrimento, tratamento e cura de doenças, distintos dos dominantes, além de preencherem lacunas do sistema biomédico quanto à resolutividade terapêutica. Dessa forma, foi possível detectar, nas entrevistas, que o motivo-doença deixou de existir ou foi ressignificado com a continuidade e frequência do uso desses recursos. A relação com a doença e a necessidade consciente de tratar problemas de saúde com o uso dessas práticas foi encontrado apenas nos usuários de ioga e *do-in*, mesmo assim numa outra formatação que não a ideia de doença-tratamento-cura. Nos relatos desses usuários, identificam-se valores que tendem a favorecer a autonomia do sujeito em busca de uma vida mais harmoniosa.

Fui fazendo e vi que é muito bom pra saúde, tem muito resultado. Porque a ioga trabalha corpo e a respiração dela é que te acalma. (27)

Quando eu comecei a prática de ioga eu vi o quanto fui soltando as tensões, e mudou tudo pra melhor, mudou sono, mudou tudo, o pânico sumiu. (28)

Travassos e Martins (2004) afirmam que um importante determinante do uso dos serviços de saúde são as necessidades de saúde. Entretanto,

elas não são homogêneas entre os grupos sociais e a disponibilidade de tais serviços vai influenciar diretamente na transformação das demandas de saúde em utilização desses serviços. Quando os usuários eram interrogados sobre suas ‘necessidades de saúde’ para usar essas PICS, a maioria não sabia responder. Provavelmente, porque, para esses usuários, a necessidade de saúde não está atrelada à doença, e sim a uma concepção mais próxima de promoção de saúde. Portanto, é possível afirmar que as PICS tendem a deslocar o olhar para a promoção de saúde.

Além das práticas corporais, a fitoterapia é um recurso terapêutico ofertado pelo município pesquisado. Está presente em todas as farmácias populares anexas às unidades básicas de saúde, sendo a única PIC diluída no atendimento convencional da unidade de saúde. As medicações fitoterápicas adquiridas pela prefeitura são industrializadas e padronizadas e seu financiamento faz parte do serviço farmacêutico do município. Anualmente, cerca de 25 mil usuários no município são tratados pela fitoterapia, possuindo aproximadamente 130 prescritores desse tipo de medicação na rede pública de saúde (SACRAMENTO, 2015).

Nesse município, a fitoterapia teve sua inserção muito antes da política nacional de PICS ser construída. A referência técnica em PICS municipal possui formação em fitoterapia e plantas medicinais e articula com a comunidade e com atores do SUS projetos como jardins terapêuticos, farmácia viva, hortas urbanas e comunitárias, cultivo orgânico, oficinas de chás, dentre outros. No entanto, a oferta de medicação fitoterápica é dependente da competência prévia dos profissionais ou da formação dos mesmos em serviço, assim como de iniciativas individuais desses profissionais, sendo muito pouco disseminada no serviço avaliado. O acesso é feito somente a partir do receituário feito por profissionais habilitados, que, no caso desse município, são médicos e enfermeiros que realizaram curso de capacitação oferecido pela prefeitura.

Observou-se, com a pesquisa, que os relatos dos usuários demonstram a existência de uma cultura ou estilo de vida mais natural, com plantas medicinais e um uso de cunho tradicional e familiar. O uso desse tipo de tratamento mostra-se, em geral, por vontade própria do usuário, partindo deles a opção de medicação a base de plantas e o pedido ao médico para a diminuição ou substituição do consumo de medicação alopática.

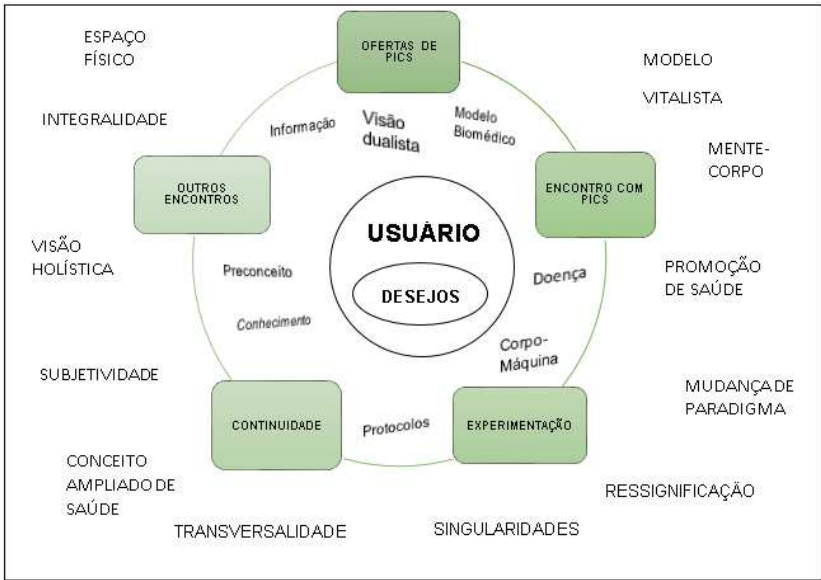
Tem efeitos colaterais, entendeu? Ataca o estômago, atrapalha outras coisas, por isso que eu procuro fazer o tratamento mais natural. (11)

Já usei xarope que médica mandou e Almeida Prado pro intestino. Castanha-da-índia também, preciso só da receita médica. (26)

Eu tenho planta, gosto de plantar, faço chá de hortelã, alecrim. Tenho costume. Sou da roça, minha mãe criou a gente com isso. (2)

Importante salientar que o uso de plantas medicinais pode estar atrelado ao resgate de saberes populares e pode aumentar o uso de recursos terapêuticos, preservar a biodiversidade, fomentar a agroecologia, o desenvolvimento social e a educação ambiental, popular e permanente (ANTONIO; TESSER; MORETTI, 2014). A Figura 3 representa o acesso do usuário aos recursos terapêuticos, um movimento baseado na transversalidade, não linear, em que os processos não se apresentam de forma subsequente ou hierárquico, pois, como visto, a entrada do usuário pode acontecer por várias vias de acesso. É relevante a presença do usuário no centro de um sistema cíclico que o reconhece como protagonista do cuidado e detentor do desejo-potência. Numa tentativa de representar o campo de forças no qual as PICS e seus usuários se inserem, estão as possíveis barreiras e facilitadores de todo o processo do acesso. Interessante destacar que há presença de fluxos comunicantes entre os processos do acesso às PICS (Figura 2 e Figura 3), já que existem usuários que transitam entre ambas as formas de tratamentos. A própria ressignificação é uma característica que permite evidenciar isso.

Figua 3 - O olhar da pesquisa sobre o acesso aos recursos terapêuticos.



FONTE: Elaborado pela autora, 2019.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou usuários como protagonistas de todo processo que engloba produção de saúde via PICS, sendo capaz de, através de suas falas, expressar desejos potentes em busca de produção de equilíbrio, vitalidade, cura, alternativas mais naturais de tratamento, desmedicalização, redução de danos, autocuidado e autoconhecimento, dentre outros.

Pode-se observar que as PICS encontradas nesta pesquisa são relativamente marginais ao sistema público de saúde municipal. Nos encontros com os usuários durante o campo da pesquisa, foi possível identificar caminhos diferentes para o acesso, que, vez ou outra, fogem dos fluxos institucionais definidos e ressignificam o sentido da necessidade de saúde, permitindo a continuidade ou modificação dos fluxos do acesso.

Entende-se que as PICS no SUS, em geral, possuem uma outra lógica de cuidado que vai de encontro ao que se tem instituído como modelo de cuidado à saúde-doença. Apresentam como características, além de uma participação dinâmica no processo de trabalho e cuidado, o foco relacional desse trabalho em ato. Segundo Luz (2003; 2015), as PICS não lidam com a “patologias” (ou seu estágio) e sua medicalização, lidam com a origem do adoecer dos sujeitos e a reposição da saúde. Dessa maneira, fica implícito (e muitas vezes explícito) que não basta prevenir e tratar doenças, é necessário também assegurar uma qualidade de vida básica para que possa haver uma população efetivamente sadia, o que não compete à medicina proporcionar, mas ao Estado e à sociedade.

REFERÊNCIAS

ANDERSEN, R. M.; NEWMAN J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **The Milbank Quarterly**, v. 51, n. 1, p. 95-124, 1973.

ANTONIO, G.D.; TESSER, C.D.; MORETTI-PIRES, R.O. Contributions of medicinal plants to care and health promotion in primary healthcare. **Interface** (Botucatu), v.17, n.46, p.615-33, jul./set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Portal do Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Tópico sobre Política Nacional de Prática Integrativas e Complementares em Saúde:** Onde tem PICS? Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 22 abr. 2019.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de Conteúdo: Considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, jan.-abr., 2014.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

ESPOSTI, C. D. D. et al. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, n. 3, v. 24, p. 765-779, set. 2015.

FRENK, J. The concept and measurement of accessibility. In: WHITE, K. et al. **Health Services Research: An Anthology**. Washington: Pan American Health Organization, 1992. p. 842-55.

GALVAENES A.T.C., BARROS N. F., D'OLIVEIRA A. F. P. L. Práticas corporais e meditativas na promoção da saúde: um desafio interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 7, v. 34, 2018.

LIMA, K. M. S. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: Experiência de um serviço municipal de saúde. **Revista Interface: Communication, Health, Education**, v. 49, n. 18, p. 261-272, 2014.

LUZ, M. T. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993. 32p.

LUZ, M. T. As novas formas da saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. In: LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

LUZ, M. T. Madel Luz e o Desafio das Racionalidades Médicas e PIC na construção do SUS. **Abrasco**, 2015.

MENDES, A. C. G. **A delicadeza esquecida**: Avaliação da qualidade das Emergências. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406p.

NASCIMENTO, M. C. et al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 12, v. 18, p. 3595-3604, 2013.

SACRAMENTO, H. T. **A implementação da Política de Práticas Integrativas e Complementares no Município de Vitória-ES**: percepção dos médicos e gestores. 2015. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Vitória, 2015.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, n. 3, v. 31, p. 260-268, 2012.

SOUSA, L. A. et al. Acupuntura no Sistema Único de Saúde – uma análise nos diferentes instrumentos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 22, p. 301-310, 2017.

SOUSA, I.M.C.; TESSER, C.D. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 1, v. 33, p. 1-15, 2017.

TELESI JR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 86, jan.-abr. 2016.

TESSER, C.D.; BARROS, N.F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-20, 2008.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 5, v. 24, p.1168-1173, 2008.

THIEDE, M.; AKEWENGO, P.; MCINTYRE, D. Explorando as Dimensões do Acesso. In: MCINTYRE, D; MOONEY, G. (Org.). **Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 137-161

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M.S.M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.190-198, 2004.

5

FLAVIO IGNES TRISTÃO
HIGOR HENRIQUE ARANDA COTTA
ANA CLÁUDIA PINHEIRO GARCIA
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE: POTENCIAIS FATORES CAUSADORES

INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) fundamentam-se na compreensão da Atenção Básica (AB) como primeiro nível de atenção, enfatizando sua função resolutiva dos cuidados primários. É na AB que se coordena e realiza o cuidado em todos os pontos de atenção, contribuindo para que as ações de saúde estejam em consonância às necessidades dos usuários (BRASIL, 2010).

Um dos desafios para a efetivação das RAS é o acesso adequado e oportuno aos serviços da Atenção Especializada (AE), que se configura um gargalo do Sistema Único de Saúde (SUS) e se depara com um importante paradoxo, que diz respeito ao absenteísmo dos usuários no sistema de saúde, usualmente ocorrendo em grandes proporções e com tendência crescente, envolvendo consultas e exames de média e alta complexidade (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; MELO; BRAGA; FORTE, 2011; CAVALCANTI et al., 2013; ERDMANN et al., 2013; OLESCOVICZ et al., 2014; DALRI, 2014; IZECKSON; FERREIRA, 2014; SESA, 2014; FURTADO, 2015).

Frente ao exposto, este estudo teve como objetivo verificar a quantidade de consultas clínicas agendadas e a ocorrência do absenteísmo dos usuários de um município do estado do Espírito Santo na Atenção Especializada, buscando identificar os potenciais fatores causadores do absenteísmo.

MÉTODOS

Este é um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado a partir da análise de dados secundários, que consistem em relatórios, disponibilizados pelo setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha (SEMSA) gerados a partir do Sistema de Regulação (SISREG), referentes aos agendamentos e ao absenteísmo dos usuários às consultas com as especialidades médicas disponibilizadas pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA) no ano de 2015, além da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e da quantidade de profissionais cadastrados em cada prestador de serviços. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, utilizando o *software* de banco de dados MySQL®, para cruzamento das informações, e o *software* Microsoft Excel 2010®, para a tabulação dos dados.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Veiga de Almeida e aprovada sob o parecer nº 876.415, em 18 de novembro de 2014.

RESULTADOS

Com base na oferta de profissionais médicos especialistas, na distribuição da localização dos prestadores de consultas especializadas, na relação das consultas solicitadas, no absenteísmo e no tempo médio de espera entre a solicitação e a realização das consultas, é possível apresentar um panorama da distribuição entre os serviços estadual e municipal, que se configura como um ponto central entre a quantidade de vagas disponíveis e a demanda da população na busca por consultas especializadas.

Em relação à oferta dos profissionais médicos especialistas cadastrados no Espírito Santo em 2015, é possível observar sua distribuição segundo sua disponibilidade nos serviços estadual e municipal na Tabela 1.

Tabela 1 – Quantidade de profissionais médicos especialistas cadastrados no Espírito Santo e sua disponibilidade nos serviços estadual e municipal em 2015.

Especialidades	Cadastradas no ES	Disponíveis pela SESA	Disponíveis pela SEMSA
<i>Alergista/Alergologista</i>	39	4	1
<i>Angiologia</i>	37	14	3
<i>Cardiologia</i>	329	88	3
<i>Cirurgia</i>	1111	251	5
<i>Dermatologia</i>	207	39	1
<i>Endocrinologia</i>	119	33	3
<i>Fisiatria</i>	25	6	0
<i>Gastrologia</i>	132	37	3
<i>Genética</i>	6	1	0
<i>Geriatria</i>	38	2	2
<i>Ginecologia/Obstetrícia</i>	708	90	7
<i>Hematologia</i>	50	18	0
<i>Hepatologia*</i>	**	**	**
<i>Infectologia</i>	89	3	1***
<i>Mastologia</i>	41	10	1
<i>Nefrologia</i>	88	32	1
<i>Neurologia</i>	105	31	0
<i>Oftalmologia</i>	280	119	0
<i>Oncologia</i>	63	33	0
<i>Ortopedia</i>	336	148	1
<i>Otorrinolaringologia</i>	145	43	1
<i>Pneumologia</i>	86	19	1
<i>Proctologia</i>	48	14	3
<i>Psiquiatria</i>	147	3	3
<i>Reumatologia</i>	46	14	1
<i>Urologia</i>	110	43	2

* Área de atuação considerada como especialidade neste estudo.

** Não há registro específico desta especialidade, pois é considerada área de atuação de três especialidades médicas distintas (clínica médica, gastroenterologia e infectologia).

*** Profissional lotado no CTA em DST/HIV/AIDS, que funciona por demanda espontânea.

Fonte: Vila Velha, 2016a, 2016b; SESA, 2015.

A disponibilidade de especialistas no serviço estadual refere-se à quantidade de profissionais de cada uma das categorias cadastradas em todos os 14 estabelecimentos que realizam as consultas estudadas, incluindo os serviços próprios e os serviços filantrópicos e/ou Organizações Sociais contratualizadas pela gestão estadual, distribuídos por diferentes municípios da região metropolitana, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Quantidade e localização dos prestadores de consultas especializadas disponibilizadas pela SESA em 2015.

Especialidades	Vila Velha	Vitória	Cariacica	Serra	Guarapari
<i>Alergista/ Alergologista</i>	0	0	1	0	0
<i>Angiologia</i>	2	3	1	0	0
<i>Cardiologia</i>	2	3	1	1	0
<i>Cirurgia</i>	2	5	1	0	1
<i>Dermatologia</i>	1	2	1	0	0
<i>Endocrinologia</i>	1	4	1	1	0
<i>Fisiatria</i>	1	0	0	0	0
<i>Gastrologia</i>	1	3	1	1	0
<i>Genética</i>	0	1	0	0	0
<i>Geriatria</i>	0	0	1	0	0
<i>Ginecologia/ Obstetrícia</i>	0	2	0	0	0
<i>Hematologia</i>	0	2	1	0	0
<i>Hepatologia</i>	0	2	0	0	0
<i>Infectologia</i>	1	1	0	0	0
<i>Mastologia</i>	0	3	1	0	0
<i>Nefrologia</i>	0	1	3	1	0
<i>Neurologia</i>	1	3	1	1	0
<i>Oftalmologia</i>	1	2	1	1	0
<i>Oncologia</i>	1	3	0	0	0
<i>Ortopedia</i>	2	5	1	1	0
<i>Otorrinolaringologia</i>	3	4	1	0	0

<i>Pneumologia</i>	0	2	1	1	0
<i>Proctologia</i>	1	4	1	0	0
<i>Psiquiatria</i>	0	0	1	0	0
<i>Reumatologia</i>	1	4	0	0	0
<i>Urologia</i>	1	3	1	1	0

Fonte: SESA, 2015.

Com base nos dados obtidos a partir dos relatórios de solicitação e de faltas às consultas gerados pelo SISREG, é possível visualizar que, no município de Vila Velha (ES), em 2015, houve 48.282 solicitações para consulta com as especialidades e 16.874 ocorrências de absenteísmo, representando 34,9% de faltas às consultas agendadas. O tempo médio de espera se refere à quantidade de dias entre a data em que foi realizada a solicitação no SISREG até a data da consulta agendada com o médico especialista, que variou de 12,3 a 94,7 dias, conforme a Tabela 3.

Tabela 3 – PPI, solicitações de consultas, absenteísmo e tempo médio de espera na atenção especializada no ano de 2015 em Vila Velha, ES.

Especialidades	PPI	Solicitações (%)	Faltas (%)	Tempo médio (dias)
<i>Alergista/ Alergologista</i>	4.560	468 (1%)	172 (36,7%)	14,8
<i>Angiologia</i>	1.920	550 (1,1%)	358 (65,1%)	17,4
<i>Cardiologia</i>	1920	1.158 (2,5%)	426 (36,8%)	34,5
<i>Cirurgia</i>	7.296	2.921 (6,1%)	1.250 (42,8%)	33,3
<i>Dermatologia</i>	8.736	5.458 (11,3%)	2.163 (39,6%)	14,2
<i>Endocrinologia</i>	5.460	4.378 (9,1%)	1.483 (33,9%)	17,7
<i>Fisiatria</i>	60.960	642 (1,3%)	453 (70,5%)	36,6
<i>Gastrologia</i>	2.520	1.141 (2,4%)	393 (34,4%)	17,3
<i>Genética</i>	120	6 (0,01%)	2 (33,3%)	94,7
<i>Geriatria</i>	900	788 (1,6%)	272 (34,5%)	16,9
<i>Ginecologia/ Obstetrícia</i>	816	130 (0,3%)	43 (33,1%)	12,3

<i>Hematologia</i>	972	507 (1,1%)	175 (34,5)	13,9
<i>Hepatologia</i>	240	27 (0,1%)	14 (51,8%)	67,5
<i>Infectologia</i>	72	32 (0,1%)	21 (65,6%)	32,5
<i>Mastologia</i>	1.224	51 (0,1%)	20 (39,2%)	12,7
<i>Nefrologia</i>	840	513 (1,1%)	195 (38%)	12,8
<i>Neurologia</i>	2.016	2.213 (4,6%)	804 (36,3%)	19,4
<i>Oftalmologia</i>	6.036	3.356 (7%)	1.154 (34,4%)	35
<i>Oncologia</i>	60	99 (0,2%)	21 (21,2%)	14,5
<i>Ortopedia</i>	10.728	4.500 (9,3%)	1.667 (25,9%)	22,6
<i>Otorrinola- ringologia</i>	4.980	8.002 (16,6%)	1.439 (18%)	21,1
<i>Pneumologia</i>	984	801 (1,7%)	301 (37,6%)	17,7
<i>Proctologia</i>	2.400	1.417 (3%)	701 (49,5%)	33,4
<i>Psiquiatria</i>	6.000	4.738 (9,8%)	1.680 (35,4%)	17,4
<i>Reumatologia</i>	3.240	1.050 (2,2%)	699 (66,5%)	67,9
<i>Urologia</i>	15.252	3.336 (6,9%)	968 (28,8%)	21,8
TOTAL	150.252	48.282 (100%)	16.874 (34,9%)	27,7

Fonte: Vila Velha, 2016c.

Com relação às especialidades que receberam mais encaminhamentos, destacam-se a otorrinolaringologia (16,6%), a dermatologia (11,3%), a psiquiatria (9,8%), a ortopedia (9,3%) e a endocrinologia (9,1%), correspondendo a mais da metade das solicitações de consultas especializadas, totalizando 56,1%. Entre as especialidades menos solicitadas estão: genética (0,01%), hepatologia (0,1%), infectologia (0,1%), mastologia (0,1%) e oncologia (0,2%), representando 0,51% do total.

Com relação às faltas, as especialidades que apresentaram maior percentual foram: fisiatria (70,5%), reumatologia (66,5%), infectologia (65,6%), angiologia (65,1%) e hepatologia (51,8%). Já as especialidades de otorrinolaringologia (18%), oncologia (21,2%), ortopedia (25,9%), urologia (28,8%) e ginecologia/obstetrícia (33,1%) foram as com menor

porcentagem de absenteísmo. Cabe ressaltar que as demais especialidades apresentaram registros de absenteísmo entre 33,3% e 49,5%.

O tempo médio de espera foi maior nas especialidades de genética (94,7 dias), reumatologia (67,9 dias), hepatologia (67,5 dias), fisioterapia (36,6 dias) e oftalmologia (35 dias). Já o menor tempo médio de espera foi registrado nas especialidades de ginecologia/obstetrícia (12,3 dias), mastologia (12,7 dias), nefrologia (12,8 dias) hematologia (13,9 dias) e dermatologia (14,2 dias). O tempo médio das demais especialidades variou de 14,5 a 34,5 dias.

Tomando como base a média da soma das cinco especialidades com maior tempo médio de espera, elas apresentaram 60,3 dias entre a data em que foi realizada a solicitação no SISREG até a data da consulta agendada, enquanto a média da soma das cinco especialidades com menor tempo médio de espera foi de 13,1 dias.

DISCUSSÃO

No município estudado (Vila Velha/ES), o índice de 34,9% de absenteísmo na atenção ambulatorial especializada evidencia um panorama preocupante e permite uma análise a partir da desarticulação entre a oferta de serviços e a demanda da população, englobando a relação entre os obstáculos encontrados no processo referente ao acesso e a capacidade dos usuários em superar essas barreiras (BENDER; MOLIN; MELLO, 2010; CAVALCANTI et al., 2013; SANCHEZ; CICONELLI, 2012; ESPOSTI, 2015).

Uma das barreiras observadas neste estudo corresponde à disponibilidade dos recursos. A maior parte dos serviços de consulta especializada ofertada pela SESA distribui-se por Vila Velha (ES) e outros três municípios vizinhos, e o município estudado não dispõe de todas as especialidades clínicas estudadas.

O manejo entre a oferta e a demanda feita pelo SISREG é antecipado pela definição dos processos da PPI, contratos com prestadores, conhecimento da rede própria e contratada, fluxos e protocolos de regulação, entre outros (BRASIL, 2015). Portanto, é importante destacar que a

oferta declarada de consultas especializadas, fruto da pactuação entre a SESA e a SEMSA, em princípio, atenderia à demanda da população em praticamente todas as especialidades, exceto em otorrinolaringologia e neurologia.

Corroborando com o estudo conduzido por Sarmento Junior, Tomita e Kos (2005), a especialidade de otorrinolaringologia teve a maior demanda. No município estudado, houve a solicitação de 8.002 consultas com 43 profissionais especialistas disponibilizados pela SESA, distribuídos por oito prestadores em três municípios diferentes (incluindo o município estudado) e um prestador na rede própria municipal, com um tempo médio de espera de 21,1 dias entre a data da solicitação e o dia da consulta. Dentre todas as consultas demandadas, a especialidade de otorrinolaringologia também apresentou a menor porcentagem de absenteísmo (18%). A análise desse dado permite constatar a baixa resolutividade da AB em atender às necessidades dos usuários atreladas ao acesso às ações desse cuidado específico.

A segunda especialidade com maior demanda foi a dermatologia (11,3%), indicando que as doenças de pele continuam entre as três maiores causas de demandas aos serviços de saúde, sendo consideradas, em sua maioria, casos de atendimento ambulatorial da AE (BRASIL, 2012; BERNARDES et al., 2015). Na relação oferta e demanda para dermatologia, ressalta-se a alocação de 39 profissionais no serviço estadual em quatro prestadores localizados em três municípios e apenas um profissional na rede municipal em estudo. O tempo médio de espera para essa especialidade foi de 14,2 dias e o absenteísmo de 39,6%.

A especialidade de psiquiatria apresentou a terceira maior demanda (9,8%). As formas que as queixas e sintomas referentes à saúde mental se apresentam podem variar entre períodos, alternados com pouca ou nenhuma sintomatologia e com maior ou menor intensidade (BRASIL, 2013), o que pode, portanto, interferir também na adesão ao encaminhamento para o médico especialista, podendo estar refletindo na ocorrência de 35,4% de absenteísmo às consultas encontrada neste estudo.

A ortopedia foi a quarta especialidade mais demandada pela população em 2015 (9,3%) e, assim como a otorrinolaringologia, esteve entre as que apresentaram menor ocorrência de absenteísmo (25,9%). Ao contrário das especialidades anteriores, a ortopedia se destaca pelo fato de ser a

segunda maior em número de profissionais disponíveis na rede estadual, com 148 médicos distribuídos em cinco prestadores em Vitória, dois em Vila Velha, um em Cariacica e um na Serra, além de um prestador na rede municipal com um profissional disponível. Destaca-se ainda porque, mesmo apresentando, na PPI, mais que o dobro de consultas solicitadas, apresentou tempo médio de 22,6 dias de espera.

Dentre a ampla diversidade de problemas ortopédicos, a dor lombar aguda configura-se como a causa mais incidente das demandas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Brasil, porém menos de 1% das pessoas com lombalgia aguda apresentam alguma doença grave. Em geral, 97% dos casos de dor lombar têm origem musculoesquelética, que pode estar relacionada a um traumatismo específico, a uma atividade extenuante ou, ainda, a fatores psicológicos, como estresse, depressão e outros fatores não orgânicos (BRASIL, 2012). Nesse sentido, os profissionais da AB devem ser capacitados para reconhecer os principais sinais de alerta que indicam a necessidade de se realizar o encaminhamento do usuário com queixas ortopédicas ao especialista com base em diretrizes clínicas (BRASIL, 2012).

É importante destacar a prevalência de doenças crônicas, em especial a hipertensão arterial e o diabetes, que acomete a população do município de Vila Velha de 30 a 59 anos, em 25% a 35% e 5% a 11%, respectivamente (VILA VELHA, 2013). Assim, a necessidade de medidas terapêuticas para lidar com o aumento da obesidade e das doenças associadas à obesidade pode justificar as demandas para a especialidade de endocrinologia (9,1%). A especialidade de endocrinologia conta com 33 profissionais cadastrados na rede estadual de saúde, distribuídos entre os municípios de Vitória, com quatro prestadores, e de Vila Velha, Cariacica e Serra, cada um desses comportando um prestador, além três profissionais do serviço municipal de especialidades. Com essa rede de oferta, o tempo médio de espera encontrado, por esta pesquisa, na especialidade endocrinologia foi de 17,7 dias e o percentual de absenteísmo de 33,9%.

Apesar da malformação congênita e anomalias cromossômicas serem a segunda causa de morte na faixa etária menor de um ano em Vila Velha (VILA VELHA, 2013), esta pesquisa evidenciou que a especialidade de genética foi a que teve a menor demanda em 2015 (0,01%). Além

disso, apesar das 120 vagas disponíveis pela PPI para os munícipes de Vila Velha e da demanda de apenas seis consultas solicitadas no ano de 2015, os usuários levaram, em média, 94,7 dias para ter sua consulta com um médico geneticista. Esse resultado chama a atenção para o fato de que, apesar do número de consultas pactuadas, o número reduzido de especialistas disponíveis na rede interfere diretamente no tempo que o usuário permanece na fila de espera. Com relação à genética médica, é importante destacar ainda que essa é a especialidade médica com o menor número de especialistas no Brasil, totalizando 241 especialistas, seis deles cadastrados no Espírito Santo (SCHEFFER, 2015).

Em relação à especialidade com a segunda menor demanda, a hepatologia constitui-se como uma área de atuação referente a três especialidades médicas (clínica médica, infectologia e gastroenterologia) (CFM, 2015), o que pode gerar um dado subestimado nesta pesquisa.

A infectologia apresentou a terceira menor demanda. Cabe ressaltar que o serviço municipal conta com profissional infectologista no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais, que opera com demanda espontânea e com os encaminhamentos feitos pelas equipes das UBS, sem a necessidade de agendamento (VILA VELHA, 2016c). Assim, a baixa demanda pelos serviços disponibilizados pela SESA na área de infectologia pode ser o reflexo dessa forma de organização do serviço municipal.

A mastologia e a oncologia foram, respectivamente, a quarta e a quinta especialidades com menor solicitação. Essa baixa demanda se torna preocupante, uma vez ser incontestável o fato de o câncer representar um problema de saúde pública cujo controle e prevenção devem ser priorizados em todas as regiões do país (INCA, 2014), em especial no Espírito Santo, uma vez que, proporcionalmente, os capixabas têm mais câncer do que o resto do Brasil (CAPIXABAS..., 2015). Para uma possível justificativa da especialidade de oncologia ter apresentado a segunda menor taxa de absenteísmo neste estudo, deve-se considerar a gravidade das consequências quando diagnóstico e tratamento em tempo oportuno não acontecem.

Outra barreira para os usuários identificada nesta pesquisa foi o elevado tempo de espera em consultas e procedimentos, um problema comum em sistemas públicos de saúde com consequências importantes

para sua qualidade, sendo o principal motivo de insatisfação referida pelos usuários do SUS. Além de estar entre as razões apontadas para a busca por atendimento no serviço de urgência, o tempo de espera pode interferir também nos índices de absenteísmo (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011).

Tomando como parâmetro a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 259 de 2011, a qual define que a operadora de plano de saúde deverá garantir o atendimento integral das demandas de consulta básica (pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia) em até 7 dias úteis e consultas com demais especialidades médicas em até 14 dias úteis (BRASIL, 2011), percebe-se que as especialidades estudadas apresentaram, em sua maioria, tempo de espera acima desse prazo, variando de 12,3 a 94,7 dias.

O presente estudo revelou que três das cinco especialidades com o maior tempo médio de espera apresentaram também maior absenteísmo (fisiatria, reumatologia e hepatologia), o que sustenta a hipótese de que quanto maior o tempo de espera, maior a possibilidade de ocorrer o absenteísmo. Além disso, uma vez que o tempo médio de espera pela consulta com o especialista apresenta uma relação inversa com a oferta de consultas especialistas na rede, o maior absenteísmo relaciona-se com a menor oferta.

Com relação à fisiatria, especialidade com maior índice de absenteísmo encontrado, chama atenção o fato de a PPI para esta especialidade prever uma quantidade anual de oferta de 60.960 vagas para o município de Vila Velha em 2015, mesmo contando somente com seis profissionais disponíveis em um único prestador, o que se configura numa condição improvável de ser alcançada.

Ressalta-se que a fisiatria e a reumatologia possuem 6 e 14 profissionais disponíveis pela SESA, respectivamente, e a rede municipal conta também com um profissional reumatologista. Portanto, chama atenção a disparidade do que é apresentado como oferta de vagas na PPI dessas especialidades, contrastando com o tempo médio de espera encontrado neste estudo.

Entretanto, a relação direta entre o absenteísmo e o tempo médio de espera não foi observada nas especialidades de genética e oftalmologia. Nesse ponto, é necessário destacar que outro fator capaz de influenciar na

maior utilização dos serviços de saúde diz respeito à aceitabilidade, que se relaciona às necessidades e expectativas dos usuários sobre a organização do serviço.

A ausência de relação entre o menor tempo médio de espera e o menor percentual de absenteísmo por especialidades encontrada neste estudo permite afirmar que nem sempre um tempo de espera menor é melhor para o usuário (CARVALHO; GIANINI, 2008).

Dentre as especialidades com menor tempo médio de espera, a relação direta entre o menor tempo de espera e o menor índice de absenteísmo, neste estudo, foi verificada apenas na ginecologia/obstetrícia. Como a rede municipal conta com profissionais da área de ginecologia/obstetrícia em algumas UBS, além de ter outros sete profissionais atendendo no serviço municipal de especialidades, há o indicativo de que são poucos os casos em que é necessário recorrer aos especialistas desta área ofertados pela SESA, refletindo-se em um menor tempo de espera.

Entretanto, apesar de o tempo médio de espera para essas especialidades estar em torno de 13,1 dias, destaca-se que, de acordo com a orientação da Resolução Normativa da ANS, a ginecologia/obstetrícia, por ser considerada uma especialidade básica, deveria ter o tempo médio de espera de no máximo sete dias úteis. Nesse sentido, o tempo de espera encontrado (12,3 dias) estaria inadequado, considerando-se a maior necessidade da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os diversos fatores que interagem de forma significativa no acesso aos serviços de saúde no nível da AE encontrados nesta pesquisa apontam para a relevância de aprofundamento nessa temática e indicam a necessidade de aprimorar as ações de prevenção de doenças e de promoção de saúde pelas equipes das UBS acerca das especialidades estudadas.

A disparidade entre o que é proposto pela PPI com relação à quantidade de vagas disponíveis ao município estudado e o número de profissionais cadastrados nos estabelecimentos prestadores dos serviços pactuados, bem como a falta de relação direta entre o menor tempo

médio de espera e o menor absenteísmo, indicam que existem fatores mais relevantes que podem interferir no desfecho do encaminhamento da consulta com especialistas.

O equilíbrio entre a oferta e a demanda pelos serviços de saúde se constitui num desafio constante, mas é necessário buscar estratégias para além da necessidade de ampliação de serviços especializados. Devem-se levar em conta os aspectos referentes aos fatores determinantes de saúde da população, o grau de resolutividade da AB e, principalmente, a forma em que as demandas de saúde são produzidas e entendidas.

Além disso, este estudo pode servir de diagnóstico para que as atividades a serem desenvolvidas nos municípios busquem uma maior autonomia nas condutas de tratamento dos profissionais das UBS, potencializando a resolutividade da AB e qualificando os encaminhamentos para as especialidades.

REFERÊNCIAS

BENDER, A.S.; MOLINA, L.R.; MELLO, A. L. S. F. Absenteísmo na Atenção Secundária e suas implicações na Atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 11, n. 2, p. 56-65, jun. 2010.

BERNARDES, C. A. et al. Diagnóstico e Condutas Dermatológicas em uma Unidade Básica de Saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 88-94, mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa nº 259, de 17 de junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CARVALHO T. C.; GIANINI R. J. Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba, SP. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 473-483, 2008.

CAVALCANTI R. P. et al. Absenteísmo de consultas especializadas no sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa - PB, Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 63-84, set. 2013.

CAPIXABAS tem mais câncer que o resto do Brasil. **Gazeta Online**, 28 jun. 2015. Disponível em: https://www.gazetaonline.com.br/bem_estar_e_saude/2015/06/capixabas-tem-mais-cancer-que-o-resto-do-brasil-1013901244.html. Acesso em: 21 de jun. 2016.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução N° 2116/2015. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.068/2013, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). **Diário Oficial da União**. 4 fev. 2015, Seção I, p. 55.

CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2783-2794, 2011.

DALRI L. **Absenteísmo de pacientes nos serviços de referência de especialidades odontológicas em Florianópolis, SC.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) –UFSC, Florianópolis, 2014.

ERDMANN, A. L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 21 jan./fev. 2013.

ESPOSTI, C. D. D. **Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil.** Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2015.

FURTADO, L. Entrevista. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, Brasília, ano 5, n. 16, jul., ago./set. 2015.

INCA. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2014.

IZECKSOHN, M. M. V.; FERREIRA, J. T. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 235-241, 2014.

MELO; A. C. B. V.; BRAGA, C. C.; FORTE, F. D. S. Acessibilidade ao serviço de saúde bucal na atenção básica: desvelando o absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 309-318, 2011.

OLESKOVICZ M. et al. Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p. 1009-1017, 2014.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SARMENTO JUNIOR, K. M. A.; TOMITA, S.; KOS, A. O. A. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, n. 71, v. 3, parte 1, maio/jun. 2005.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2015**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina. 2015.

SESA. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Saúde: 40% das consultas e exames especializados são desperdiçados porque paciente falta. **SESA (site)**, 4 jun. 2014. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/saude-40-das-consultas-e-exames-especializado>. Acesso em: 20 ago. 2014.

SESA. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Instrutivo geral**: consultas de especialidades. SISREG: 2015.

VILA VELHA. Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017**. Vila Velha, 2013. 120p.

VILA VELHA. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Prefeitura oferece novas especialidades médicas. **Prefeitura de Vila Velha (site)**, 23 mar. 2016a. Disponível em: <http://www.vilavelha.es.gov.br/noticias/2016/03/prefeitura-oferece-novas-especialidades-medicas-9019>. Acesso em: 2 maio 2016.

VILA VELHA. Prefeitura Municipal de Vila Velha. **Saúde – Serviço de Atendimento Especializado em DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais (SAE)**. **Prefeitura de Vila Velha (site)**, 2016b. Disponível em: <http://www.vilavelha.es.gov.br/paginas/saude-servico-de-atendimento-especializado-em-dst-hiv-aids-e-hepatites-virais-sae>. Acesso em: 2 maio 2016.

VILA VELHA. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Programação Pactuada Integrada, relatório de solicitações de consultas especializadas e relatório de absenteísmo. Setor de Regulação Municipal: 2016c.

2

SEÇÃO 2: **TRABALHO** **E GESTÃO** **EM SAÚDE**

6

MANUELLA RIBEIRO LIRA RIQUEIRI
ANDRÉ LUÍS BONIFÁCIO DE CARVALHO
ASSIS LUIZ MAFORT OUVENEY
THIAGO DIAS SARTI

PERFIL DAS SECRETÁRIAS E SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

INTRODUÇÃO

A grande complexidade do arcabouço federativo brasileiro e da dinâmica gerencial e administrativa do Sistema Único de Saúde (SUS) traz desafios substanciais para a oferta de serviços de saúde de qualidade para a população. A centralidade dos municípios na política nacional e na prestação de serviços aos cidadãos é um processo histórico complexo e conflitivo que, dentre outras coisas, implica em grande protagonismo e autonomia política e administrativa em relação a outros entes estatais da União e estados (ZMITROWICZ; BISCARO; MARINS, 2013; CIGOLINI, 2012; TOMIO, 2002; BRASIL, 1990; MELLO, 2001).

No que diz respeito à saúde, seu processo de municipalização iniciado no final da década de 1980 trouxe avanços para a gestão pública, ao mesmo tempo em que a dinâmica de atuação do gestor municipal se configura como um desafio diante das transformações do sistema de saúde brasileiro, numa perspectiva em que o município é o principal responsável pela saúde pública de sua população (BRASIL, 2007).

Ao SUS, e a todos os atores sociais envolvidos com sua implementação cotidiana no âmbito municipal, são estabelecidas competências que vão desde planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde, gestão e execução dos serviços públicos de saúde e desenvolvimento de práticas de planejamento, programação e organização das redes de atenção regionalizada e hierarquizada, até participação da execução, do controle e da avaliação das ações referentes às condições de trabalho, execução de serviços de vigilâncias epidemiológica e sanitária, de alimentação e de nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador.

Dessa forma, é grande o desafio da construção do exercício da gestão da saúde nos municípios, na medida em que se aumenta o grau de responsabilização do ente público em uma gestão descentralizada e desconcentrada, na qual os processos burocráticos e administrativos se tornam cada vez mais complexos e o nível de exigência social pela oferta de serviços acessíveis e de qualidade é crescente em um cenário de profundas desigualdades sociais (VASCONCELOS; PASCHE, 2017).

É neste contexto que se deve pensar e entender a figura do secretário ou secretária municipal de Saúde, quem tem a responsabilidade de comandar as políticas públicas de saúde em nível local:

Como autoridade sanitária, o gestor assume uma responsabilidade pública de agir na garantia da continuidade e consolidação de políticas de saúde de acordo com as diretrizes constitucionais e legais do SUS, e que, portanto, não se encerra no período de um governo. Praticar a responsabilidade coletiva significa dizer que “Ser Gestor (a)” do SUS, exige um agir político de mediação e diálogo permanente, com participação do dirigente e sua equipe da secretaria municipal de saúde nas instâncias de decisão e de negociação, já existentes no arcabouço jurídico normativo do SUS (CONASEMS, 2019, p.16)

Para Ouverney et al. (2019), os secretários municipais de Saúde estão conquistando cada vez mais o espaço de atores políticos estratégicos na definição e conformação dos rumos da política de saúde. E, dada a relevância desse sujeito social, seriam esperados maiores investimentos acadêmicos na compreensão do perfil, dos saberes, das práticas, das atitudes e dos efeitos de suas ações na concretização do direito constitucional à saúde. Contudo, durante os primeiros passos de desenvolvimento da tese de doutorado da primeira autora deste artigo, percebeu-se que a importância e complexidade do papel exercido por secretárias e secretários municipais de Saúde ainda não se materializam nos devidos e merecidos esforços científicos.

É com base nessa leitura que se estruturou esta revisão integrativa, com fins de analisar a produção brasileira em relação ao perfil das secretárias e secretários municipais de Saúde, sendo esse o primeiro passo de uma pesquisa que busca problematizar o espaço e papel dessa função e

desse sujeito de ação. De nosso conhecimento, essa é a primeira revisão realizada com esse objetivo no contexto brasileiro.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa que partiu da pergunta norteadora: Qual o perfil do gestor municipal de saúde no Brasil? Considerando a escassez de literatura nacional a respeito do tema e a sua pouca sistematização, buscou-se incluir, nesta revisão, estudos originais realizados no Brasil, sem filtro de tempo, cujo objetivo fosse traçar o perfil sociodemográfico e técnico dos secretários e secretárias municipais de Saúde, seja numa perspectiva local, regional ou nacional. Não foram incluídos estudos que retratam o perfil de gestores da saúde suplementar, de gestores públicos das esferas federal e estadual da federação, bem como gestores, diretores ou cargos similares em nível de gerências, coordenações ou serviços de saúde.

O levantamento dos estudos foi realizado no mês de setembro de 2020 pela autora principal da revisão, Manuella Ribeiro Lira Riquieri (MRLR), tendo sido consultadas as bases MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, via PubMed), EMBASE (Excerpta Medica Database) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, via Biblioteca Virtual em Saúde). A revisão da literatura cinzenta foi realizada com o uso dos descritores no Google Acadêmico® e consulta às referências bibliográficas de todos os artigos selecionados nas buscas nas bases bibliográficas.

A chave de busca utilizada foi (*“Brazil”*) AND (*“Health management”* OR *“health manager”* OR *“manager”*) AND (*“profile”*) AND (*“Unified Health System”*), sendo incluídos os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e *Medical Subject Headings* (MeSH) mais adequados à revisão. Pequenas adaptações na chave de busca eram feitas a depender da metodologia de busca de cada base consultada.

Os resultados das buscas foram gerenciados pela autora principal (MRLR) em arquivo .xls, sendo excluídas as duplicações. A autora principal (MRLR) rastreou títulos, resumos e trabalhos completos para

verificar a elegibilidade das pesquisas. Os demais pesquisadores revisaram e validaram esse processo, com eventuais discordâncias tendo sido sanadas por consenso entre os quatro pesquisadores.

A extração dos dados das pesquisas que interessavam a esta revisão foi realizada pela autora principal (MRLR), tendo em vista os objetivos traçados. Todas as pesquisas selecionadas foram caracterizadas pelas seguintes informações: autores, ano de publicação, título, local e ano de realização, periódico de publicação do estudo, objetivo, desenho metodológico, cenário do estudo, amostragem e principais resultados do estudo.

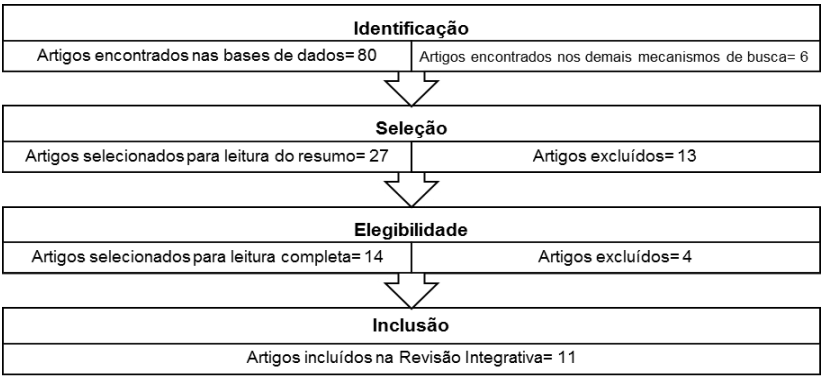
Optou-se, dado o caráter exploratório da revisão, por analisar e apresentar os resultados em uma perspectiva narrativa, apresentando os resultados principais das pesquisas da forma mais sistemática possível dada a diversidade estrutural dos trabalhos selecionados. Além disso, não foi realizada análise sistemática da qualidade das pesquisas e o potencial de vieses delas. Limitações e lacunas dessa literatura são descritas em uma perspectiva narrativa no sentido de apontar caminhos de pesquisa na área.

Buscou-se também seguir o máximo de etapas das recomendações *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), adaptando-as ao formato de revisão adotado neste trabalho.

RESULTADOS

A Figura 1 descreve as etapas da revisão e os resultados em número de artigos em cada uma delas. Ao final, 11 estudos foram considerados elegíveis para análise e extração dos dados. O Quadro 1 caracteriza os estudos em relação a autores, ano de publicação, local de realização e desenho metodológico. Já o Quadro 2 resume as características dos gestores que foram sujeitos das pesquisas com relação a variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e formação profissional.

Figura 1 - Diagrama de Fluxo.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 1- Caracterização dos estudos

Autor, Ano	Local	Ano de realização	Desenho metodológico
Fleury, 2014.	Brasil	1996 2006	1996 – Estudo transversal com 28% da população elegível 2006 – Estudo transversal com 19,5% da população elegível
Fleury e Ouverney, 2018.	Brasil	1996 2006	1996- Estudo transversal com 28% da população elegível 2006- Estudo trans- versal com 19,5% da população elegível
Souza, 2002.	Minas Gerais	2000	Estudo transversal com 343 sujeitos (40% da popula- ção elegível).

Costa, Salazar e Santos, 2004.	Paraíba	2004	Estudo transversal com 142 sujeitos (64% da população elegível).
Castro, Castro e Vilar, 2006.	Rio Grande do Norte	2005	Estudo transversal com 127 sujeitos (77% da população elegível).
Luna, 2008.	Mato Grosso	2005	Estudo transversal com 74 sujeitos (52% da população elegível).
Garózi, 2014.	São Paulo (1 Regional de Saúde)	2012	Estudo transversal com 43 sujeitos (69,4% da população elegível).
Pinafo et al., 2016.	Paraná	2014	Estudo transversal com 72 sujeitos (88% da população elegível).
Arcari et al., 2020.	Rio Grande do Sul	2017	Estudo transversal com 264 sujeitos (53,1% da população elegível).
Carvalho, et al., 2020.	Brasil	2018	Estudo transversal com 2.313 sujeitos (41,5% da população elegível).
Ouverney et al., 2019.	Brasil	2018	Estudo transversal com 2.313 sujeitos (41,5% da população elegível).

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Quadro 2 - Perfil dos gestores.

Artigo, Ano	Faixa etária predominante (anos)	Sexo (%)		Formação*
		Feminino	Masculino	
Fleury, 2014. Fleury e Ouverney, 2018.	1996 – 30-50 2006 – 40-50	39,7 50,1	60,3 49,9	1996 – 68,8% NS 2006 – 67,3% NS, dos quais 37,5% PG
Costa, Salazar e Santos, 2004.	Média de 41	59	41	84% NS dos quais 10% PG
Castro, Castro e Vilar, 2006.	41–50	63	37	71% NS
Luna, 2008.	30 – 39	55,4	44,6	50% NS dos quais 83,7% PG
Garózi, 2014.	31-40	55,4	44,6	79% NS dos quais 51,2% PG
Pinafo et al., 2016.	35-44	50	50	26,4% NS dos quais 33% PG
Arcari et al., 2020.	Média de 43,7	58	42	64% NS
Carvalho et al., 2020.	31- 50	58	42	81% NS dos quais 59% PG
Ouverney et al., 2019.	31- 50	54	46	81% NS dos quais 59% PG

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

* NS: nível superior; PG: pós-graduação.

Observação: excluiu-se Souza (2002) deste quadro por impossibilidade de obtenção dos dados no pdf do artigo ou por outro meio.

Características dos estudos

Dos estudos selecionados, sete tem abrangência de análise no nível estadual e foram realizados entre 2000 e 2017, sendo as regiões Nordeste, Sudeste e Sul representadas com dois estudos cada e a região Centro-Oeste

com um estudo. Os únicos dados identificados na região Norte correspondem às informações trazidas no estudo de Maia Junior (2014) que, em geral, convergem aos achados dos demais estudos.

Identificou-se quatro trabalhos publicados de abrangência nacional, todos pertencentes a uma mesma linha de pesquisa iniciada na década de 90 com o intuito de identificar os efeitos da descentralização do SUS na gestão dos municípios brasileiros, tendo sido traçado o perfil dos secretários e secretárias municipais de Saúde em três momentos históricos: 1996, 2006 e 2018. Tais pesquisas envolveram em seus diferentes momentos a Fundação Getúlio Vargas, a Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a Universidade Federal da Paraíba, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e o Ministério da Saúde, sendo, portanto, os estudos mais abrangentes sobre o tema já realizados no Brasil (FLEURY, 2014; FLEURY; OUVENEY, 2018; OUVENEY et al., 2019; CARVALHO et al., 2020).

Todos os estudos selecionados foram publicados na língua portuguesa no formato de livro, dissertação, artigo ou capítulo de livro em publicações nacionais. Todos tiveram como desenho o corte transversal, com coleta de dados por meio de aplicação de questionários estruturados ou semiestruturados destinados aos secretários e secretárias municipais de saúde. A taxa de participação dos sujeitos elegíveis para a pesquisa variou entre 19,5% e 88%, e a última pesquisa de abrangência nacional teve taxa de participação superior a 40%.

Perfil demográfico, social e profissional dos gestores

Em sua maioria, a *idade* dos secretários e secretárias municipais de Saúde varia entre 30 e 50 anos, com idade média de aproximadamente 40 anos. Os trabalhos de abrangência nacional identificaram uma leve tendência de envelhecimento dos gestores entre 1996 e 2006, que foi parcialmente revertida conforme resultados de 2018. Em 1996, prevalecia dois perfis etários: 30-40 anos, nas regiões Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste, e 40-50 anos, na região Sudeste. Em 2006, reduziu-se em nível nacional a proporção de gestores na faixa etária entre 30-40 anos, de 34,8% para 28,3%, e aumentou-se a proporção dos gestores na faixa

etária entre 40-50 anos, de 33,6% para 36,6%, sendo isso observado em todas as regiões do país. Em 2018, também se observou aumento na idade média dos gestores, predominando gestores na faixa etária entre 31-50 anos, o que ocorreu em todas as regiões do Brasil.

Quanto ao *sexo* dos gestores, há forte predomínio feminino dentre os sujeitos das pesquisas, sendo que os estudos de abrangência nacional evidenciam uma feminização desses atores ao longo do tempo. Fleury (2014) identifica aumento de 10,4% na presença de mulheres no exercício da função entre 1996 e 2006 em nível nacional. As exceções foram um estudo feito no Paraná em 2014, que não captou predominância de um determinado sexo na amostra de gestores, e os de Ouverney et al. (2019) e Carvalho et al. (2020), que observaram predomínio masculino dentre os gestores na região Norte. Fleury e Ouverney (2018), por sua vez, mostram que é maior a proporção de gestoras do sexo feminino nos municípios de pequeno porte quando comparado aos municípios de médio e grande porte.

Em relação a *raça/etnia*, em nível nacional, predominam pessoas brancas no exercício dessa função (aproximadamente 60%), embora haja evidências de maior participação de pardos com o passar do tempo, sendo que tal participação varia conforme região e porte populacional do município: 80% dos secretários e secretárias municipais de saúde pardos e pardas atuam nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil, sendo que pretos e pardos superam brancos na região Nordeste (OUVERNEY et al., 2019; CARVALHO et al., 2020; FLEURY; OUVERNEY, 2018; FLEURY, 2014). Arcari et al. (2020), por sua vez, evidenciaram que a quase totalidade dos gestores entrevistados (93,6%) no Rio Grande do Sul em 2017 eram brancos.

Quanto à *escolaridade e perfil de formação profissional* dos sujeitos dos estudos, identifica-se predominância de gestores com ensino superior completo e da área de enfermagem. Por outro lado, os estudos de base nacional mostram que houve crescimento do nível de escolaridade dos secretários municipais de Saúde ao longo dos anos (CASTRO; CASTRO; VILAR, 2006; PINAFO et al., 2016; ARCARI et al., 2020; CARVALHO et al., 2020; OUVERNEY et al., 2019).

No tocante à *experiência anterior em gestão na saúde*, os estudos mostram dados conflitantes, embora seja possível afirmar ser expressiva a

proporção de secretários e secretárias municipais de Saúde que assumem o cargo pela primeira vez sem experiência administrativa prévia e/ou sem vínculo com a área de saúde anterior ao exercício da função. Com dados nacionais de 2006, Fleury (2014) mostra que mais de 70% dos entrevistados possuíam experiência anterior na área da saúde. Ouverney et al. (2019) e Carvalho et al. (2020) também contribuem ao identificarem a enfermagem como a profissão predominante entre os gestores, a maioria assumindo o cargo pela primeira vez, porém com experiência anterior na coordenação da Atenção Básica, embora alguns estudos de base estadual indiquem problemas mais acentuados nessa questão. Souza (2002) identificou que 66% dos entrevistados em Minas Gerais assumiam o cargo pela primeira vez. Costa, Salazar e Santos (2004) apontaram que 75% dos entrevistados na Paraíba declararam que não tinham experiência administrativa para o exercício do cargo. Luna (2008) apontou que 52,7% dos entrevistados no Mato Grosso exerciam funções fora da área da Saúde antes de assumirem a função de secretário ou secretária municipal de Saúde, destacando-se professores e comerciantes. Por sua vez, Castro, Castro e Vilar (2006) não identificaram, no Rio Grande do Norte, claro predomínio de gestores com ou sem experiência administrativa na saúde previamente ao exercício do cargo. É neste sentido que Fleury (2014) identifica a profissionalização e o conhecimento do setor saúde por parte dos secretários e secretárias municipais de Saúde como algo a ser mais refletido pelo conjunto dos atores da saúde.

Por fim, os estudos não trazem informações aprofundadas sobre ou não abordam questões como *classe social*, *mobilidade geográfica* e *religião*, sendo esta última a maior lacuna percebida no conjunto dos estudos analisados. Assim, pouco se pode afirmar sobre tendências históricas do perfil dos secretários ou secretárias municipais de Saúde em relação a esses aspectos da trajetória pessoal. Fleury (2014), por exemplo, identificou que a maioria dos gestores haviam nascido em município diferente do que estavam atuando e eram provenientes de famílias cuja mãe ou o pai possuíam ensino fundamental ou médio, sugerindo um possível processo de ascensão social por parte desses sujeitos. Já Luna (2008) constatou, no Mato Grosso, que 61,9% dos entrevistados eram de outras regiões do país.

DISCUSSÃO

Em síntese, os resultados dos estudos selecionados nesta revisão mostram que o perfil médio dos gestores que ocupam os cargos de secretárias e secretários municipais de Saúde é formado por mulheres, brancas, na faixa etária entre 30-50 anos, com ensino superior completo e pós-graduação, havendo expressiva proporção desses atores que assumem o cargo sem experiência prévia em administração pública e/ou na área da Saúde.

Por outro lado, identificou-se poucos estudos sobre o tema, sendo que todos têm o mesmo desenho metodológico (corte transversal), alcançando uma proporção dos sujeitos elegíveis aceitável para pesquisas transversais, e a maioria (sete) se situa no contexto estadual. Os trabalhos de âmbito nacional identificados são, portanto, essenciais para o aprofundamento do entendimento da questão. Por serem pesquisas realizadas em uma mesma linha de pesquisa em distintos momentos, compreendendo um período total de mais de 20 anos, torna-se possível pensar o perfil dos secretários e secretárias municipais de Saúde em uma perspectiva histórica longitudinal, identificando-se, mesmo que de forma parcial, tendências que podem impactar na gestão do sistema de saúde. Além disso, pesquisas de abrangência nacional facilitam as comparações entre as regiões do país e possibilitam a identificação de lacunas e problemas passíveis de novos estudos e intervenções.

Duas transformações históricas identificadas nesses estudos merecem destaque. A feminização da força de trabalho na Saúde, com reflexos também no perfil de secretárias e secretários municipais, bem como a ampliação da participação de pardos e pessoas historicamente pertencentes às classes populares de baixa-renda são fenômenos entendidos por Fleury (2014) como um importante processo, mesmo que tímido e incompleto, de democratização de um espaço relevante de tomada de decisão no âmbito estatal, que modifica o padrão de domínio dessa máquina pelas elites tradicionais do país, o que também foi refletido por Carvalho et al. (2020) e Ouverney et al. (2019).

Com relação à renovação das elites locais e à consolidação de uma nova elite de gestores(as) municipais de saúde, é impressionante a magnitude do

fenômeno de ascensão social, quando comparados os dados da educação dos(as) secretários(as) com os de seus progenitores. Filhos de pais com baixo nível educacional, os(as) gestores(as) municipais de saúde, em especial em municípios menores e médios, representam o esforço da sociedade em buscar qualificação profissional como forma de ascensão social (FLEURY; OUVÉRY, 2014, p.284).

Também se destaca a tendência de maior escolarização e especialização dos gestores municipais com o tempo, embora, como frisado, ainda seja relevante a proporção de pessoas sem experiência prévia administrativa ou na área da saúde ocupando o cargo. Uma série de fatores podem ser relacionadas com essas transformações e tais mudanças estão conectadas ao contexto social brasileiro das últimas décadas: o acesso ao ensino superior aumentou, inclusive para as classes trabalhadoras; os mecanismos de auditoria, avaliação e controle sobre as ações dos entes públicos se desenvolveram; e a maior participação e controle social sobre as políticas públicas, em especial as de saúde. Mesmo que tais fatores tenham seus problemas de implementação, os dados desta revisão sugerem que, hoje, talvez seja mais difícil um prefeito nomear uma pessoa sem formação adequada ao exercício da função de comando do sistema de saúde local.

Evidentemente que graduação e pós-graduação mais experiência profissional na área da saúde e administrativa não significam necessariamente que o gestor vai desempenhar satisfatoriamente a função. Um cargo político, como o de secretário e secretária municipal de Saúde exige habilidades e atitudes que estão para além do componente técnico-profissional, incluindo capacidade de articulação, negociação e pactuação de interesses distintos entre os sujeitos sociais que operam a política de saúde local ou mesmo regional e nacional. Da mesma forma, maior diversidade de gênero, social e étnico-racial dentre estes gestores não implica obrigatoriamente uma condução da política de saúde no sentido de maior inclusão, equidade, redução de desigualdades em saúde e maior participação de minorias e grupos vulneráveis. Mas tais transformações históricas do perfil do gestor podem sim abrir fissuras em um modo elitista de condução da máquina pública brasileira e trazer resultados satisfatórios no enfrentamento dos problemas sociais do país.

Dessa forma, é fundamental estudos que busquem compreender como esse novo perfil de gestor opera a política local e se comporta no interior das tradicionais relações políticas e econômicas patrimoniais e clientelistas encontradas historicamente no Brasil. Além disso, é essencial que as novas pesquisas incluam outros desenhos metodológicos, sejam construídas numa perspectiva longitudinal com instrumentos de pesquisa que permitam a comparação histórica e analisem outras variáveis, como a religião. Uma questão importante de ser respondida, por exemplo, é se o novo conservadorismo brasileiro, com forte cunho religioso e militar, se expressa na ocupação dos cargos de comando dos sistemas de saúde locais e com quais efeitos nas políticas de saúde. Sugere-se que os estudos que se dedicam à análise de perfil dos gestores estejam atentos às próprias tendências, transformações e características sociais do país, evitando a restrição de sua análise apenas aos componentes técnico e profissional dos sujeitos.

Em linhas gerais, as reflexões sobre essas questões na Saúde Coletiva são esparsas e limitadas. Paim (2008), ao refletir sobre os desafios do SUS, identifica o pouco avanço na institucionalização da carreira de gestor como um obstáculo a ser superado e sugere a necessidade de se repensar o modelo de gestão do SUS. Nessa mesma lógica, Monti et al. (2015) apontam para os graves problemas no modelo de gestão do SUS e propõem uma nova gestão pública representada pelos trabalhadores, pela sociedade e pelos usuários, com maior grau de autonomia cogestão. Uma possibilidade de gestão pública para saúde foi trazida por Elias (2002), que propôs a reinvenção das formas de relação entre o Estado e a sociedade na busca do atendimento das necessidades sociais. É nesse desafiante cenário de atuação que os secretários municipais de Saúde devem desenvolver um papel determinante na defesa da saúde como um valor solidário e direito de cidadania.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contextualização do perfil dos secretários e secretárias municipais de Saúde, nesta revisão integrativa, permitiu a construção do

entendimento de quem são esses atores que estão na condução cotidiana das políticas públicas de saúde municipais ao longo dos últimos 25 anos. Esta revisão partiu da angústia de que pouco se reflete sobre o gestor municipal na Saúde Coletiva. Reconhece-se a necessidade de dar ao gestor o espaço devido na produção científica brasileira. A construção do entendimento de que esses atores têm um papel estratégico na condução da política de saúde nos municípios brasileiros é essencial para entendermos os rumos do SUS.

REFERÊNCIAS

ARCARI, J. M. et al. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no sistema único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 407-420, 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 4. Ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CASTRO, J. L.; CASTRO, J. L.; VILAR, L. L. A. **Quem são os gestores municipais de saúde no Rio Grande do Norte**. Um estudo sobre o perfil. Natal: Observatório RH NESC/UFRN, 2006. Disponível em: <http://www.observatoriorh.ufrn.br/uploads/1b38783665ad9cdc58e7a0f4323744d8.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

CARVALHO, A. L. B. et al. Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017-2020. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 211-222, 2020.

CIGOLINI, A. A. Ocupação do território e a geopolítica da criação de municípios no período colonial brasileiro. **Boletim Gaúcho de Geografia**, Porto Alegre, v. 38, p. 53-72, 2012.

CONASEMS. **Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “diálogos no cotidiano”**. Rio de Janeiro: CEPESQ, 2019. 424p.

COSTA, M. B.; SALAZAR, P. E.; SANTOS, J. P. Percepção de gestores de saúde sobre as mudanças no Sistema Único de Saúde. João Pessoa: UFPB, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.ufpb.com.br>. Acesso em: 26 fev. 2021.

ELIAS, P. E. M. Por uma refundação macropolítica do SUS: a gestão para a equidade no cotidiano dos serviços. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 25-36, 2002.

FLEURY, S. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Renovação das Elites Locais em Saúde: perfil dos(as) secretários(as) municipais de saúde. In: FLEURY, S. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. P. 201-88.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. L. M. O novo perfil dos gestores locais no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 809-25, 2018.

GARÓZI, D. E. **Perfil do gestor municipal da saúde e a percepção da Estratégia Saúde da Família-DRS IX-Marília-SP**. 2014. 95f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2014.

LUNA, S. M. M. **Perfil dos Gestores Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso**. Cáceres: UNEMAT, 2008. 134p.

MAIA JUNIOR, A. F. **Secretários Municipais de Saúde: o SUS visto pela ponta da corda**. 2014. 112f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Bauru, 2014.

MELLO, D. L. DE. Governo e administração municipal: a experiência brasileira. **Revista de Administração Pública**, v. 35, n. 2, p. 79-96, 1 jan. 2001.

MONTI, F. et al. Desafios atuais da gestão da saúde. **Revista Debates GV**, São Paulo, v. spe., p. 14-27, 2015.

OUVERNEY, A. L. M. et al. Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 7, p. 75-91, 2019.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA, 2008. 356 p.

PINAFO, E. et al. O gestor do SUS em município de pequeno porte: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 17, n. 1, p. 130-7, 2016.

SOUZA, A. A. C. L. O Perfil dos Secretários Municipais de Saúde em Minas Gerais e a Organização dos Programas e Projetos Municipais. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2002.

TOMIO, F. R. L. A criação de municípios após a Constituição de 1988. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 17, n. 48, p. 61-89, 2002.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O SUS em perspectiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. rev. São Paulo: HUCITEC, 2017. p. 559-90.

ZMITROWICZ, W.; BISCARO, C.; MARINS, K. C. C. R. A organização administrativa do município e o orçamento municipal: texto técnico da Escola Politécnica da USP. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2013. Disponível em: http://www.pcc.usp.br/files/text/publications/TT_00020.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.

7

SHEILA CRISTINA DE SOUZA CRUZ
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA
RODRIGO BUBACK COVRE
PAULO CESAR BARBOSA FERNANDES
THAÍS CAMPOLINA COHEN AZOURY
FABIANO NOVAES BARCELLOS FILHO
ANA INÊS SOUSA
RITA DE CÁSSIA LIMA DUARTE
CÂNDIDA CANIÇALI PRIMO

POLÍTICAS TECNOLÓGICAS E SUA REPERCURSSÃO NOS MUNICÍPIOS COM SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PRÓPRIO

AS POLÍTICAS TECNOLÓGICAS NA ÁREA DA SAÚDE

A Informática em Saúde é, hoje, uma ciência aplicada interdisciplinar bem estabelecida, que se preocupa com o processamento de dados, informação e prestação de cuidados de saúde e envolve o uso das tecnologias/soluções para uma infinidade de aplicações na área da saúde, denominadas Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (TICS) (OPAS, 2019b; MARQUES, 2014; MARIN, 2010; MORAES; GOMES, 2007).

O acelerado desenvolvimento tecnocientífico na contemporaneidade, em especial as Tecnologias da Informação e Comunicação, disponibiliza cada vez mais novas oportunidades e contextos de intervenções por vários setores da sociedade, como na saúde. Portanto, pensar a relação entre o progresso das TICS e a globalização significa encontrar um espaço para rápidas transformações (ESCOLA; FLORES, 2020; SOUSA et al., 2019; GAVA et al., 2016).

Nessa perspectiva, uma das metas da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2019a), é o desenvolvimento de geração, transferência e uso de evidências e conhecimento em saúde, promovendo a pesquisa, a inovação e o uso de tecnologias.

A tecnologia em saúde é um tema de grande relevância para a saúde pública devido à sua influência no processo de prevenção, promoção da saúde, diagnóstico e cura de doenças. A decisão sobre a incorporação ou não das tecnologias requerem análises complexas quanto aos impactos esperados para os indivíduos e para o sistema de saúde. Para isso, ações estratégicas necessitam ser realizadas pelas organizações governamentais,

não-governamentais e universidades com vistas ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde (OPAS, 2019b, 2018).

Vale destacar que as contribuições da informática para a área da saúde se intensificam por meio de estudos, pesquisas e investimentos no desenvolvimento de tecnologias. A área de conhecimento denominada Informática em Saúde, ao mesmo tempo em que progrediu com resultados expressivos, também se deparou com diversos obstáculos, como os desafios da implantação e avaliação de Sistemas de Informação em Saúde (SIS).

Estudos de Marin (2010), Ribeiro et al. (2017), Marques (2014) e Moraes e Gomes (2007) consideram a informática em saúde uma área estratégica que auxilia na qualificação dos problemas em saúde e produz ferramentas que apoiam as equipes e gestores.

Nessa direção, o Brasil, por meio do Ministério da Saúde (MS), vem implementando políticas relacionadas a essa área. Dentre elas está a Política Nacional de Informática e Informação em Saúde (PNIIS), regulamentada por meio da Portaria Ministerial nº. 589/2015, que norteia as ações de tecnologia da informação e comunicação (TIC) de todo o sistema de saúde brasileiro, bem como a Portaria do MS nº. 2.073/2011, que regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para SIS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011a, 2015).

Além dessa política, há o Marco Digital no Brasil, com vasta regulamentação, dentre elas a Lei Federal nº. 12.527/2011, que regulamenta o acesso à informação (Lei de Acesso à Informação) e a Resolução da CIT nº. 6/2013, que cria regras para implantação de aplicativos e sistemas de informação. Também a criação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) por meio da Portaria Ministerial nº. 1.412/2013, cuja operacionalização na Atenção Primária em Saúde (APS) se dá com a estratégia do e-SUS AB, composto por dois sistemas de *software* que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB, sendo eles: Coleta de Dados Simplificado (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (BRASIL, 2019a, 2017, 2016, 2013).

Dessa forma, ficou instituído, em 2013, por meio da Portaria Ministerial 1.412, que o SISAB é o sistema de informação nacional vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Tais normativas acarretam

aos municípios com sistema próprio processos de interoperabilidade e integração (BRASIL, 2013).

Vale lembrar que esse sistema substituiu gradativamente o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e os outros sistemas de *software* nos módulos utilizados na Atenção Primária à Saúde (APS). Com base nessas novas regulamentações, o município deve enviar todas as informações de saúde da Atenção Básica para o banco de dados do SISAB, em especial as informações das equipes da Atenção Básica, incluindo as equipes da Estratégia de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde, dos Núcleos de Saúde da Família, do Consultório na Rua, dentre outras, as quais deverão estar credenciadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (BRASIL, 2013, 2015, 2016).

Sendo assim, fica intituido pelo MS o e-SUS AB, um *software* que compõe o sistema de informação ministerial como estratégia capaz de quantificar e qualificar informações no âmbito da APS (BRASIL, 2016).

Logo, os municípios que apresentam sistemas de informação próprio necessitam utilizar mecanismos de transferências das informações de forma compatível com a base de dados nacional do SISAB, ajustando seu sistema aos requisitos definidos nas normativas vigentes. Vale ressaltar que é facultado aos municípios a não utilização do e-SUS AB, contudo os dados coletados nos serviços de APS devem ser transmitidos em formato compatível com a base de dados do SISAB/MS.

Em consonância com a Portaria Ministerial nº. 2.983/2019 que instituiu o Programa Informatiza APS, os registros em prontuário eletrônico deverão ser sistemas compatíveis com o modelo de dados adotado pelo Ministério da Saúde, devendo ser observado, para fins de integração com a base de dados do sistema de informação da Atenção Primária à Saúde, o modelo mais recente do padrão “Layout e-SUS APS de Dados de Interface” (LEDI) de comunicação entre os sistemas, conforme especificação técnica do sistema e-SUS APS, no qual está descrito as estruturas de dados, seus atributos e regras utilizadas no LEDI APS versão em vigor (BRASIL, 2011b, 2019b).

Assim, cabe, ao município que possui sistema de informação próprio, a implantação e o aperfeiçoamento do sistema de prontuário e os registros eletrônicos em toda sua rede de Atenção Primária à Saúde, com envio regular dos dados e as informações do sistema do PEC ao Ministério da

Saúde, bem como monitorar a regularidade do envio e a qualidade dos dados da APS encaminhados à base nacional, observando os requisitos e parâmetros mínimos das políticas de informação e informática em saúde, em especial o Programa Conecte SUS e o Programa Informatiza APS (BRASIL, 2020; MAUER; MARIN, 2017).

Massuda (2020) destaca a APS como principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção e que o SUS é um sistema de saúde complexo e amplo, que precisa ser gerido com o apoio da tecnologia da informação e informática de forma que deem conta da totalidade, sendo um desafio para a gestão e para a adesão solidária dos profissionais da saúde aos processos de informatização.

De acordo com Sousa et al. (2017, 2019) e Brasil (2015), o SUS, de forma geral e em consonância com as diretrizes da PNIIS, ajuda a nortear ações relacionadas às tecnologias da informação e comunicação, que vêm preconizando a inovação tecnológica em seu contexto de atuação junto à população com o intuito de se ter maior condição de enfrentar os problemas de saúde e atender melhor ao usuário.

A utilização das tecnologias tem o propósito de trazer melhorias ao processo de trabalho em saúde, integrar os dados e produzir informação em saúde para os profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS. Os Sistemas de Informação em Saúde são desenvolvidos no SUS pela necessidade do uso da informação nas práticas de gestão, no monitoramento e na avaliação das situações de saúde para o controle da produtividade e repasse de recursos financeiros para as ações (VARELA et al., 2020; SOUSA et al. 2019; MARIN, 2010). Nesse contexto, caberá ao município o monitoramento e a avaliação da qualidade dos dados da APS para divulgação e utilização das informações pelo MS, instituições de saúde, equipes de saúde e gestores.

Considerando as legislações do Ministério da Saúde, a partir de 2009, o município de Vitória constituiu um grupo de trabalho formado por especialistas da tecnologia da informação e da saúde para a inserção da informatização no âmbito da saúde municipal em Vitória, a fim de desenvolver um *software* denominado Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SGI-RBE) (CRUZ; WERNER, 2012). E, após 2011, as políticas ministeriais vieram fortalecer a iniciativa de gestores municipais de informatizar sua rede de saúde, considerando que a iniciativa se justifica

por conhecerem as necessidades locais de saúde, bem como sistematizar as informações de saúde para a tomada de decisão clínica e de gestão.

O Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar é utilizado nas unidades básicas de saúde, prontos atendimentos, centros de especialidades médicas, centros de apoio psicossocial, gerências do núcleo central e demais serviços, ou seja, toda a rede da Secretaria Municipal de Saúde. Todas essas ações de informatização da rede ocorreram para fortalecer o *e-saúde* no município, acompanhando as tendências tecnológicas na saúde.

Segundo Cruz e Werner (2012), a rede municipal incorporou tecnologias de informação, como ficha digital da família, configuração da agenda eletrônica e prontuário eletrônico do paciente, com o objetivo de organizar o acesso dos usuários, otimizar processos de trabalho, sistematizar informações de saúde, promover a qualidade do atendimento e aperfeiçoar mecanismos de gestão na área da saúde. As autoras destacam que o processo de informatização desencadeou mudanças significativas, tanto no nível operacional quanto no gerenciamento, possibilitando a utilização da informação para o planejamento, a incorporação de tecnologias de informação, a formulação de estratégias e a tomada de decisão.

E foi a partir dessa iniciativa da gestão municipal que a rede de atenção à saúde incorporou as tecnologias de informação e comunicação, bem como tecnologia de interoperabilidade e integração, buscando desenvolver catálogo de padrões de informação em consonância com os preconizados pelo MS, na tentativa de integrar os Registros Eletrônicos em Saúde (RES), passando a utilizar os modelos de referência *OpenEHR* e padrão *Health Level 7* (HL7) e codificação de termos clínicos, a fim de atender as prerrogativas ministeriais (OPENEHR, 2018; SANTOS et al., 2017; BRASIL, 2011a).

Com o processo de informatização da rede de saúde de Vitória, ocorreu uma crescente expansão das informações por meio da utilização dos prontuários eletrônicos do paciente (PEP), armazenamento e controle digital dos registros em saúde na base de dados do Sistema Rede Bem Estar, refletindo, assim, a necessidade da geração de processos que facilitassem a busca de documentos digitais, bem como a gestão das informações para a tomada de decisão, seja da prática clínica, seja da gestão, do ensino ou da pesquisa na rede de serviços.

Assim, as informações referentes aos atendimentos realizados na APS são provenientes do Sistema de Gestão Rede Bem Estar, também denominado, pelos profissionais desse sistema, de RBE. As informações relativas à área da saúde da mulher são registradas por meio de marcadores e funcionalidades do sistema de gestão municipal que precisam ser enviadas a base de dados nacional, conforme descrito e regulamentado pelas legislações do MS.

AS POLÍTICAS TECNOLÓGICAS NA ÁREA DA SAÚDE DA MULHER E SEUS INDICADORES DE SAÚDE

Buscando avaliar a evolução da tecnologia da informação no âmbito do SUS, especialmente no que tange as possíveis interferências e impactos das políticas tecnológicas que vêm sendo preconizadas pelo MS, em especial, na área da Saúde da Mulher e seus indicadores de saúde, foi desenvolvido um estudo bibliográfico e documental por membros da equipe que monitora o sistema SGI-RBE. O estudo seguiu os preceitos éticos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE nº. 24852719.9.0000.5060. E obteve apoio por meio de financiamento pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Espírito Santo. EDITAL FAPES/CNPq/Decit-SCTIE-MS/ SESA Nº 25/2018 – PPSUS.

As informações foram obtidas por meio da análise de fontes documentais e bibliográficas. Inicialmente, fez-se a busca nas bases de dados SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde sobre a temática com os descritores: saúde digital, indicadores de saúde da mulher, tecnologia da informação e Comunicação, Atenção Primária Saúde. Depois, acessou-se as *homepages* do Ministério da Saúde, da OPAS e da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória.

As buscas tiveram como objetivo identificar os principais conceitos e teorias relacionadas ao processo de adesão do SUS às inovações tecnológicas tangentes aos SIS, especialmente aos *softwares* do sistema e-SUS AB e Informatiza APS, às políticas de informação e comunicação em saúde e ao e-Saúde, seus impactos e contribuições para a melhoria da gestão da informação com ênfase na área saúde da mulher.

Por meio desses documentos, buscou-se também evidenciar as principais políticas tecnológicas regulamentadas pelo MS, a fim de identificar as influências e necessidade de reorganização nos processos de trabalho das equipes e da gestão no município.

Foi realizada também pesquisa documental referente à criação e ao desenvolvimento do SGI-RBE, mapa conceitual do sistema de gestão do município utilizando a ferramenta *CMAPtools* de forma a sistematizar os marcadores, variáveis e informações existentes referente ao escopo da área temática da saúde da mulher (NOVAK; CAÑAS, 2010).

Os resultados desse estudo bibliográfico e documental apontam que os registros em saúde referente à assistência à saúde da mulher são efetuados nos seguintes sistemas: no âmbito nacional, no Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero (SISCOLO), Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) e no SISAB; enquanto, no âmbito do município de Vitória, os registros são realizados por meio do SGI-RBE no prontuário eletrônico do paciente (PEP), bem como nas fichas eletrônicas da saúde da mulher e gestante (MACEDO et al., 2017; BRASIL, 2011c, 2011d).

Contudo, no nível municipal, há evidências de um subregistro nas fichas eletrônicas em virtude de que parte dos marcadores das fichas não estão vinculados diretamente ao prontuário eletrônico. Tal evidência foi verificada na análise documental e no mapeamento conceitual realizados nos marcadores e nas variáveis existentes nas fichas eletrônicas de saúde da mulher do sistema Rede Bem Estar pela equipe técnica que monitora este sistema.

Com isso, verificou-se que a não adequação das funcionalidades do SGI-RBE favorece o subregistro de informações, comprometendo a completude e qualidade de informações, acarretando inclusive perdas de recursos financeiros vinculados às diretrizes do MS, bem como fragilidades para exportação de informações em saúde para a base nacional do MS. Sendo assim, faz-se necessário o contínuo aprimoramento do sistema de informação municipal para reorganização das fichas eletrônicas da saúde da mulher e do prontuário eletrônico. Tais ações favorecerão a gestão das informações e as análises de indicadores da saúde.

Tais achados vão ao encontro dos estudos de Castro (2013), que registra a necessidade de melhorias em nomenclaturas e uniformização de registros clínicos em sistemas.

Ficou evidenciado que outras informações no SGI-RBE necessitam ser qualificadas, em especial as provenientes das fichas clínicas da Secretaria Municipal (SM) e a integração dessas fichas com o prontuário eletrônico. Além disso, pode-se destacar as fragilidades das informações sobre cadastro dos pacientes, dados individuais, vinculação às equipes, registros de produção ambulatorial, dados das gestantes, mulheres, vacinação/imunização e os relacionados as doenças crônicas não transmissíveis.

No mapeamento conceitual realizado das funcionalidades, variáveis e marcadores e dos relatórios eletrônicos dos prontuários do sistema Rede Bem Estar, foi verificado que as fichas eletrônicas são organizadas por ciclos de vida ou programas de saúde. Dentre elas estão as relacionadas à saúde da mulher e gestante, apresentando inconsistências no banco de dados, com ausência de registros de informações relevantes para monitoramento e avaliação do processo de trabalho e para análise de indicadores de saúde.

O estudo revelou que há necessidade de sistematizar as fichas e os relatórios eletrônicos customizados ao prontuário eletrônico do paciente, de forma a tornar mais intuitivo e integrá-lo para permitir gerenciar e analisar o atendimento de forma contínua, assim como o preenchimento satisfatório dos registros eletrônicos.

Esses registros do prontuário eletrônico da RBE são efetuados pelos profissionais de forma qualitativa e subjetiva, e algumas informações são registradas nas fichas eletrônicas da saúde da mulher e das gestantes não integradas ao prontuário. Tais fichas eletrônicas da saúde da mulher são semiestruturadas com marcadores e variáveis bem definidos para os registros da assistência no sistema RBE, porém não estão diretamente conectadas e integradas ao PEP, ocasionando subregistros de informações que servirão de base para avaliação e monitoramento dos indicadores de saúde da mulher, registros clínicos e de gestão. Isso repercute no registro dos profissionais diretamente no PEP e o não preenchimento completo das fichas eletrônicas da SM.

Tal fato, também repercute nas informações para fins de captação de recursos financeiros provenientes do MS, que entraram em vigor por

meio do programa Previne Brasil, instituído pela Portaria Ministerial nº. 2.979/2019. Esse novo modelo de financiamento previsto no programa Previne Brasil altera a forma de repasse dos recursos com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2017).

Assim, para que as transferências de recursos financeiros ocorram os municípios devem garantir aumento do acesso das pessoas aos serviços da APS, pois os valores financeiros *per capita* serão para população efetivamente cadastrada nas equipes de APS. Somado a isso, está o grau de desempenho assistencial das unidades básicas de saúde a partir de indicadores, como qualidade do pré-natal, controle de diabetes, hipertensão e infecções sexualmente transmissíveis.

Para que isso ocorra, foi verificado, por meio da pesquisa documental e análise das funcionalidades do sistema de gestão da Rede Bem Estar, que as fichas eletrônicas referentes à assistência à saúde da mulher deverão ser sistematizadas e vinculadas diretamente ao PEP, de modo que os registros assistenciais da APS, bem como o cadastro individual, cumpram os requisitos prescritos pelo MS para que sejam exportadas ao banco de dados nacional do SISAB.

Ao analisar as diretrizes do programa Previne Brasil e suas influências na organização da APS, bem como os registros de informações em saúde, verifica-se que os indicadores de desempenho previsto nessa política são: proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12^a semana de gestação; proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS; proporção de crianças de 1 ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *haemophilus influenzae* tipo b e Poliomielite inativada; proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; e proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre (BRASIL, 2022).

Observa-se que, dos sete indicadores de desempenho regulamentado no programa Previne Brasil, quatro estão relacionados à área temática da saúde da mulher. Sendo assim, os registros referentes à assistência à

saúde da mulher deverão estar organizados, registrados e monitorados por equipes da APS, técnicos e gestores no município, tendo em vista que o financiamento está vinculado ao desempenho das equipes da APS. Tais indicadores iniciais estão distribuídos de forma a cobrir as principais linhas de cuidado já em andamento: pré-natal, puericultura, saúde da mulher e doenças crônicas (diabetes e hipertensão).

Vale destacar que esses indicadores, associados aos parâmetros de cobertura, marcam a principal mudança na forma do financiamento, direcionando os recursos para os locais com maior eficiência, acreditando que haverá melhorias na execução das linhas de cuidado. Para isso, faz-se necessário revisão sistemática de marcadores e funcionalidades do sistema de gestão, das fichas eletrônicas e do prontuário eletrônico do paciente, bem como a reorganização dos cadastros individuais dos pacientes no sistema de gestão da Rede Bem Estar, para atender as novas regras e diretrizes preconizadas pelo MS.

Com o advento do e-SUS e do programa Informatiza APS do MS, algumas limitações de integração desse sistema com o sistema municipal têm comparecido no cotidiano do processo de trabalho das equipes locais, bem como da gestão. Portanto, a reestruturação do processo de trabalho das equipes na APS e da equipe de especialistas da saúde e tecnologia da informação para adequações no sistema Rede Bem Estar é fundamental para avançar na qualidade e armazenamento das informações, validação e homologação de funcionalidades do sistema RBE e na captação de recursos financeiros provenientes do MS.

O SGI-RBE representa uma ferramenta em potencial para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde, contribuindo para a organização e qualidade dos serviços prestados pela APS, bem como para os indicadores de desempenho e parâmetros pactuados no âmbito do SUS (BRASIL, 2019a; VITÓRIA, 2018).

De acordo com Massuda (2020), a avaliação de desempenho apenas como critério para cálculo de transferências intergovernamentais pode restringir serviços, limitar a universalidade e, ainda, induzir a focalização das ações na APS, ampliando as desigualdades em saúde. Assim, o autor traz uma reflexão sobre a edição da Portaria Ministerial nº. 2.979 de novembro de 2019 que instituiu o programa Previne Brasil, estabelecendo esse novo modelo de financiamento de custeio da APS.

Frente aos desafios do SUS, a informatização e informação em saúde, bem como os programas Conecte SUS e Informatiza APS, são estratégias de inovação em Saúde Digital do Brasil (e-Saúde), fomentando a troca e integração de informação entre os estabelecimentos de saúde nos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde através da disseminação de um conjunto mínimo de dados (CDS) tendo como pano de fundo as políticas e diretrizes tecnológicas do MS (VITÓRIA, 2018; BRASIL, 2015, 2016).

Tendo em vista essa nova realidade, faz-se necessário que o município de Vitória busque soluções e investimentos contínuos para a saúde digital considerando a definição abrangente da WHO (2019) e HIMSS (2020), que propõem:

Conectar e empoderar às pessoas e a população para gerenciar sua saúde e bem-estar, ampliado por equipes de saúde acessíveis e solidárias, dentro de um ambiente de cuidado facilitado pelo *digital*, também sendo um ambiente flexível, integrado e interoperável, que estrategicamente impulsiona as ferramentas digitais, tecnologias e serviços para transformar a assistência.

Dessa forma, tais investimentos e apostas na saúde digital favorecerão a modernização e inovação da rede municipal de saúde para atender às necessidades de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS dispõe de um conjunto de bases de dados e de indicadores que auxiliam na elaboração de diagnósticos de saúde e na avaliação das ações e dos serviços. Todos esses dados e informações dos sistemas de informação do SUS são fontes privilegiadas para reorganização de processos de trabalho na Rede de Atenção à Saúde, em especial na APS.

Vale destacar que, por meio de novas formas de financiamento, a APS será avaliada pelo MS por desempenho, considerando os indicadores e ações estratégicas previstas no programa Previnir Brasil. Sendo assim, verifica-se, com base nas análises das políticas tecnológicas, documentos oficiais e técnicos, bem como em artigos científicos sobre a temática, que

há forte influência na forma de organização das informações de saúde municipal em virtude dessas políticas.

Conclui-se que o município deve, sistematicamente, aperfeiçoar seu SGI-RBE, de modo a se adequar às diretrizes e normativas nacionais para o e-Saúde. Considerando a magnitude dessa temática, constitui-se, portanto, a necessidade de diálogo reflexivo frente aos principais achados por meio da interação teórico-prática, de modo a promover a melhoria das inovações tecnológicas no campo da saúde municipal.

Considerando que o SGI-RBE foi desenvolvido por técnicos especialistas da saúde e da Tecnologia da Informação da Prefeitura de Vitória, a fim de utilizar TICS na rede de saúde, o desafio para a gestão, equipes da saúde e TI é ampliar o diálogo e reorganizar o processo de trabalho para execução de melhorias e atualizações no Sistema Rede Bem Estar, bem como estruturar equipe técnica para condução de uma política municipal de saúde digital, que utilize ferramentas tecnológicas para potencializar e modernizar a Rede de Atenção à Saúde, bem como viabilizar integração às exigências das políticas tecnológicas regulamentadas pelo MS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.073, de 31 de agosto de 2011. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1 set. 2011a, Seção 1, p.63. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2073_31_08_2011.html. Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL, Presidência da República. Lei Federal nº. 12.527 de 18 de novembro de 2011b. Lei de Acesso à Informação (LAI). Regulamenta o acesso às informações. BRASIL. Câmara dos Deputados. Brasília, 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12527.htm. Acesso em: 03 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SISPRENATAL** [Internet]. Brasília: 2011d. Disponível em: <http://sisprenatal.datasus.gov.br/Sisprenatal/index.php?area=0501>. Acesso em: 02 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação Saúde para a Atenção Básica. Brasília: 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html. Acesso em: 20 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Informatização em Saúde. Portaria Ministerial n. 589, maio de 2015. Brasília, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf. Acesso em: 20 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **E-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS – Versão 2.1** [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde. Estratégia e-Saúde para o Brasil**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. Instituiu novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2019a. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n°. 2.983, de 11 de novembro de 2019. Regulamenta o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde – Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação n° 5/GM/MS e n° 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2019b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/informatizaaps>. Acesso em: 04 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.434 de 28 de maio de 2020b. Institui o Programa Conecte SUS composto pela Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e pela Informatização da Atenção à Saúde e altera a Portaria de Consolidação n° 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1434_01_06_2020_rep.html. Acesso em: 04 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n°. 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS n° 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-102-de-20-de-janeiro-de-2022-375495336>. Acesso em: janeiro. 2022.

CASTRO, S. C. de. O. **Normas, Nomenclaturas e Uniformização do Registro Clínico**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Engenharia, Universidade do Minho, 2013.

CRUZ, S. C. de S; WERNER. R. C. D. Panorama atual da Atenção à Saúde do Município. In: CRUZ, S. C. de S. et al. (Org.) **Saúde Pública em Vitória**: Vários Olhares. 2012.

ESCOLA, J; FLORES, P. As tecnologias da informação e comunicação: globalização e exclusão. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO SÓCIO-CULTURAL, 5., Fórum da Maia (Portugal), 2007. Associação para a Investigação e Desenvolvimento Sócio-cultural. Portugal. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/291523479_As_Tecnologias_da_informacao_e_Comunicacao_globalizacao_e_exclusao. Acesso em: 07 jun. 2020.

GAVA, M. et al. Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no Nordeste do Brasil: expectativas e experiências. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 891-902, 2016. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232015213.01062015. Acesso em: 05 jul. 2019.

HIMSS. HEALTHCARE INFORMATION AND MANAGEMENT SYSTEMS SOCIETY. Ministry of Social Affairs and Health Finland & HIMSS Report DHAGE Workshop Digital Health Advisory Group for Europe – call for action and cooperation in Europe. 2020. Disponível em: <https://www.himss.org/sites/hde/files/media/file/2020/12/16/dhagroupeurope-actioncooperation-2020.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2021.

MACEDO, Tamires Almeida de. et al. Avaliação da qualidade do Sistema de Informação do Câncer de Colo Do Útero (SISCOLO). In: Mostra de Pesquisa em Ciência e Tecnologia, 2017, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza (CE): DeVry Brasil – Damásio – Ibmecc, 2017. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/mpct2017/47143>. Acesso em: 11 dez. 2020.

MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal of Health Informatics**. 2010. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/4>. Acesso em: 04 abr. 2020.

MARQUES, P. M de A. Capacitação e certificação de profissionais em informática em saúde: o modelo da SBIS. **Journal of Health Informatics**. 2014.

MAUER, T. C; MARIN, H. F. Instrumento de avaliação de implantação de Sistemas de Informação em Saúde. **Journal of Health Informatics**. v. 9 n. 4, p. 111-118, out./dez. 2017. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/>. Acesso em: 18 set. 2020.

MORAES, I. H. S de; GOMES, M. N. G. de. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p.553-565, 2007. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 23 set. 2020.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Revista da Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020 Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232020254.01022020. Acesso em: 07 out. 2020.

NOVAK, J. D; CAÑAS, A. J. A teoria subjacente aos mapas conceituais e como elaborá-los e usá-los. **Práxis Educativa**, Ponta Grossa, v. 5, n. 1, p. 9-29, jan./jun. 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.uepg.br>. Acesso em: 03 abr. 2019.

OpenEHR. **openEHR - Foundation [Internet]**. 2018. Disponível em: <http://www.openehr.org/about/foundation>.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>. Acesso em: 22 maio 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Observatório da cidade resiliente. Campanha Construindo cidades resilientes**. 2019a. Disponível em: <https://www.eird.org/camp-10-15/port/>. Acesso em: 22 set. 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Annual Report of the director. Advancing the sustainable health – Agenda for the Américas 2018-2030**. Executive Summary. World Health Organization. 2019b.

RIBEIRO, J. E et al. Ficha Digital: Avaliação de Solução Tecnológica Aplicada na Saúde. **Journal of Health Informatics** v. 9, n. 1, p. 11-8J, jan./mar. 2017. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/>. Acesso em: 19 set. 2020.

SANTOS, A. de F, et al. Incorporação de tecnologias de informação e comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, 2017.

SOUSA, A. N. et al. Estratégia e-SUS AB: Transformação digital na atenção básica do Brasil. In.: COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. **TIC SAÚDE – 2018. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros**. São Paulo: Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR, 2019. [livro eletrônico]. Disponível em: https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/15303120191017-tic_saude_2018_livro_eletronico.pdf. Acesso em: 03 jul. 2020.

VARELA, R. et al. **Sistema de Monitoramento Estratégico para a Gestão em Saúde**. Universidade Federal de Goiás. UFG. 2020. Disponível em: <https://moodle2.ufg.unasus.gov.br/cursos/mod/book/view.php?id=58>. Acesso em: 21 set. 2020.

VITÓRIA. PREFEITURA MUNICIPAL. **Rede Bem Estar: integração na rede de saúde e redução de custos**. 2018. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/noticia/rede-bem-estar-integracao-na-rede-de-aude-e-reducao-de-custos-16836>. Acesso em: 25 maio 2018.

WHO. World Health Organization. **WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening**. 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311941/9789241550505-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 05 jul. 2020.

Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo. EDITAL FAPES/CNPq/Decit-SCTIE-MS/SESA Nº 25/2018 – PPSUS.

8

VERONICA DA FONSECA ALMEIDA
ANA CLARA GARCIA MARTON
FERNANDA CORDEIRO SIRTOLI
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA
SHEILA CRISTINA DE SOUZA CRUZ
CAROLINA DUTRA DEGLIESPOSTI
CÂNDIDA CANIÇALI PRIMO

AS TECNOLOGIAS E A SEGURANÇA DO PACIENTE NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

INTRODUÇÃO

Este capítulo propõe descrever a importância da tecnologia como ferramenta para minimizar os incidentes de interação medicamentosa, favorecendo o gerenciamento de risco e a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde e melhorando a qualidade do serviço prestado.

A POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Como modelo brasileiro de Atenção Primária à Saúde (APS), a Atenção Básica (AB) é uma das principais estratégias para reorientação de políticas públicas voltada à saúde, considerando os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS). É a AB a coordenadora do cuidado e o eixo ordenador de toda a rede de atenção à saúde, reduzindo barreiras de acesso e garantindo o princípio da integralidade da assistência à saúde (ALMEIDA et al., 2018). Garante também cobertura, com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde para mais de 100 milhões de brasileiros, e está acessível à demanda por atendimento à grande parte da população, por meio de 42 mil unidades básicas de saúde (UBS) e 44 mil equipes de Saúde da Família (ESF) e 1.229 equipes de Atenção Básica (AB) atuando no território nacional (AGÊNCIA SAÚDE, 2020).

Nesse contexto, a Assistência Farmacêutica (AF) passou, na última década, por mudanças importantes em seu arcabouço legal e institucional,

bem como em sua organização. Vale ressaltar que tais mudanças repercutiram tanto na Política Nacional de Medicamentos (PNM) como na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), tendo como objetivo fundamental assegurar o acesso aos medicamentos à população, incluindo atividades relacionadas à seleção, programação, aquisição e distribuição, que são componentes técnico-gerenciais do ciclo da AF (MENDES et al., 2014).

A AF é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, visando o acesso e o uso racional. Esse ciclo da AF envolve várias atividades que vão desde a pesquisa e o desenvolvimento de novos fármacos, a produção, seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação e uso de medicamentos pelo paciente, até a farmacoepidemiologia e a farmacovigilância, na perspectiva de obtenção de resultados concretos e positivos que possam melhorar a qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

De acordo com as Portarias Ministeriais nº 204/2007, nº 1554/2013 e nº 1555/2013, o financiamento das ações de saúde é organizado em blocos. Sendo a AF um deles, subdivide-se em três componentes: Básico, Especializado e Estratégico. O Básico realiza a atividade da aquisição de medicamentos e insumos essenciais. O Especializado tem como objetivo garantir o acesso à terapia medicamento segundo os protocolos clínicos. O Estratégico refere-se ao financiamento das ações da AF, bem como ao desenvolvimento dos programas de prevenção de doenças e promoção da saúde. Cabe ressaltar que as três esferas governamentais atuam juntas nesse financiamento (BRASIL, 2007, 2013a, 2013b).

De acordo com a Resolução nº 388 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Atenção Farmacêutica é um dos princípios da PNAF e representa a interação direta do farmacêutico com o usuário e com a equipe de saúde, objetivando uma farmacoterapia racional, a fim de obter resultados definidos e mensuráveis voltados para a melhoria da qualidade de vida do paciente (BRASIL, 2004). Dessa forma, o profissional farmacêutico pode desempenhar atividades com enfoque na saúde e na segurança do paciente. Para que a PNAF possa alcançar seus objetivos, é necessário avançar na qualificação do profissional, incluindo, além dos aspectos práticos, aspectos subjetivos, uma vez que a percepção e o entendimento acerca

da AF devem preceder os esforços de mudança do paradigma profissional (COSTA et al., 2017).

A principal porta de entrada para a assistência farmacêutica é a UBS, tornando-se, assim, parte integrante do sistema de Atenção Primária à Saúde (APS). As estratégias da APS para o desenvolvimento da atividade da AF incluem: abastecimento dos Medicamentos Essenciais (ME), disponibilidade de ME nos diferentes níveis de cuidado, adoção de medidas para redução do uso excessivo de medicamentos, dentre outras.

A busca desordenada e sem orientação farmacêutica por medicamentos é crescente, dessa forma, um dos propósitos centrais do profissional é desempenhar o aconselhamento do “uso racional de medicamentos” (URM) aos usuários (ARAÚJO et al., 2008), o qual, junto à garantia do acesso a medicamentos de qualidade, foi elencado como prioridades na PNM. A promoção do URM tem se dado por ações como eventos, disponibilização de materiais educativos, recomendação de ações regulatórias e campanhas, como forma de assegurar que o paciente receba o medicamento apropriado para sua condição clínica e em dose adequada a suas necessidades individuais (BERMUDEZ et al., 2018).

Atualmente, tem sido utilizada a expressão “uso apropriado de medicamentos” (UAM) em substituição ao URM, também conhecida como uma estratégia de saúde pública do tipo reguladora, gerencial e educacional. Tal estratégia desenvolve atividades relacionadas à seleção de medicamentos, criação de cronograma terapêutico, dispensação do insumo, educação em saúde para os usuários quanto aos riscos da automedicação e treinamento e capacitação aprimorada dos profissionais prescritores (ESHER; COUTINHO, 2017).

Um levantamento realizado em 2003 demonstrou que o investimento público na AF no país foi de R\$ 2 bilhões. Em contrapartida, no ano de 2015, o valor chegou a aproximadamente R\$15 bilhões, reforçando, assim, a importância desse setor nas políticas públicas (GADELHA et al., 2016). Em 2020, a AF no SUS ganhou reforço de mais de R\$ 19 milhões, recursos que serão destinados à compra de equipamentos e a investimentos na rede de frio para armazenamento das doses do Programa Nacional de Imunizações (PNI) (BRASIL, 2020).

As diretrizes e as prioridades da PNAF são consideradas adequadas, no entanto ainda há inúmeros desafios e fragilidades na sua implantação,

assim como nas demais políticas públicas no país, tais como subfinanciamento das ações dos serviços públicos de saúde e desequilíbrio entre o gasto público e o privado com medicamentos (VASCONCELOS et al., 2018).

Destaca-se, também, que essa política pública assistencial proporciona maior segurança aos pacientes e melhor acompanhamento terapêutico, permitindo ao paciente delinear a melhor forma de utilização dos medicamentos, contribuindo para a redução dos indícios de ocorrências de interações medicamentosas (IMs) e reações adversas a medicamentos (RAMs), que são consideradas um dos grandes desafios para as estratégias da AF dentro da APS (ARAÚJO; ARAÚJO, 2020). As IMs são situações clínicas em que um fármaco tem a capacidade de modificar a ação de outro fármaco administrado simultaneamente ou sucessivamente. Essa probabilidade de um indivíduo apresentar uma interação medicamentosa aumenta de acordo com o número de medicamentos prescritos, bem como o número de classes terapêuticas. Para garantir a segurança do paciente na utilização de medicamentos, é importante identificar as IM que podem manifestar-se clinicamente como RAM e os seus riscos potenciais (VELOSO et al., 2019).

As IM levam a alterações e induzem à manifestação de interações farmacocinéticas e farmacodinâmicas que podem aumentar os efeitos indesejados dos medicamentos, acarretar ineficácia terapêutica e/ou repercutir negativamente na saúde do paciente, podendo evoluir para o óbito do indivíduo, além de elevar os custos com o tratamento (GARSKE et al., 2016).

Estudos apontam que o indivíduo que consome dois medicamentos em sua terapia medicamentosa tem 13% a mais de chance de sofrer algum tipo de RAM, valor que aumenta para 82% nos casos em que são consumidos acima de sete medicamentos. Essas RAMs podem culminar em boa parte das internações hospitalares e, em geral, são decorrentes das IMs. A maior frequência de IMs está na população idosa, por utilizar a politerapia medicamentosa e, além disso, ser assistida por um maior número de médicos (LIMA et al., 2016).

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A segurança do paciente relaciona-se à prestação de serviço de assistência à saúde por um profissional, sendo eixo essencial da qualidade do serviço, uma vez que o mesmo é capacitado e treinado para desempenhar esse papel dentro do ambiente de APS (WHO, 2013).

Partindo dessa premissa, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que enfatiza o comprometimento com a saúde do paciente em todas as instituições de saúde, a fim de promover a melhoria contínua dos processos de cuidado e a disseminação sistemática da cultura de segurança (BRASIL, 2013a). Em contrapartida, para os serviços públicos ambulatoriais, o próprio gestor local do SUS cria um núcleo para cada serviço de saúde ou um núcleo para o conjunto desses (BRASIL, 2013c).

A segurança do paciente também é apresentada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), afirmando que devem ser elaboradas ações para a segurança do paciente e medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos, com estímulo à prática assistencial segura, envolvendo os pacientes, realizando planos locais e fornecendo melhoria contínua relacionada à identificação, à prevenção, à detecção e à redução de riscos (BRASIL, 2017).

Considerando-se que a APS é responsável por solucionar cerca de 80% dos problemas de saúde da população, entende-se que há uma diversidade de situações de saúde a serem solucionadas, nesse nível de atenção, que exige do profissional: habilidade, conhecimento técnico e escuta qualificada (MACEDO et al., 2020). No entanto, a atuação do profissional na assistência à saúde é suscetível a falhas, sendo elas técnicas ou até mesmo provenientes da ausência de atitudes de empatia (HUBERT, 2018). No contexto dos potenciais riscos que alguns fármacos podem causar à saúde do usuário, cabe ressaltar a temática da segurança do paciente, que busca reduzir os riscos associados à saúde, sejam eles provenientes de tecnologias e produtos e/ou de relações humanas no serviço, especialmente, na falha de comunicação com o paciente. O risco do processo medicamentoso é, assim, foco da PNSP (BRASIL, 2013b).

A terapia farmacológica prescrita sem os devidos cuidados pode trazer mais danos do que benefícios ao paciente. O risco decorrente do uso

crescente dos medicamentos é um problema que preocupa profissionais de saúde e gestores com relação à segurança do paciente, bem como a elevação dos custos com a morbidade e mortalidade. Além disso, quanto maior o número de medicamentos utilizados concomitantemente por um indivíduo, maior o risco de IM (RIBEIRO NETO; DA COSTA JUNIOR; CROZARA, 2017).

Outra questão relevante é o fato de os erros associados aos cuidados em saúde serem a terceira causa de morte nos Estados Unidos e a quinta no Brasil. Esses erros representam, hoje, uma preocupação para profissionais, pacientes e serviços públicos em saúde. Entre os erros que envolvem o uso de medicamentos, encontra-se o erro de prescrição, o qual tem um importante potencial em causar consequências negativas aos pacientes. Além do erro no processo de decisão terapêutica, os principais erros de prescrição estão relacionados com a escrita ilegível, a omissão da forma farmacêutica, a concentração, a via de administração, o intervalo, a velocidade de infusão, o erro na unidade de medicamento e outros (ROSA et al., 2019).

A segurança do paciente representa um grande impacto na economia da saúde (VILELA; JERICÓ; WERNECK, 2018). Estudo de Furini et al. (2014) indica que os gastos com medicamentos prescritos incorretamente acarretam acréscimo de 50% a 70% nos gastos públicos com medicamentos. A utilização dos indicadores de prescrição, assim como proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), estimula o uso racional de medicamentos e caracteriza-se como uma ferramenta segura para avaliação da prescrição medicamentosa, principalmente na APS (FURINI et al., 2014). Dados da OMS revelam que erros de medicação causam pelo menos uma morte todos os dias e ferem aproximadamente 1,3 milhões de pessoas anualmente apenas nos Estados Unidos. Os erros de medicação, atualmente, estão estimados em US\$ 42 bilhões por ano no mundo, ou quase 1% do total das despesas mundiais com saúde. Por conseguinte, é observada a redução da expectativa de vida em termos do número de anos de vida saudável perdidos. Por carência em dados, estima-se que, em países de renda baixa e média, as taxas de eventos adversos relacionados à medicação sejam similares a de países de alta renda (BENNETT, 2017).

Ações simples e efetivas, por meio do cumprimento de protocolos específicos e da adoção de barreiras de segurança no sistema da assistência,

podem prevenir situações de risco e eventos adversos (OLINO et al., 2019). O estudo de Braga et al. (2019) mostrou que o uso de sistema informatizado para prevenção de erros de medicação é uma opção. A ferramenta atua como forma de apoio à decisão clínica, como alerta de IM, podendo reduzir em 49,8% o número de IMs desde o momento da implementação da prescrição eletrônica até o final do período analisado. Vale ressaltar que a redução de IMs diminui o risco de ocorrência de RAMs, promovendo a segurança do paciente. Nessa perspectiva, os registros eletrônicos em saúde apresentam grande potencial para melhorar os cuidados de saúde, facilitando a transmissão rápida e precisa de dados do paciente, padronizando processos médicos na tomada de decisão terapêutica, possibilitando suporte à decisão e permitindo prevenção de erros médicos e dos profissionais prescritores em tempo real (COLLETI JUNIOR; ANDRADE; CARVALHO, 2018).

Portanto, a prescrição medicamentosa correta e legível, o uso e administração seguros de medicamentos, a orientação adequada ao paciente, o estabelecimento de reflexões sobre e no processo de trabalho para identificar possíveis falhas e propor soluções e o monitoramento do uso medicamentoso para pacientes crônicos pela AF e pela equipe multidisciplinar são fundamentais para as boas práticas de segurança do paciente na AB, bem como a promoção da cultura de segurança do paciente por meio de trabalho integrado (COX et al., 2016; RAIMONDI; BERNAL; MATSUDA, 2019).

AS TECNOLOGIAS NA MELHORIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS

O avanço tecnológico que se vive também vem ocorrendo no campo da saúde, com potencial uso das tecnologias em diferentes contextos: educacional, assistencial e gestão. Apesar de, na área da saúde, observar-se uma redução do termo tecnologia a equipamentos médicos, a tecnologia deve ser compreendida para além dos equipamentos, como os conhecimentos e as ações necessárias para operá-los (MORAES DE SABINO

et al., 2016; SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2009). De acordo com a Portaria Ministerial nº 2.510/2005 (BRASIL, 2005), são consideradas tecnologias em saúde: medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte e programas e protocolos assistenciais por meio dos quais são prestados os cuidados de saúde à população.

As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde classificam-se em leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves são atributos da relação humana do cuidado e referem-se às relações de produção de vínculo, acolhimento e gestão dos serviços. A leve-dura está relacionada aos saberes estruturados, que não necessitam de recursos de alta tecnologia para sua realização, como os modelos de cuidado, a epidemiologia, a clínica médica etc. Já a tecnologia dura refere-se ao uso de equipamentos tecnológicos, como as bombas de infusão, os ventiladores mecânicos e os *softwares* (GRABOIS, 2009; MORAES DE SABINO et al., 2016).

A mudança no perfil sociodemográfico das populações – redução da mortalidade por doenças infecciosas, aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e aumento da expectativa de vida – levou a mudanças das necessidades e demandas de saúde. Além disso, as inovações tecnológicas na área da saúde e o aumento da expectativa dos usuários em relação aos seus direitos levam, cada vez mais, a uma pressão financeira sobre os sistemas de saúde (YUBA, 2019; ARAÚJO; DISTRUTTI; ELIAS, 2017). Torna-se imprescindível que os governos definam quais tecnologias devem ser financiadas com os recursos disponíveis, de modo que haja benefício para o maior número possível de pessoas, com base em processos e critérios explícitos de seleção (ARAÚJO; DISTRUTTI; ELIAS, 2017).

A fim de regular tais processos de incorporação tecnológica, garantindo o uso seguro e racional dos recursos tecnológicos e financeiros, desenvolveram-se vários mecanismos de vigilância e regulação, dentre eles a área de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) (YUBA, 2019). A partir dos anos 1990, essa área apresentou grande crescimento em função do aumento dos gastos e da restrição de investimento em saúde. Além disso, o crescimento da ATS, naquela época, também foi impulsionado pela mudança no perfil epidemiológico da população e pelo surgimento contínuo de novas tecnologias (UZIEL, 2020). De acordo com a OMS,

o objetivo primordial da ATS é gerar informação, principalmente sobre custo-efetividade, para auxiliar os gestores na tomada de decisão em relação ao uso de determinada tecnologia. A ATS é uma área de atuação multidisciplinar e utiliza de modelos analíticos para comparar tecnologias em saúde, levando em conta as necessidades e perspectivas dos usuários (WHO, 2013).

A incorporação das tecnologias em saúde e sua sustentabilidade nos serviços dependem do modelo social e econômico de cada sociedade. O acentuado desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde ocorreu, principalmente, após a Segunda Guerra Mundial. Naquele momento, a saúde foi realmente vista como um direito a ser preservado. Isso contribuiu para o crescimento dos sistemas de saúde e para a medicalização das sociedades (BRASIL, 2010). A partir da década de 1990, países, como Austrália, Canadá, Estados Unidos e da Europa Ocidental, iniciaram o processo de incorporação de tecnologias na saúde. No Brasil, a partir do ano de 2003, foram instituídas instâncias como o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do MS (CCTI/MS) (Portaria Ministerial nº 1.418/2003), coordenado pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e composto por representantes de diversas instituições, inclusive do Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) (BRASIL, 2003).

No ano de 2006, foi criada a Comissão para Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC) (Portarias nº 152/06 e 3.323/06), cuja coordenação foi transferida, em 2008, da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) para a SCTIE (Portaria nº 2.587/08). Assim, é a CITEC que gerencia o processo de incorporação de tecnologias, elabora rotinas, fluxos e recomendações para apoiar a decisão gestora (BRASIL, 2010).

Em 2011, foi instituída a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), no sentido de incentivar o uso das tecnologias em saúde e de aumentar os investimentos na área (GOMES et al., 2017). A PNGTS orienta e oferece suporte aos diferentes atores da área da saúde a decidirem sobre a avaliação, a incorporação, a utilização, a difusão e a retirada de tecnologia no sistema de saúde, de modo que tecnologias seguras e eficazes sejam asseguradas de forma equânime e usadas adequadamente (BRASIL, 2010).

Em 2011, a CITEC foi substituída pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) (Lei nº 12.401/2011 e Decreto nº 7.646/2011) (CONITEC, 2021). É de responsabilidade dessa comissão assessorar o MS na incorporação, exclusão ou alteração de produtos, procedimentos e/ou medicamentos no SUS e na criação ou edição de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica (BRASIL, 2011). Para recomendar ou não determinada tecnologia, a CONITEC baseia-se nas melhores evidências científicas disponíveis na literatura sobre eficácia, efetividade, acurácia e segurança, além de avaliar estudos econômicos. Antes da emissão do parecer final com a recomendação sobre a incorporação da tecnologia, seus relatórios são submetidos à consulta pública. No entanto, a decisão de incorporar ou não a nova tecnologia no SUS é do secretário da SCTIE (CONITEC, 2021).

Na direção de aprimorar as informações em saúde, o MS vem investindo em Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde (TICS). A utilização de ferramentas tecnológicas e de informatização dos serviços de saúde tem sido prioridade, em especial a informatização da Atenção Básica no país, por meio do e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS). Essa informatização tem se configurado como importante estratégia para automatização de alguns processos de trabalho e para a qualificação da gestão administrativa em saúde (CAVALCANTE et al., 2018).

As inovações tecnológicas em saúde têm por objetivo garantir maior acesso da população a diversos tipos de serviços, desde os mais complexos, como as formas mais sofisticadas de diagnóstico, tratamento e monitoramento de algumas doenças, até os mais simples como, agendamento de consultas, visualização de exames, implantação de prontuários eletrônicos e atividades de telessaúde.

Entretanto, no Brasil, essa informatização tem encontrado grandes desafios relacionados à implantação, tendo em vista fragilidades como: pouca infraestrutura tecnológica e financiamento na área; profissionais pouco qualificados para lidar com os recursos tecnológicos; e a própria organização dos processos de trabalho no SUS (CAVALCANTE et al., 2019). Além disso, a garantia da segurança e privacidade dos dados e a forma com que os pacientes acessam as informações têm sido muito discutidos atualmente (CGI.BR, 2017).

Em estudo realizado por Santos et al. (2016), das 24.055 Unidades Básicas de Saúde (UBS) analisadas, 49,9% não possuíam acesso à internet, 30,4% não apresentavam nenhum computador em condições para o trabalho e 26,8% possuíam apenas uma máquina disponível.

O uso de tecnologias da informação na área da saúde pode tornar o atendimento menos burocrático e mais eficiente. Também deve ser avaliada a sua contribuição para a segurança do paciente, especialmente em relação à promoção de práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde, que corresponde a uma das metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Tais tecnologias podem trazer consequências imprevistas e contribuir para eventos adversos. Portanto, torna-se fundamental monitorar cuidadosamente o desenvolvimento dessas inovações e mitigar os riscos onde eles surgirem (SUJAN; SCOTT; CRESSWELL, 2019).

Uma revisão sistemática realizada por pesquisadores americanos revelou que, na maioria dos estudos analisados sobre o uso da tecnologia da informação em saúde, os resultados de segurança do paciente apresentaram efeitos mistos, ao invés de positivos. Esta revisão destaca, também, a escassez de estudos em ambiente ambulatorial. Os autores encontraram apenas dez estudos conduzidos em ambulatorios – dos 68 artigos analisados –, apesar do fato de a maioria dos cuidados em saúde ser prestada nesse ambiente. Destacaram, ademais, a importância da adoção da TI na APS para a promoção de saúde e prevenção de doenças (BRENNER et al., 2016).

Buscando incorporar tecnologias ao sistema de informação da área da saúde e criar o prontuário eletrônico do paciente em consonância com as diretrizes do MS para APS, o município de Vitória instituiu o Sistema de Gestão Municipal Rede Bem Estar (SGM-RBE), por meio da Lei 8.601/2013 (VITÓRIA, 2014). É por meio desse *software* que a rede de atenção à saúde do município interliga todos os serviços e gera informação em tempo real com assinatura digital para que seja garantida a validade jurídica (VITÓRIA, s.d). Esse sistema foi desenvolvido por servidores especialistas da saúde e da Tecnologia da Informação (TI) do município, sendo implantado e utilizado pelos trabalhadores da saúde em toda Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). A iniciativa foi vencedora do prêmio Governarte em 2014, incentivado pelo Banco Interamericano

de Desenvolvimento (BID), com o trabalho “Implantação do Prontuário Eletrônico (PEP) na Rede de Saúde de Vitória” (VITÓRIA, 2014).

Com vistas a aprimorar a segurança do paciente e a qualidade assistencial, a reduzir custos e a melhorar a satisfação do paciente e dos profissionais de saúde, no ano de 2018, a PMV adotou o Modelo de Adoção de Prontuários Eletrônicos para Ambulatórios (O-EMRAM) da HIMSS Analytics. Esse modelo de sete estágios (0-7) é destinado a clínicas em que há um encontro entre um profissional de saúde e um paciente, sendo o profissional de saúde licenciado para avaliar, diagnosticar, tratar, prescrever e gerar pedidos e documentação. O O-EMRAM testa a documentação do clínico, incluindo pedidos, prescrição eletrônica, envolvimento do paciente e análises de saúde da população (HIMSS ANALYTICS, s.d).

Nesse modelo de maturidade, destaca-se o estágio 6, que inclui testes referentes à administração dos medicamentos registrada nas UBS, protocolos clínicos com apoio à decisão clínica para o médico, auxiliando no alerta de IM de doses prescritas fora do padrão ao profissional da UBS, o que fortalece a importância da AF no processo de qualificação do *software* e de garantia da segurança do paciente na APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciativas de informatização na APS favorecem a segurança da informação e do paciente. Elas organizam o processo de trabalho das equipes, qualificam e sistematizam os dados em saúde, bem como promovem uma tomada de decisão clínica e de gestão com bases sólidas de informação em saúde.

Principalmente com relação às IM, a tecnologia apresenta-se como ferramenta para minimizar os incidentes, favorecendo o gerenciamento de risco e a segurança do paciente na APS e melhorando a qualidade do serviço prestado.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA SAÚDE. **Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. 22 out. 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/10136>. Acesso em: 25 jan. 2021.
- ALMEIDA, P. F. de et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 244–260, set. 2018.
- ARAÚJO, A. da L. A. de et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. suppl, p. 611–617, abr. 2008.
- ARAÚJO, D. V.; DISTRUTTI, M.; ELIAS, F. Priorização de tecnologias em saúde: o caso brasileiro. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 9, n. Suppl1, p. 4-40, set. 2017.
- ARAÚJO, T. R.; ARAÚJO, P. R. Assistência do farmacêutico em pacientes com hipertensão. **BrazilianJournalofDevelopment**, v. 6, n. 4, p. 17806–17820, 2020.
- BENNETT S. Launches global effort to halve medication-related errors in 5 years. **WHO**, 29 March 2017. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years>. Acesso em: 20 jan. 2021.
- BERMUDEZ, J. A. Z. et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1937-49, jun. 2018.
- BRAGA, M. C. et al. **Redução das interações medicamentosas com o uso de prescrição eletrônica**. São Paulo, p. 15, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.418, de 24 de julho de 2003. Dispõe sobre a criação do Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde. Brasília, 2003. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1418_2003.pdf. Acesso em: 22 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 388, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 06 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.510, de 19 de dezembro de 2005. Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT. Brasília, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2510_19_12_2005.html. Acesso em: 09 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html. Acesso em: 06 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de gestão de tecnologias em saúde**. 1ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf. Acesso em: 09 jan. 2021.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm. Acesso em: 17 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.htm. Acesso em: 06 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html. Acesso em: 06 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, 2 abr. 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial União**, 26 jul. 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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). Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 02 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência farmacêutica no SUS ganha reforço de mais de R\$ 19 milhões. **Gov.br** (Ministério da Saúde), Brasília, 15 dez. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/assistencia-farmaceutica-no-sus-ganha-reforco-de-mais-de-r-19-milhoes>. Acesso em: 05 de fev. 2021.

BRENNER, S. K. et al. Effects of health information technology on patient outcomes: a systematic review. **Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA**, v. 23, n. 5, p. 1016-1036, set. 2016.

CAVALCANTE, R. B. et al. Informatização da Atenção Básica à Saúde: avanços e desafios. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 3, 8 ago. 2018.

CAVALCANTE, R. B. et al., Rede de atores e suas influências na informatização da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 1-17, 2019.

COLLETI JUNIOR, J.; ANDRADE, A. B. de; CARVALHO, W. B. de. Evaluation of the use of electronic medical record systems in Brazilian intensive care units. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 30, n. 3, 2018. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-507X.20180057>. Acesso em: 15 mar. 2020.

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Perguntas frequentes. **CONITEC**, 23 out. 2021. Disponível em: <http://conitec.gov.br/perguntas-frequentes>. Acesso em: 24 jan. 2021.

CGI.BR. COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. **TIC SAÚDE - Pesquisa Sobre o Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação nos Estabelecimentos de Saúde Brasileiros**. São Paulo: Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR, 2017.

COSTA, E. A. et al. Conceptions on pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, 22 set. 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139745>. Acesso em: 02 mar. 2020.

COX, A.T et al. An assessment of the accuracy and utility of the primary care electronic medical record as used by the British Army. **JR Army Med Corps**, v. 162, n. 5, p. 361-365, out. 2016.

ESHER, A.; COUTINHO, T. Uso racional de medicamentos, farmacêuticalização e usos do metilfenidato. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2571–2580, ago. 2017.

FURINI, A et al. Atenção farmacêutica nas interações medicamentosas e indicadores de prescrição em unidade básica de saúde. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 21, n. 2, p. 96-106, abr./jun. 2021. Disponível em: [https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-2/03/ID%20609%2021\(2\)%20Abr-jun%202014%20alter.pdf](https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-2/03/ID%20609%2021(2)%20Abr-jun%202014%20alter.pdf). Acesso em: 02 mar. 2020.

GADELHA, C. A. G. et al. Uma abordagem integradora da Assistência Farmacêutica, Ciência, Tecnologia & Inovação. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, supl. 2, 2016.

GARSKE, C. C. D. et al. Interações medicamentosas potenciais na farmacoterapia de idosos atendidos em farmácia básica do sul do brasil. **Saúde**, Santa Maria, v. 42, n. 2, p. 97, 14 dez. 2016.

GOMES, A. T. DE L. et al. Tecnologias aplicadas à segurança do paciente: uma revisão bibliométrica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, p. 1-11, 10 out. 2017.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: **Qualificação de Gestores do SUS**. Rio de Janeiro: ENSP FIOCRUZ, 2009. 404 p.

HIMSS ANALYTICS. **Modelo de Adoção de Prontuário Eletrônico Ambulatorial (O-EMRAM)**.s.d. Disponível em: <https://www.himss.org/what-we-do-solutions/digital-health-transformation/maturity-models/outpatient-electronic-medical-record-adoption-model-o-emram>. Acesso em: 2 out. 2020.

HUBERT, Patricia M. **Application of Jean Watson's Theory of Transpersonal Caring in nurses practicing in a pain center**. 100f. Thesis (Doctorate of Nursing Practice) – Seton Hall University, New Jersey, 2018.

LIMA, T. A. M. de et al. Analysis of potential drug interactions and adverse reactions to nonsteroidal anti-inflammatory drugs among the elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 533-544, jun. 2016.

MACEDO, L. L. et al. A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: distinções entre categorias profissionais. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, p. e0023368, 2020.

MENDES, L. V. et al. Disponibilidade de Medicamentos Nas Unidades Básicas de Saúde e Fatores Relacionados: Uma Abordagem Transversal. **Saúde Em Debate**, v. 38, n. special, 2014. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S009>. Acesso em: 02 mar. 2020.

MORAES DE SABINO, L. M. et al. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. **Aquichan**, v. 16, n. 2, p. 230–239, jun. 2016.

OLINO, L. et al. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e ModifiedEarlyWarning Score. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, p. e20180341, 2019.

RAIMONDI, D. C; BERNAL, S. C. Z; MATSUDA, L. M. Cultura de segurança do paciente na ótica de trabalhadores e equipes da atenção primária. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 42, mai. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100237&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 dez. 2020.

RIBEIRO NETO, L. M.; DA COSTA JUNIOR, V. L.; CROZARA, M. A. Interações medicamentosas potenciais em pacientes ambulatoriais. **O Mundo da Saúde**, v. 41, n. 1, p. 107-115, 30 mar. 2017.

ROSA, M. B. et al. Electronic Prescription: Frequency and Severity of Medication Errors. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 65, n. 11, p. 1349-1355, nov. 2019.

SANTOS, A. F. DOS et al. ICT in Primary Care in Brazil: current situation. **Latin Am. J. Telehealth**, v. 3, p. 192-199, 2016.

SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A.; NOVAES, H. M. D. Tecnologias em Saúde. In: FIOCRUZ. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tecsau.html>. Acesso em: 09 jan. 2021.

SUJAN, M.; SCOTT, P.; CRESSWELL, K. Digital health and patient safety: Technology is not a magic wand. **Health Informatics Journal**, v. 26, n. 4, p. 2295–2299, 2019.

UZIEL, D. A avaliação de tecnologias em saúde e sua incorporação ao sistema único. **Centro de Pesquisa em Ciência, Tecnologia e Sociedade (IPEA)**, 23 jul. 2020.

Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/cts/pt/central-de-conteudo/artigos/artigos/223-a-avaliacao-de-tecnologias-em-saude-e-sua-incorporacao-ao-sistema-unico-3>. Acesso em: 17 jan. 2021.

VASCONCELOS, D. M. M. de et al. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2609–2614, ago. 2017.

VELOSO, R. C. de S. G. et al. Fatores associados às interações medicamentosas em idosos internados em hospital de alta complexidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 17-26, jan. 2019.

VILELA, R.; JERICÓ, M.; WERNECK, A. Custo do erro de medicação e eventos adversos à medicação na cadeia medicamentosa: uma revisão integrativa. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 10, n. 2, p. 179-189, ago. 2018

VITÓRIA. Lei no 8.601, 23 de dezembro de 2013. **Diário Oficial Espírito Santo**, 2 jan. 2014.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal de Vitória. **Imprensa - Rede Bem Estar**. s.d. Disponível em: https://www.vitoria.es.gov.br/imprensa/saude-do-adulto#a_redebemestar. Acesso em: 2 out. 2020.

WHO. World Health Organization. **Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks**. 1.ed. WHO Regional Office for Europe. 2013. Disponível em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf. Acesso em: 02 set. 2020.

YUBA, T. Y. **Política nacional de gestão de tecnologias em saúde: um estudo de caso da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS**. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, abr. 2019.

9

FLAVIO IGNES TRISTÃO
ERIKA MARIA SAMPAIO ROCHA
RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE COMO FATOR GERADOR DE ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

INTRODUÇÃO

O sistema universal de saúde brasileiro deve garantir o acesso aos serviços de saúde de forma equânime e integral, organizando-se por meio de um modelo de Atenção Básica (AB) descentralizada e com grande capilaridade, atuando no local mais próximo das pessoas e sendo o contato preferencial do usuário e a principal porta de entrada dos serviços de saúde, devendo ser o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem avançado em diversos aspectos, porém a Atenção Especializada (AE) é um dos níveis de atenção que se configura pela fragmentação do cuidado e pela organização do sistema que não assegura o acesso e a integralidade da atenção (FURTADO, 2015; PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016).

O diagnóstico recorrente de que a AE se configura um gargalo do SUS depara-se com um importante paradoxo, que diz respeito ao absenteísmo dos usuários no sistema de saúde, que, usualmente, ocorre em grandes proporções, envolvendo consultas e exames de média e alta complexidade (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; MELO; BRAGA; FORTE, 2011; CAVALCANTI et al., 2013; DALRI, 2014; IZECKSOHN; FERREIRA, 2014; OLESKOVICZ et al., 2014; SESA, 2014).

A partir do que se encontra na literatura, na qual, em geral, o usuário é apontado como o culpado pelo não comparecimento às consultas, surge a premissa de que o absenteísmo seja decorrente de fragilidades no processo de marcação de consultas e de encaminhamentos para as especialidades médicas. Portanto, faz-se necessário compreender a forma com que essa marcação é realizada, bem como as condições em que são feitos os encaminhamentos (SESA, 2014; CAVALCANTI et al., 2013).

MÉTODO

Este é um estudo exploratório, descritivo de caráter qualitativo, realizado por meio de análise temática a partir das entrevistas realizadas com os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da Regulação municipal.

Foram selecionadas cinco UBS para realizar as entrevistas com os profissionais, sendo uma de cada região administrativa de um município do Espírito Santo, Brasil, onde o serviço conta com três regiões sem Estratégia Saúde da Família (ESF) e duas com ESF.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais que se envolvem diretamente com o direcionamento dos pacientes, sendo, portanto, cinco gerentes, cinco médicos e um profissional da recepção de uma das cinco UBS que atuam no processo de agendamento dos encaminhamentos para consultas na AE, além dos profissionais lotados no setor de Regulação municipal, compreendendo um coordenador, três médicos reguladores e um operador do Sistema de Regulação (SISREG), totalizando 16 profissionais entrevistados.

Os profissionais das UBS e do setor de Regulação do município foram identificados, neste estudo, como Gerentes de Unidade (GU), Médicos de Unidade (MU), Recepção de Unidade (RU) e Profissionais da Regulação (PR), seguidos pela numeração elaborada de forma aleatória de 1 a 5 no caso dos GU e MU e PR.

A análise das informações obtidas pelas entrevistas deu-se pelo método de análise de conteúdo, sendo empregada a análise temática (MINAYO, 2014).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Veiga de Almeida e aprovada sob o parecer nº 876.415 em 18 de novembro de 2014.

RESULTADOS

Com base nos resultados, foi possível dividir o trajeto percorrido em três fases, em que a primeira constitui-se das etapas ocorridas dentro da UBS, até o encaminhamento para especialidades ser dirigido ao setor de

Regulação municipal; a segunda refere-se aos procedimentos em que o encaminhamento é submetido dentro do setor de Regulação municipal, até ser dirigido de volta às UBS; e a terceira caracteriza-se pela capacidade de comunicação entre a UBS e o usuário para que o mesmo possa ir à consulta agendada com o especialista, conforme a Figura 1.

Fase 1: Fluxo para a utilização dos serviços da Atenção Especializada a partir do acesso à Atenção Básica

Na primeira etapa desta fase, o usuário deve se dirigir até a UBS para solicitar o agendamento da consulta com o profissional médico. Foi possível perceber que, entre as três UBS sem ESF estudadas, existem diferenças no tempo de agendamento de consultas, ocorrendo agendamentos para a mesma semana até 15 a 20 dias, de acordo com o perfil em que cada usuário é identificado (gestantes, saúde mental, crianças, idosos ou deficientes).

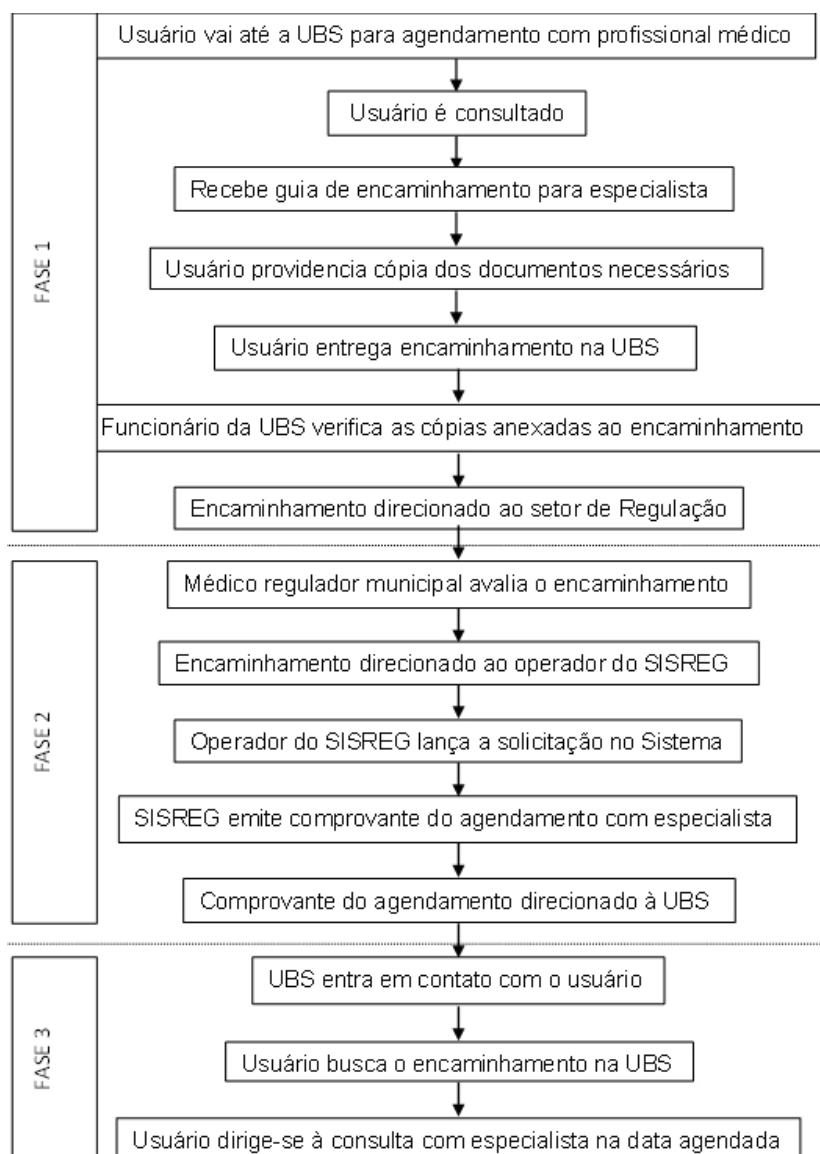
Já nas duas UBS com ESF, ambas operacionalizam as marcações de consultas uma vez por semana, conforme os programas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias.

O acesso à AE tem início após a realização da consulta com o profissional médico das UBS, quando o usuário obtém sua solicitação de encaminhamento para consulta com especialista. Em seguida, com a guia de encaminhamento em mãos, os usuários devem providenciar cópia de documentos pessoais, Cartão SUS e comprovante de residência e entregar na recepção da UBS.

No entanto, algumas UBS somente recebem esses documentos em alguns dias da semana e em horários pré-estabelecidos.

A gente estipulou: entrega de encaminhamento pra marcação de consulta de especialidade é segunda e sexta-feira. [...] Eu tenho uma funcionária que fica na recepção, ela está de férias e eu tenho que ficar lá. Quem está lá agora pra eu estar aqui é uma técnica de enfermagem. [...] se eu tivesse mais um profissional na recepção, que eu teria uma pessoa lá o dia todo, eu acho que a gente deveria aumentar os dias de entrega de encaminhamento, ser todos os dias. Só que eu não posso fazer isso agora. [...] A gente só manda uma vez por semana. Então pra gente aqui não difere. O que difere é pra ele, pro usuário. Ele vai pra casa, ele volta... Então isso pra ele é ruim, a gente sabe que é ruim. Só que ao mesmo tempo a gente não pode pegar se não tiver a cópia de um documento (GU1).

Figura 1 - Detalhamento do processo de marcação de consultas.



Fonte: Elaborada pelos autores, 2021.

Após a entrega das cópias dos documentos, é realizada a verificação dos dados necessários para direcionar os encaminhamentos à Regulação municipal. O envio dos documentos da UBS até a Regulação ocorre de forma padrão, pois cada uma delas tem um determinado dia da semana para que motoristas da Secretaria Municipal de Saúde os recolham e entreguem na Regulação. No entanto, existem momentos em que esse fluxo é alterado.

A especialidade, uma vez por semana, no meu caso toda quarta-feira à tarde, a gente leva pra regulação (GU1).

Em casos muito especiais, que não pode esperar, eu levo pessoalmente e entrego nas mãos e converso com o setor de regulação pra eles agilizarem esses procedimentos. E aí eu entrego na mão de lá (na regulação) para agilizar. Eu faço isso (GU5).

Fase 2: O processo de regulação do acesso à Atenção Especializada

Esta fase é dividida em cinco etapas, que envolvem a chegada da guia de referência para a avaliação dos médicos reguladores, o direcionamento das guias avaliadas para os operadores do SISREG, a solicitação do agendamento no sistema, a impressão do comprovante do agendamento e o retorno da guia de referência para a UBS de origem.

Uma vez direcionados, os malotes com os encaminhamentos são acolhidos pelos médicos reguladores que classificam os usuários de acordo com critérios clínicos. Esse processo de regulação médica ocorre, segundo os profissionais desse setor, de forma rápida. Porém, mesmo sendo feita a classificação entre as cores vermelho, amarelo e verde, o SISREG não considera esses dados como uma informação relevante, pois, em alguns casos, após o encaminhamento ser lançado no Sistema, ainda deve passar por uma nova classificação, que, dessa vez, é feita pelos profissionais de Regulação estadual.

É um processo que em no máximo em um dia já está dentro da caixa e devolvido para a unidade de saúde. [...] novamente ele é reavaliado com o médico Regulador do Estado. O que nós acreditamos é que ele entra numa fila de novo de prioridades lá de vermelho, amarelo (PR3).

Apesar desse processo ser descrito de forma ágil, são relatadas algumas limitações técnicas que impedem que essa prática ocorra da forma ideal, com priorização do risco identificado nas guias de referência.

Muitas vezes vem sem quadro clínico nenhum. Vem só mal e mal o nome da pessoa. [...] A gente precisa ter o quadro clínico para poder analisar caso a caso. Às vezes vem em branco e isso realmente é ruim pra nós que não estamos com o paciente na nossa frente (PR1).

Após a classificação dos encaminhamentos, eles são separados em caixas de acordo com as UBS e, a partir daí, cabe aos operadores do SISREG realizar a marcação na data disponível para a consulta. Essa etapa sofre interferência de ordem interna, como a quantidade de profissionais disponíveis para fazer os agendamentos e o processo de trabalho do setor.

Com relação ao tempo entre a execução da solicitação no Sistema e a marcação da data disponível, os profissionais da Regulação destacam que, de uma forma geral, as vagas são disponibilizadas em um intervalo suficientemente adequado para que os usuários sejam comunicados e possam comparecer às consultas. Mas relatam também que essa disponibilidade de vagas não ocorre de forma fixa, demonstrando uma sazonalidade de vagas de acordo com as especialidades, bem como uma variação na capacidade de agendamento por cada profissional que opera o SISREG.

Ressalta-se que o SISREG é um sistema que funciona via *web*, o que permite que o acesso ao sistema seja feito 24 horas por dia, sete dias por semana, viabilizando sua utilização durante todo o período de funcionamento de cada uma das unidades, sejam elas do ambiente ambulatorial da AB e da AE ou, ou hospitalar, vinculadas à Central de Regulação (BRASIL, 2015a).

Porém, o Sistema libera as atividades em um horário não-programado, dificultando o acesso às vagas disponíveis e sujeitando os operadores a uma jornada de trabalho em horário diferenciado na tentativa de competir com os demais municípios pela garantia da vaga.

O problema é que nós, municípios, ficamos com o pires na mão esperando o Estado ceder as vagas. [...] e não é culpa das meninas quanto a marcação também não. Elas ficam loucas, chegam até antes do expediente, pra poder tentar conseguir as vagas que são cedidas às vezes 5 horas da manhã. O que

é uma incoerência total por parte do Estado, porque ninguém trabalha às 5 da manhã (PR4).

Posteriormente, é feito o agendamento e é emitido um comprovante, que é, então, anexado à guia de referência inicialmente enviada das UBS para o setor de Regulação. As guias são novamente separadas e reencaminhadas às UBS, para que as equipes avisem aos usuários a respeito do agendamento.

Fase 3: A comunicação com o usuário para a utilização dos serviços da Atenção Especializada

As três etapas desta terceira fase caracterizam-se pela capacidade de comunicação entre a UBS e o usuário, bem como sua disponibilidade de ir até a UBS para retirar a guia de referência para que, posteriormente, possa ir à consulta agendada com o especialista.

A partir do momento em que os encaminhamentos retornam para as respectivas UBS, são iniciadas as tentativas de contatos com os usuários. Porém, mesmo conseguindo entrar em contato com o usuário, não há garantias de que ele irá comparecer à UBS para buscar seu encaminhamento, bem como de que vá comparecer à consulta agendada com o especialista. Ainda, os profissionais relatam que é comum que a SESA libere algumas consultas com pouco tempo hábil para que seja feita a comunicação entre o serviço e os usuários.

[...] às vezes chega encaminhamento de um dia pro outro. [...] Tem aquele paciente que deixa o encaminhamento aqui e some. Às vezes quando a gente vai ligar, ou o ACS não encontra ou ele já mudou de casa. A gente liga pra casa, liga uma, liga duas, liga três vezes... não conseguiu a gente não liga mais (GU1).

Eu já solicitei vaga para o Estado e já tem mais de um ano de espera. E o Estado não libera. Em compensação tem pedido que você lança hoje e ele já libera. Aí quando chega aqui na minha unidade, eu tenho um tempo curto... chegou hoje e às vezes é pra hoje à tarde... Chegou hoje e às vezes é pra amanhã cedo. E aí a gente pensa que o usuário também está livre. Mas nem sempre está livre (GU5).

DISCUSSÃO

Nas entrevistas realizadas com os profissionais das UBS e da regulação municipal, emergiram quatro temas que foram relacionados às seguintes dimensões do acesso: disponibilidade, poder de pagamento, informação e aceitabilidade (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Disponibilidade

A disponibilidade compreende um conjunto fatores, tais como a distância entre os serviços e os usuários e suas opções de transporte; o horário de funcionamento, em relação à disponibilidade de cuidado no momento adequado; o sistema de marcação, incluindo sua organização e variáveis como tempo de deslocamento; o tempo médio de espera para o agendamento de consultas e o tempo médio de espera para o atendimento; e o tipo e a abrangência da oferta de serviços em comparação às necessidades de saúde da população (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Considerando que a população do município estudado é estimada em 440.705 habitantes (VILA VELHA, 2013), existe uma capacidade instalada de serviços da AB com 18 UBS. Dessas, nove atuam com ESF, comportando 35 equipes, e as outras nove caracterizam-se como UBS sem ESF, totalizando 44 equipes de AB. Assim, a dimensão da disponibilidade pode revelar-se como uma importante barreira na obtenção do acesso por parte dos usuários.

Sobre o aspecto de considerar a AB como a principal porta de entrada dos serviços disponíveis na RAS (BRASIL, 2010), percebe-se que o acesso e o processo de marcação de consultas apresentam resistências institucionais, como a pouca flexibilidade de horários, o tipo de acolhimento ao usuário e o tipo de abordagem terapêutica disponibilizada.

Um aspecto fundamental com relação à atribuição das equipes de AB é o de que se deve proporcionar o desenvolvimento da autonomia dos usuários de forma individual e coletiva, a fim de compartilhar entre os usuários e os profissionais de saúde a responsabilização do cuidado, por meio de ações educativas que tenham condições de interferir no processo de saúde-doença (BRASIL, 2012). Nesse sentido, entende-se que os serviços ofertados, de forma fragmentada e prioritariamente individualizados na forma de consultas, não possibilitam que esse objetivo seja alcançado,

podendo gerar, assim, um aumento da procura pelos serviços pontuais e episódicos na AB, constituindo-se numa barreira de acesso.

Outra particularidade pode ser observada com os relatos sobre os agentes comunitários de saúde (ACS), que revelam as fragilidades de cobertura por esses profissionais e sua ligação com a comunidade, exercendo em algum momento a função de agendamento de consultas para os usuários de suas respectivas áreas, indo contra o que é definido enquanto suas atribuições profissionais (BRASIL, 2016).

O agendamento de consultas deveria ser precedido pela prática do acolhimento às demandas feita pela equipe de saúde, por meio da escuta qualificada e da avaliação criteriosa da necessidade de ser agendada uma consulta médica (BRASIL, 2015b). A não observância dessa prática pode ser considerada como um potencial fator de geração de absenteísmo dos usuários, pois pode haver uma fragilidade da compreensão da realização de determinados procedimentos por parte do usuário.

Uma vez que os usuários ficam de posse da guia de referência até que estejam com todas as cópias dos documentos para ser entregue na UBS, o tempo médio de espera para agendamento entre a consulta com o profissional médico da UBS e a consulta com o médico especialista também é influenciado pelo tempo que os usuários levam para reunir a documentação e entregá-las na UBS.

Percebe-se ainda que, além da barreira inicial do acesso na UBS, o fator referente aos profissionais disponíveis pelo serviço também se constitui como dificultador do acesso. Nesse sentido, para que a AB seja de fato coordenadora da RAS, deve-se garantir estrutura e recursos humanos suficientes para tal, contemplando, inclusive, a capacitação dos profissionais (BRASIL, 2015b).

Assim, o processo de trabalho limitado pela escassez de profissionais, relatado em algumas UBS, faz com que o usuário tenha que se adequar às “janelas de disponibilidade” que o serviço apresenta para receber a guia de referência e as cópias solicitadas.

Após a entrega da documentação na recepção da UBS, a possibilidade de ocorrer o absenteísmo na AE começa a surgir como um evento plausível, uma vez que a guia de referência será dirigida ao setor de regulação municipal em que ocorrerá o agendamento para a consulta com especialista de acordo com os fatores que interferem direta e indiretamente nas dimensões do acesso.

A limitação de profissionais aliada à indisponibilidade das equipes em gerir sua demanda para a AE na própria UBS são fatores que resultam na conformação desse fluxo de deslocamento das guias de referência entre as UBS e a Regulação municipal e constituem fator agravante do tempo de espera dos usuários, configurando-se numa barreira para que tenham a garantia do acesso aos serviços da AE em tempo oportuno com equidade, eficiência e efetividade.

Além do tempo de espera, outro fator relacionado à dimensão da disponibilidade é a realização do agendamento sem uma consulta prévia ao usuário sobre a conveniência da data e horário em que a consulta na AE será agendada. Dessa forma, cabe ao usuário organizar sua programação de acordo com o que o serviço lhe impõe.

Com base nos relatos, deve-se questionar se realmente há uma limitação generalizada nas UBS que impeça que essa função seja feita no próprio serviço, pois, da mesma forma em que as UBS estudadas se organizam para planilhar todo o movimento de entrada e saída das guias de referência e por vezes deslocam funcionários para fazer o agendamento dos usuários de suas respectivas UBS no setor da Regulação municipal, essa mesma energia poderia ser utilizada para incluir os dados dos usuários na própria UBS, alimentando o SISREG, e assim abreviar o tempo de espera decorrente do fluxo apresentado.

Reforça-se o fato de que os usuários devem se adaptar às limitações organizacionais do serviço, pois estão sujeitos a comparecer à UBS em quatro momentos distintos para efetivar a solicitação de encaminhamento para a consulta com o especialista, além de um quinto momento de deslocamento até o local da consulta na AE. Fica evidente que essa condição pode fazer com que os usuários procurem outras maneiras de ter sua demanda atendida, podendo ser um fator gerador de absenteísmo.

Poder de pagamento

De uma forma geral, o poder de pagamento indica o grau de financiamento público do cuidado em saúde, relacionando-se com a capacidade financeira do usuário acerca dos investimentos diretos e indiretos envolvidos na utilização dos serviços, tais como transporte ou alimentação especial e perda de renda ou produtividade devido ao tempo de espera

pelo atendimento (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Nesse aspecto, percebe-se que o fato de ficar a cargo do usuário a providência de realizar as cópias dos documentos tem uma implicação direta com o poder de pagamento, pois essa tarefa, aparentemente simples, envolve a aplicação de recursos, além de muitas vezes envolver um deslocamento até o local onde as cópias serão realizadas que também resultará num desembolso extra.

Destaca-se que, desde o primeiro contato com o serviço de saúde para realizar o agendamento da consulta na UBS até a entrega dos documentos na recepção, o usuário teve que estar disponível aos serviços de saúde por, no mínimo, duas ocasiões diferentes. Caso ainda tenham que providenciar as cópias dos documentos e depois retornar à UBS, será necessário se deslocar pela terceira vez.

Isso implica não só no eventual desembolso com transporte até sua UBS de referência, mas também nos impactos que esse tempo despendido resulta, como a perda de produtividade por estar se ausentando do local de trabalho e a possível necessidade de se alimentar nesse período.

Informação

A dimensão da informação é essencial para compreender as demais dimensões do acesso, pois pode preencher uma lacuna entre a oportunidade de utilização e a real necessidade de utilizar os serviços de saúde, uma vez que capacita as pessoas para que possam realizar escolhas acerca dos cuidados de saúde. A falta de informação sobre a percepção individual de saúde e doença e sobre os critérios de escolha das opções disponíveis para a efetivação do cuidado pode afetar o acesso (SANCHEZ; CICONELLI, 2012; THIEDE; AKEWENGO; McINTIRE, 2014) e representar significativos fatores geradores de absenteísmo.

A informação se caracteriza pelo grau de assimetria entre o conhecimento do paciente e do profissional de saúde e envolve aspectos como escolaridade, letramento em saúde ou conhecimento sobre a própria situação de saúde, além de ser considerada como uma variável que garante autonomia sobre decisões relacionadas à saúde (THIEDE; McINTIRE, 2008) e componente importante na eliminação das disparidades em saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Nesse sentido, pode-se relacionar que, dependendo do grau de informação dos usuários, eles não serão totalmente capazes de compreender os fluxos estabelecidos, dificultando o empoderamento sobre suas decisões e sua capacidade de fazer uso do sistema da forma mais adequada para atender às suas reais necessidades.

Essa assimetria de informações também dificulta o entendimento dos profissionais acerca do diálogo com os usuários, uma vez que, quanto maior a assimetria, menor a compreensão daquilo que de fato o usuário tem a intensão de expressar a respeito de sua demanda (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Aceitabilidade

A aceitabilidade apresenta um componente central, que é o respeito mútuo entre profissionais de saúde e usuários. Esse componente se reflete na interação das expectativas dos profissionais, como da adesão do usuário ao que lhe é proposto como tratamento, e das expectativas dos usuários com relação à organização do serviço e às condutas dos profissionais, como respeito no atendimento e escuta às suas queixas, explicação da situação de saúde e discussão sobre opções de como realizar o cuidado (SANCHEZ; CICONELLI, 2012; THIEDE; AKEWENGO; McINTIRE, 2014).

Os processos de trabalho burocráticos e as condições pelas quais os usuários devem se adaptar para acessar os serviços de saúde, que evidenciam um sistema que não está centrado no usuário, podem gerar a sensação de descrédito no sistema, fazendo com que declinem da consulta agendada na AE e não comuniquem essa decisão ao serviço de saúde, podendo ser considerado um possível fator de geração de absenteísmo.

Considerando que o engajamento entre os profissionais e os usuários é decisivo para que se estabeleça uma interação que gere uma relação de confiança (PAIM et al., 2011; SANCHEZ; CICONELLI, 2012), isso pode ser identificado principalmente no ato da solicitação do encaminhamento para a AE por parte do médico assistente da UBS. Caso o paciente não se aproprie ou não aceite a importância dessa conduta, há grandes chances de que, mesmo após a entrega da guia de referência com as cópias dos documentos, essa dimensão contribua significativamente para que ocorra o absenteísmo na AE.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As barreiras de acesso identificadas neste estudo apontam para fatores geradores de absenteísmo, destacando-se a baixa cobertura populacional evidenciada pelo número de UBS no município estudado, a oferta de serviços apresentada de forma restrita e fragmentada e a barreira organizacional, que podem sinalizar a inconsistência de um sistema não centrado no usuário e que não assegura a integralidade da atenção.

A trajetória percorrida pelo usuário na busca pela consulta nos dois níveis de atenção não se constitui uma tarefa simples, pois, desde o surgimento da demanda para a consulta com o clínico na UBS e o sucesso no agendamento com esse profissional, até o seu deslocamento ao local da consulta com o especialista, diversos fatores interferem diretamente nesse desfecho, como as resistências institucionais de pouca flexibilidade de horários e o tipo de acolhimento ofertado.

Apesar de não poder ser feita a inferência de que os resultados corroboram com a principal causa de absenteísmo dos usuários apontados pela literatura, que é o esquecimento, é possível identificar que os resultados desta pesquisa apontam para uma série de fatores que sustentam a facilitação da ocorrência do fenômeno do absenteísmo.

Dependendo de fatores como tempo de espera e local onde será realizada a consulta, condições financeiras, compreensão das orientações dadas pelo serviço sobre seu estado de saúde, necessidade de receber atenção ambulatorial especializada e a confiança no que lhe está sendo ofertado, o desfecho esperado de ser atendido pode ou não se concretizar.

REFERÊNCIAS

BENDER, A.S; MOLINA, L.R; MELLO, A. L. S. F. Absenteísmo na Atenção Secundária e suas implicações na Atenção Básica. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 11, n. 2, p. 56-65, jun. 2010.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 4279 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: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS**. Brasília: 2015a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde em linhas de cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CAVALCANTI R. P. et al. Absenteísmo de consultas especializadas no sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa - PB, Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 63-84, set. 2013.

DALRI, L. **Absenteísmo de pacientes nos serviços de referência de especialidades odontológicas em Florianópolis, SC**. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – UFSC. Florianópolis, 2014.

FURTADO, L. Entrevista. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, ano V, n. 16, jul./set. 2015.

IZECKSOHN, M. M. V; FERREIRA, J. T. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 32, p. 235-241, 2014.

MELO; A. C. B. V.; BRAGA, C. C.; FORTE, F. D. S. Acessibilidade ao serviço de saúde bucal na atenção básica: desvelando o absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 309-318, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

OLESKOVICZ, M. et al. Técnica de *overbooking* no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 1009-1017, maio, 2014.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1719-1806, maio, 2011.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES E. F. P. A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1511-1524, 2016.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SESA. Secretaria de Estado da Saúde. Saúde: 40% das consultas e exames especializados são desperdiçados porque paciente falta. **SESA**, 04 jun. 2014. Notícias. Disponível em www.saude.es.gov.br. Acesso em: 20 ago. 2014.

THIEDE, M.; McINTYRE, D. Informação, comunicação e acesso equitativo aos cuidados de saúde: um comentário conceitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-73, 2008.

THIEDE, M.; AKEWENGO, P.; McINTYRE, D. Explorando as dimensões do acesso. In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 137-161.

VILA VELHA. Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017**. Vila Velha, 2013. 120p.

3

SEÇÃO 3:
DESIGUALDADES
E VIOLÊNCIAS
NA SAÚDE

10

JEANINE PACHECO MOREIRA BARBOSA
LUZIANE DE ASSIS RUELA SIQUEIRA
CAROLINE FEITOSA DIBAI DE CASTRO
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

**MULHERES
E CIÊNCIA: DA
INVISIBILIDADE
À REIVINDICAÇÃO
DE PROTAGONISMO**

INTRODUÇÃO

O discurso deste ensaio é abertamente político e feminista, inscrito na histórica luta contra um preconceito orgânico e injusto que, entre outras coisas, promove o apagamento da mulher como pessoa na sociedade (ADICHIE, 2015) e sua exclusão histórica no campo científico-tecnológico, o que nunca foi tema das pesquisas masculinas.

Apesar do otimismo pela crescente participação das mulheres nas pesquisas, na geração do conhecimento, no reconhecimento como responsáveis pelo aumento de produtividade em várias áreas, os indicadores apontam a existência de muitos preconceitos e dificuldades (BOLZANI, 2017), evidenciados por atuais afirmativas sobre a incapacidade das mulheres de serem boas pesquisadoras, explicada pelas diferenças biológicas, pelas limitadas redes comerciais das mulheres pesquisadoras e pela visão tradicional que elas têm sobre a carreira científica (COSTA, 2006).

O número reduzido de mulheres atuando em diversas áreas da ciência é usualmente atribuído à discriminação e desconhecimento. Nesse contexto histórico, marcado pelo fenômeno de suposta “invisibilidade” das mulheres na ciência, surgem esforços recentes que apontam e resgatam a presença feminina na geração do conhecimento científico, relegadas a segundo plano na história da ciência, como coadjuvantes, ajudantes, quase invisíveis, agindo nas “sombras da história” e do conhecimento (COSTA, 2006).

De acordo com Lopes e Costa (2005), a ausência da presença das mulheres na ciência expressa uma ideologia hegemônica que continua sustentando a objetividade, a neutralidade e a racionalidade científica, além da existência de poucas mulheres para escrever sobre a relação

gênero e ciência. Nesse sentido, não caberia mais o questionamento sobre o motivo do número de mulheres ainda ser consideravelmente menor do que o de homens na ciência em várias áreas do conhecimento, mas o porquê da morosidade da inserção das ciências nos estudos de gênero? Produzir conhecimento no âmbito dos estudos feministas e de gênero é um ato de resistência ao modo androcêntrico operado na produção do conhecimento científico.

Assim, numa perspectiva balizada pelos avanços da crítica feminista à ciência, dos campos de gênero e ciências e da história das ciências, propõe-se problematizar o campo da produção científica desvelando a suposta invisibilização das mulheres na ciência e sua relação com a estrutura patriarcal e machista, repensando o modelo masculino de fazer ciência, cujo sucesso acadêmico caracteriza-se, dentre outros, pelo compromisso de tempo integral ao trabalho científico e relações academicamente competitivas com seus pares.

A ESTÉTICA TEATRAL DE LUIGI PIRANDELLO E A PESQUISA-VIDA

O campo da ciência tem sido fortemente marcado pela herança cartesiana que defende a neutralidade, a separação entre sujeito e objeto, banindo qualquer influência da subjetividade na produção científica. Essa forma de fazer ciência gera uma fragmentação da produção do conhecimento, por meio dos especialismos e reducionismos que separa a pesquisa da vida. Necessário se faz, portanto, compreender de que lugar se fala, apresentando o entendimento das autoras para a composição desse texto.

No final da década de 1980, Boaventura de Sousa Santos (2002, p. 9) já afirmava: “estamos no fim de um ciclo de hegemonia de certa ordem científica. As condições epistêmicas das nossas perguntas estão inscritas no avesso dos conceitos que utilizamos para lhes dar resposta”. Dessa forma, a ciência não pode ser vista como algo que se dá separada da vida, deve antes sim associar teoria e prática, uma vez que ambas são imanentes e interferem diretamente no processo de construção histórico-social da realidade. É essa a aposta deste artigo.

Ainda segundo Santos (2002, p 48), “cada método é uma linguagem e a realidade responde na língua em que foi perguntada”. Sendo assim, convida-se a um outro olhar, a ver aquilo que normalmente está explícito, mas que as relações sociais, relações institucionais de poder e dominação tornaram implícito. Nesse sentido, propõe-se a utilização de uma abordagem que traz a arte como dispositivo para problematizar o processo de distanciamento das mulheres para com a ciência, buscando dessa forma multiplicar os sentidos sobre a invisibilização feminina em um campo dominado por homens.

Sobre as potencialidades desse dispositivo, vemos que

[...] a arte cria obras-primas que são antes de tudo uma revelação e uma alegria; após um espaço de tempo elas se tornam e perduram como uma luz, um guia, um modelo. A arte, além disso, ensina-nos a sentir, e ver aquilo que, deixado para nós mesmos, nós que não somos artistas não vimos e talvez nunca veríamos (BERENSON, 1972, p. 217).

Por conseguinte, a arte é um potente dispositivo de agenciamento, pois exige um papel ativo do receptor, no qual a leitura acolhe múltiplas interpretações. Escolheu-se a arte teatral por ser considerada a síntese de todas as artes, evocando a obra de Luigi Pirandello como pretexto para fazer uma aproximação praxiológica entre a sua estética teatral e os referenciais teóricos que propõem uma ruptura com o modelo cartesiano dominante na ciência. Pirandello é aqui utilizado como metáfora para desvelar as relações entre a invisibilização das mulheres na ciência e sua relação com a estrutura patriarcal e machista.

Luigi Pirandello (1867-1936), dramaturgo italiano, poeta, romancista e ensaísta, recebeu o Prêmio Nobel de Literatura em 1934. É considerado um dos maiores nomes da dramaturgia de todos os tempos e sua estética influenciou o teatro contemporâneo. Entre as rupturas propostas em sua obra, podemos destacar a queda da “quarta parede” que separava o ator/plateia, tornando possível vislumbrar uma relação fluida entre arte-vida. Essa ruptura pode ser comparada à pesquisa-vida que nos acompanha neste ensaio, desvelando os intertextos da trama que envolve a invisibilização da produção científica feminina (BARBOSA, 2020).

Pirandello inaugurou uma nova estética teatral que rompia com a antiga estética clássica, ao confrontar os seus próprios fantasmas

trazendo para o palco suas crises existenciais e a indignação com a mercantilização do teatro. Sua busca pela arte pura, vista como bem cultural e não de consumo, fez com que sua trajetória na dramaturgia fosse bastante conturbada, sobretudo devido às inimizades, críticas e dívidas acumuladas ao longo da vida. Finalmente, na vida madura, em vez de negar essa adversidade, o dramaturgo resolveu acolhê-la, criando o *teatro dentro do teatro*, conhecido mais tarde como *metateatro*. Ao fazer do palco um espaço onde o teatro escarnecia dele mesmo, Pirandello concebeu uma *estética da crise*, apresentando cenas com imensos contrastes e choques, o que pode ser descrito como uma de suas maiores contribuições. Assim, sua dramaturgia trazia para o palco os conflitos, permitindo que a plateia vivenciasse a cena, além de deslocar seu papel de passividade para um papel ativo, uma vez que a interação da plateia com a obra permite leituras com diferentes interpretações (RIBEIRO, 2012).

Por essa via, podemos fazer uma aproximação entre a estética de Pirandello e a concepção de pesquisa (Quadro 1), pois, assim como o *teatro no teatro* de Pirandello transborda os limites entre realidade e ficção, não há separação entre vida e pesquisa, uma vez que uma se encontra dentro da outra. Os diversos planos da realidade da pesquisa encontram-se conectados, influenciando e transformando uns aos outros, como em um mapa que precisa ser constantemente atualizado e não apenas retratado, posto que está vivo (BARBOSA, 2020).

Quadro 1 - Aproximações praxiológicas entre a estética de Pirandello e a concepção de pesquisa

	Estética de Pirandello	Concepção de Pesquisa
1.	Mais de um nível de representação, o que implica em mais de um enredo.	A pesquisa busca multiplicar os sentidos, as interpretações, em vez de generalizar ou reduzir.

2.	Personagens dramáticos vivos, que se agitam num drama ainda por fazer, desejando saltar da fantasia para o palco.	Valorização de todos os sujeitos como protagonistas.
3.	Valorizar o discurso direto como forma de apresentar a profusão de vozes presentes. A obra dramática parece escrita por muitos e não apenas pelo autor.	Uma pesquisa também é feita a muitas mãos, uma vez que se pesquisa com as pessoas e não sobre elas.
4.	Reconfigura o espaço teatral convencional, superando a antiga barreira que separa palco e plateia. Cria uma ilusão dramática que alcança a fachada do edifício teatral ou seu saguão e até mesmo a rua, transbordando o espaço interno do teatro.	Pensamento não dualista, que não separa: natureza/cultura, objetivo/subjetivo, pesquisador/pesquisado, saber científico/saber da experiência.
5.	Criou o <i>teatro dentro do teatro</i> ou <i>metateatro</i> . Uma reflexão sobre o fazer teatral, estratégia para transpor, para um nível formal, questionamentos filosóficos.	Não há separação entre pesquisa e vida. Refletimos sobre o caminho a medida em que se caminha sustentando-nos na invenção e na implicação dos pesquisadores. Assim, filosofia, arte e ciência caminham lado a lado numa aposta metodológica ético-estético-política.

6.	Argumentação pautada no conflito entre ser e parecer / realidade e ficção. O palco, por mais que se esforce, será sempre uma representação.	Acolhemos a dimensão que transborda os limites entre os planos da realidade da pesquisa. Contudo, a pesquisa sempre será um olhar sobre a realidade, uma representação da mesma.
7.	Personagens, cuja existência deveria limitar-se ao papel, ficam momentaneamente lado a lado com atores, de ficção, e espectadores, reais.	Dar vida às personagens dessa dramaturgia/pesquisa abre espaço para que os sujeitos da pesquisa falem por si e tragam suas contribuições singulares. Trata-se de transformar para conhecer e não o oposto.
8.	Há um desdobramento da autonomia das personagens derrubando as fronteiras entre quem dirige e quem encena.	A pesquisa, a partir dessa perspectiva, acolhe a relação fluida entre os diversos sujeitos, possibilitando um relacionamento horizontalizado e uma gestão coparticipativa da mesma.

Fonte: Autores.

Entre as diversas obras de Pirandello, buscamos inspiração na peça *Seis personagens em busca de um autor* (PIRANDELLO, 1977). Nessa obra, o autor destaca o jogo de forças e fluxos que concretiza a estética da crise e o *teatro no teatro* ou *metateatro*, por meio de uma produção poética, unindo a realidade cotidiana à realidade superior (ficção). Ao optar pelo discurso direto, sem intervenção do narrador, Pirandello nos conclama a abrir espaço para que as personagens ganhem vida e encontrem no teatro um espaço de escuta, não somente de fala.

Ao fazer essa aproximação, resgatamos a genealogia do conceito de protagonista a partir de sua etimologia grega, uma vez que, ao longo do tempo, sua concepção sofreu esvaziamento, sendo soterrada pela ideia

daquele que se destaca como personagem principal encenado por atriz ou ator ou visto como heroína ou herói. Protagonismo significa literalmente “aquele(a) que agoniza primeiro” (ANDALO, 2001). Na tragédia grega, o protagonista é um perdedor. E é nisso que realizará um enorme aprendizado de vida. Assim, protagonizar diz respeito à busca de um sentido próprio *na* e *para* a existência, sentido não dado e sim buscado, investigado, sofrido. A origem conceitual da protagonista diz respeito a uma luta agônica, peleja de vida e morte. Dessa luta, espera-se mais vida, contudo as marcas no corpo e a produção de afetos são inevitáveis (MERENGUÉ, 2013).

A partir desse conceito de protagonismo é possível dizer que as mulheres que fizeram e/ou fazem ciência são as personagens protagonistas dessa trama que, ao serem colocadas numa situação de subalternidade, buscam espaço em que possam ser ouvidas.

Segundo Spivak (2014), o termo subalterno deve retomar o significado que Gramsci lhe atribui ao se referir ao “proletariado”, ou seja, aquele cuja voz não pode ser ouvida. Para a autora, o termo descreve “as camadas mais baixas da sociedade constituídas pelos modos específicos de exclusão dos mercados, da representação política e legal, e da possibilidade de se tornarem membros plenos no estrato social dominante” (SPIVAK, 2005, p. 20).

Nesse pensamento, nenhum discurso de resistência produzido pelo intelectual pós-colonial, quando julga poder falar pelo outro, poderia ocorrer sem que esteja imbricado com o discurso hegemônico que reproduz as estruturas de poder e opressão. Tal ato resulta no silenciamento do subalterno, que permanece sem possibilidades de fala, sobretudo de espaço em que possa ser ouvido (SPIVAK, 2014, p. 14).

Justamente aqui, a perspectiva estética de Pirandello apresenta um ponto de confluência entre arte e ciência, desvelando uma possibilidade para o desafio de escrever um artigo que abre espaço para que essas mulheres cientistas, já tão silenciadas pelas estruturas patriarcais, possam ser ouvidas. Não seremos nós a falar por elas, mas elas, como personagens protagonistas, saltarão dessas páginas, como vivas, e se farão ouvir.

Para que isso seja possível, apostamos em uma produção poética, normalmente excluída da escrita acadêmica, inspirada na peça *Seis personagens em busca de um autor*, de Luigi Pirandello. Dessa forma, buscamos

transformar a linguagem utilizada na academia, uma vez que, segundo Bondía (2003, p. 102), “os dispositivos de controle do saber são também dispositivos de controle da linguagem e da nossa relação com a linguagem, quer dizer, das nossas práticas de ler e escrever, de falar e escutar”. A escrita acadêmica é território de luta e resistência e, dessa forma, “não há modo de ‘pensar de outro modo’ que não seja, também, ‘ler de outro modo’ e ‘escrever de outro modo’” (BONDÍA, 2003, p. 102).

Em cena, as relações entre arte-ciência-vida que atravessam as mulheres e sua reivindicação pelo protagonismo de suas produções científicas que contribuíram para o progresso de toda humanidade.

MULHERES EM BUSCA DE SEU PROTAGONISMO NA CIÊNCIA

A personagem

A Mulher

Atores da companhia

Os assistentes de palco

O Mestre de cerimônia

Os homenageados

Os repórteres

A peça terá apenas uma cena e um ato. Os desdobramentos da mesma, serão apresentados pelas autoras como discussão.

Quando o público adentra o teatro, no palco, pouco iluminado, estarão alguns assistentes de palco organizando o cenário reduzido a cadeiras dispostas em semicírculos e a um púlpito. Abaixo do palco, alguns repórteres se amontoam ansiosos. Em meio ao ranger das cadeiras arrastadas, entra, apressado, o assistente de direção.

ASSISTENTE DE DIREÇÃO – O que vocês estão fazendo?...

ASSISTENTE DE PALCO – Arrumando o palco.

ASSISTENTE DE DIREÇÃO – Se apressem com isso! Já vai começar o

ensaio para a premiação, e nossos ilustres convidados estão chegando. Acendam essas luzes por favor!

Os assistentes terminam a organização e deixam o palco. As luzes se acendem quase no mesmo instante, entram, pela lateral que dá nos camarins, o mestre de cerimônia seguido de alguns homens muito bem-vestidos. O mestre de cerimônia se apressa e indica aos convidados seus lugares.

MESTRE DE CERIMÔNIA – Por favor, queiram sentar-se.

Os repórteres imediatamente se alvoroçaram subindo ao palco, tirando fotografias. O mestre de cerimônia pede gentilmente que se afastem. Mesmo a contragosto, descem do palco, mas continuam a tirar fotos. O mestre de cerimônia vai até o púlpito e, de costas para a plateia, inicia a preleção sobre a organização da cerimônia que está para acontecer.

MESTRE DE CERIMÔNIA – Cavalheiros, é uma grande honra tê-los conosco. Reunimos aqui as maiores mentes de cientistas da contemporaneidade. Queremos agradecer, em nome de toda a humanidade, a esses homens que, com sua genialidade, transformaram a produção científica durante esse período de calamidade mundial. Farei uma breve explicação de como se dará a cerimônia de premiação, mas, antes, algum dos senhores tem alguma questão que desejam colocar?

Nesse momento, irrompe uma pessoa da última poltrona do teatro e quebra o clima cerimonioso.

MULHER – Eu quero ser ouvida!

Os repórteres, homenageados, mestre de cerimônia e demais assistentes se voltam para a plateia. Em seus olhares é possível vislumbrar o julgamento. Todos já tinham uma opinião sobre ela, já que o sujeito da modernidade é incapaz de experiência pelo excesso de opinião (BONDÍA, 2002).

HOMENAGEADO – É triste, louca ou má!¹”.

Alguns assistentes sussurram em um canto, em tom de deboche.

ASSISTENTE 1 – Que novela!

ASSISTENTE 2 – Que vexame! Com certeza é alguma esposa traída ou amante de algum dos homenageados.

A mulher caminha com passos decisivos pelo meio da plateia em direção ao palco, sobe as escadas, apesar do protesto dos assistentes.

MESTRE DE CERIMÔNIA – Senhora, esse espaço é limitado aos homenageados e organizadores.

MULHER – Eu sei. Por isso mesmo estou aqui.

A mulher saca da bolsa um papel, uma carta, e se dirige a todos em tom alto e claro.

MULHER – Nós, mulheres do e no mundo, queremos ser ouvidas. Somos várias e múltiplas, não podemos ser resumidas em um rótulo único, que conta uma história única sobre nós. Somos mães, esposas, filhas, trabalhadoras; habitamos várias sexualidades, cores e corpos diferentes. Hoje, queremos ser ouvidas e ter nosso discurso legitimado em tudo o que somos, em tudo o que fazemos, em tudo que produzimos. Somos, desde pequeninas, levadas a acreditar que nosso papel na sociedade é ser multitarefa, cuidar da casa, dos filhos, do companheiro, dos pais, ser fiel, cordial, educada... Inclusive, isso é até compreendido como uma característica e um dom feminino, ser capaz de realizar muitas tarefas e ao mesmo tempo. E, sim, muitas de nós somos/estamos assim, porque precisamos ser/estar nesse formato. Mas, ainda que nos digam como ser, ainda que nos esforcemos e ocupemos vários espaços e funções, alguns espaços nos são negados e nossos esforços ignorados. Hoje, quero que nos ouçam! Hoje, quero reivindicar nosso espaço como pensadoras, produtoras de conhecimento. Hoje, quero lhes contar histórias de mulheres que foram

1. Referência à música *Triste, louca ou má*, de Francisco, el Hombre.

deslegitimadas e até mortas por ousarem pensar e produzir ciência. E, antes que digam “Como pode? Mulheres são seres emocionais, passionais, o que fazem com certeza não é ciência!”, garanto que, nos ouvindo, entenderão a possibilidade de fissurar a ideia de uma ciência única, verdadeira, e, assim, poderão abrir passagem à produção de ciências no plural, que inclua uma produção afetiva, ético-política, impregnada de vida. Mas, atenção! Nós também produzimos essa ciência que vocês tanto demandam e admiram, com rigor, com comprovação, cálculos – e, ainda assim, nossas pesquisas e nossas descobertas são menosprezadas. A nossa inserção no mundo do trabalho, na pesquisa, tem sido cada dia maior, no entanto, nossa presença na ciência ainda é pequena. Eu pergunto cavalheiros, por que isso acontece? Vejamos a vida de grandes cientistas mulheres.

Quando Marie Curie, ganhadora do prêmio Nobel de química, desenvolveu seu trabalho sobre radioatividade, foi ignorada até que seu marido assumiu a coautoria. Assim, sua ascensão profissional não seria devido a sua genialidade e trabalho árduo e sim ao fato de ter um cônjuge notável. Se voltarmos na história, podemos ver Hipátia, primeira mulher citada pela ciência, que, além de atuar na biblioteca de Alexandria, era versada em Matemática, Filosofia, Física e Astronomia. Foi assassinada brutalmente por não se converter ao cristianismo.

Mesmo diante do predomínio masculino durante o iluminismo, muitas mulheres contribuíram para a construção do conhecimento: Maria Cuntiz, 1610-1664, Física; Maria Agnesi, 1718-1799, Matemática; Caroline Lucrécia Herschel, 1750-1848, Astronomia; Sophie Germain, 1776-1831, Matemática; Maria Mitchel, 1818-1889, Astronomia; Sonya Kovalevsky, 1850-1891, Matemática; Willimina Fleminig, 1857-1911, Astronomia; Mary Evershed, 1867-1949, Astronomia; Emmy Noether, 1882-1935, Matemática (CHASSOT, 2011).

A mulher encara os homenageados perguntando-lhes de forma provocativa.

MULHER – Vocês já ouviram falar dessas mulheres? Ou apenas de Voltaire, Diderot, Rousseau, Locke? Se você fizer uma busca agora na internet, você não verá nenhuma dessas mulheres. Eu pergunto mais uma vez, por quê?

Diante do silêncio de todos, a mulher ganha fôlego e continua lendo.

MULHER – Vocês sabem quem foi a primeira mulher a receber o título de doutora? Clara Immerwahr, em 1900, na Alemanha. Mas, com certeza, todos conhecem seu cônjuge, o famoso químico Fritz Haber, responsável pela síntese da amônia. Apesar dela ter participado de vários de seus trabalhos, nem sempre foi reconhecida como coautora e acabou por ser julgada como “traidora da pátria”, inclusive pelo próprio marido, levando-a ao suicídio com apenas 45 anos. Isso, por não ter concordado com o uso de armas químicas na primeira grande guerra (GUIMARÃES, 2011). No século XX, o Prêmio Nobel passou a ser o indicador para o destaque científico e, no período de 1901, data da primeira premiação, até 2018, das 904 pessoas premiadas, apenas 51 são mulheres, muitas das quais tiveram que dividir seus prêmios com homens (CUNHA et al., 2014; PINHEIRO, 2018).

Mesmo que nossa presença em atividades de pesquisa seja grande, ainda existe uma crença que reserva às mulheres um lugar de subalternidade, justificada pela nossa natureza feminina, que define um modelo de mulher a ser seguido, enquanto o homem estaria diretamente relacionado à cultura. Assim, habilidades com números, por exemplo, seriam estimuladas aos meninos desde cedo, enquanto, às mulheres, ficaria reservada às atividades “sensíveis”. Então, onde está nossa liberdade se desde pequenas nos dizem o que nos é permitido ou não?

Nesse momento, um dos homenageados, levanta-se da cadeira, visivelmente irritado.

HOMENAGEADO – Mas isso é um absurdo! O que a senhora propõe vai contra a natureza, contra Deus!

Interrompida, ela para a leitura por um instante e responde com firmeza.

MULHER – O senhor me desculpe, mas há muito tempo que a religião se associou às demais instituições para dominar as mulheres, criando a imagem, como dizia Simone de Beauvoir (2019), de um segundo sexo, um ser incompleto pela ausência do falo, um ser demoníaco por ter seduzido Adão, aquela a quem não se deve dar valor ao testemunho. Essa mulher só pode ser redimida diante da maternidade, o que não nos deixa opção. Essa

imagem criada para as mulheres é reproduzida através dos tempos e, até hoje, uma mulher que se recusa a contrair matrimônio ou ter filhos é vista como um ser incompleto, uma vez que sua existência, objeto imanente, só tem significado diante da presença de um homem. Onde está a nossa liberdade de escolha? E mais: o que e quem tornou possível aos senhores, laureados, nesse tempo pandêmico, a produção de suas pesquisas e trabalhos científicos? Peço que me ouçam e entenderão os meus motivos.

O homenageado fica sem resposta e senta-se novamente, visivelmente inconformado. A mulher retoma a leitura da carta.

MULHER – Estamos vivendo uma pandemia mundial e tenho certeza de que é um período crucial para toda a humanidade. No Brasil, a pandemia tem afetado fortemente a produção científica de quem depende de estrutura e recursos públicos para pesquisar, mas não posso assistir passiva a homenagem feita a esses honrosos cavalheiros sem que entre eles haja mulheres. Sim cavalheiros, mulheres. O impacto, sobre todas nós, foi brutal. A desigualdade foi intensificada com o acúmulo de acontecimentos: *home office*, aula à distância, escolas fechadas e isolamento social. Tudo isso somado ao cuidado, tarefa relegada exclusivamente às mulheres, que se materializa na responsabilidade pela casa, filhos, pessoas idosas. Trabalho não remunerado, reprodutivo, que sustenta a economia mundial. E o nosso sofrimento, de estarmos confinadas em um papel que não nos dá escolha, além do confinamento físico. Muitas vezes confinadas com nossos algozes, ou mesmo impedidas de acessar o direito à autoproteção, somos impelidas a sair, trabalhar em condições que põem nossas vidas em risco, pois muitas vezes somos sim o chefe da família. Não há produção científica que resista a tudo isso. Somos protagonistas que se destacam pelo sofrimento. Temos que ser mais que fortes, temos que ser gigantes, ultrapassar barreiras invisíveis erguidas pelo patriarcado. Temos que “dar conta”.

A mulher para a leitura por um instante... suas mãos estão trêmulas, seu rosto avermelhado. Os convidados ilustres petrificados e os repórteres calados. A mulher continua... a voz embarga, mas ela continua.

MULHER – O sofrimento a que temos sido submetidas é desumano,

injusto e cruel. Somos submetidas a um processo de captura que nos faz sentir culpa, sacrificadas no altar da cidadania, responsabilizadas pelo nosso próprio cuidado e dos outros, enquanto as políticas sociais se tornam cada vez mais escassas. Seguimos, dormindo cada vez menos horas, fazendo três, quatro, cinco coisas de uma vez. Não nos falta garra, nem inteligência ou capacidade intelectual. O que nos falta é respeito e liberdade! E não venha com o discurso de que para ser pesquisadora ou cientista eu tenho que abrir mão do meu papel de mãe. O que eu preciso é de coparticipação na criação de meus filhos(as). Não podemos ser penalizadas pelas nossas escolhas. Nós somos pesquisadoras da ciência, mas também somos mães, filhas, noras, irmãs e gastamos o dobro do tempo nas atividades domésticas em relação aos homens. A pandemia só evidenciou a disparidade de gênero que existe no mundo. Somos alienadas das questões éticas e políticas e sem isso não é possível haver democracia, tão pouco liberdade ou equidade. O mundo segue reproduzindo em todas as camadas sociais a exclusão e a desigualdade.

A mulher se vira para os ilustres convidados.

MULHER – Não quero desrespeitar suas contribuições, muito menos desmerecer a homenagem que receberão, mas qual de vocês teria condições de propor suas teorias e inventos se não tivessem uma mulher, ou várias, para dar conta de tudo mais em suas vidas? É fácil entender por que a produtividade científica masculina é muito maior do que das mulheres. Uma cientista precisa produzir, e como isso é possível quando todo o trabalho reprodutivo do mundo está sobre as nossas costas?

Volta-se novamente para a plateia.

MULHER – O que nós realmente queremos, senhoras e senhores, é ser ouvidas. Que nossas diferenças não sejam usadas como desculpas para nossa submissão. Que tenhamos condições equitativas para nossa produção científica e que a invisibilização das condições que nos relega a um segundo sexo sejam descortinadas.

E termina em tom sarcástico.

MULHER – Ou vocês acreditam que a produção intelectual do mundo é somente masculina? Nosso lugar, nessas cadeiras, foi usurpado, porque, sim, somos mulheres inteligentes e produzimos conhecimentos que transformaram, transformam e transformarão o mundo.

A mulher termina a leitura e, em meio ao silêncio e espanto de todos, desce as escadas e caminha de cabeça erguida pelo corredor que separa as duas fileiras de cadeiras. Quando se aproxima do meio do teatro, ouve-se alguém batendo palmas. Uma jornalista, anônima em meio ao mar de repórteres masculinos, aplaude solitária a oradora. Quando a mulher alcança a porta dos fundos do teatro, vira e diz com uma postura quase profética.

MULHER – Eu não estou só. Muitas vieram antes de mim e muitas ainda virão. Somos diferentes, mas o que nos une é o desejo e a luta pela liberdade de poder ser/estar nesse mundo como melhor nos aprouver.

A mulher bate a porta atrás de si e uma grande agitação se faz entre os presentes. Pequenos burburinhos deixam escapar a impressão maliciosa que alguns fazem daquela mulher. Os repórteres sobem ao palco e questionam os assistentes e o mestre de cerimônia. Os homenageados estão desconcertados, o mestre de cerimônia mais ainda. Mas, pede calma.

MESTRE DE CERIMÔNIA – Senhores, senhores... Por favor. Vamos fazer uma pequena pausa e retornaremos daqui há alguns instantes.

O pano desce.

Fim do primeiro Ato.

CARTAS DENTRO DE UMA CARTA

Fim da cena e poderíamos nos perguntar se estivéssemos naquela platéia: o que foi aquilo? Entre olhares, buscaríamos compreender quem era aquela mulher que reivindicava o direito sagrado à malcriação?

A leitura da carta-manifesto se tornou um acontecimento, abertura para uma transformação de olhares e escuta, uma convocação à reinvenção da vida. Tsallis (2014, p. 124), citando Vinciane Despret, nos diz que o “acontecimento é quando a partir daquele evento sua vida muda de tal maneira que já não é possível voltar atrás. [...] Aprender a ler é um acontecimento: quando vemos letras já não conseguimos mais não ler”. Não há mais como não ler/não ouvir o que será contado. Não há mais como não fazer conexões inesperadas com nosso cotidiano.

A carta evoca várias mulheres, produtoras de conhecimento, apagadas ou relegadas pela história. Uma história escrita por e para os homens. Quase é possível ouvir a voz de outras mulheres naquele auditório: “*Eu também quero falar e ser ouvida!*”. Se pudéssemos abrir um espaço onde tempo aion² predominasse, talvez pudéssemos ouvir o que cada uma dessas mulheres protagonistas tem para nos dizer.

Declaração de Hipátia (370 a 415 d.C)

Sou Hipátia, filha de Teón, contribuí com estudos nas áreas da filosofia, matemática, geometria, astronomia e era considerada, fui, uma mulher a frente do seu tempo. Mas muitas mulheres também o foram.

O registro mais antigo de uma mulher cientista na história da ciência é o de Merit Ptah (2.700 a.C.), no Antigo Egito, a qual era considerada “médica chefe”, muito antes da conhecida Peseshet. Muitas mulheres destacaram-se como curandeiras, médicas, filósofas, matemáticas, físicas, astrônomas e psicólogas, como Agamede, Agnodice, Aglaonice, Teano e Temistocleia. Ao definirmos a Química como o uso de equipamentos e processos químicos, então podemos identificar duas perfumistas, chamadas Tapputi-Belatekallim e -ninu (a primeira metade de seu nome é desconhecida), como as primeiras químicas que obtiveram essências de plantas usando procedimentos de extração e destilação durante o período da civilização babilônica (por volta de 1200 a.C.). Durante a dinastia egípcia, também houve participação feminina na química aplicada, como

-
2. Os gregos antigos possuíam três conceitos para representar o tempo: khrónos, kairós e aión. Khrónos é tempo cronológico, kairós é um tempo indeterminado e aión era o tempo sagrado e eterno, é o tempo cíclico e imensurável.

a fabricação de cerveja e a preparação de compostos medicinais. Há ainda muitos registros de mulheres na alquimia, com destaque para Maria, a Judia, que foi a inventora de vários equipamentos para uso na química, incluindo o banho-maria (em homenagem à Maria).

Entretanto, antigas são também as barreiras e adversidades enfrentadas pelas mulheres e muitas obras foram perdidas, outras destruídas, outras são conhecidas somente a partir de testemunhos masculinos. Dentre as muitas estratégias de silenciamento e apagamento das histórias dessas mulheres, consideradas heréticas por retratar um comportamento impróprio e uma imagem pejorativa perante a sociedade, num contexto de opressão patriarcal, destacam-se as violências contra as mulheres, algumas com requintes de extrema crueldade, como o meu assassinato, ocorrido em 415 d.C., por motivações político-religiosas. A associação das mulheres com heresias revela o tamanho da opressão patriarcal com que nós fomos tratadas no decorrer da história da Igreja. Mas, apesar da imposição de papéis de gênero, as mulheres protagonizaram grandes avanços na ciência. Tivemos que ser fortes, vencer os medos e ousar, mesmo que muitas vezes tenhamos pagado essa ousadia com a própria vida (CABECEIRA, 2014).

Declaração de Marie Curie (1867-1934)

Eu sou Manya Skłodowska, conhecida como Marie Curie, cientista, química e física polonesa, naturalizada francesa, e conduzi pesquisas pioneiras em todo o mundo no ramo da radioatividade. Fui esposa, mãe de duas filhas, a primeira mulher a receber um Prêmio Nobel em 1903 (Física), ao lado de meu marido, e recebi novamente o prêmio em 1911 (Química), dessa vez sozinha. Fui a primeira pessoa e única mulher a ser laureada duas vezes e continuo sendo a única pessoa a receber o Prêmio Nobel em duas áreas distintas.

Mesmo sentindo-me um pouco fraca pela anemia aplástica, devido às constantes exposições à radioatividade sem nenhuma proteção, sempre considerei a importância histórica de se registrar a presença da mulher no mundo da ciência, uma vez que homens e mulheres precisam de figuras de referência para definir os limites de nossas aspirações e possibilidades. Assim, resgatar a presença dessas mulheres notáveis não

é apenas informar, mas, sobretudo, despertar interesse e admiração por essas pioneiras, para que possam ser referências para uma nova geração de mulheres cientistas.

Existe um consenso de que a ciência é um campo de poder e que as mulheres têm estado em desvantagem (LINO; MAYORGA, 2016). Lembro-me de uma foto emblemática de 1927, que registra os 29 participantes da quinta edição da Conferência de Solvay, em Bruxelas, Bélgica. Ali estavam os principais expoentes internacionais da física e da química. Dezessete deles eram ou seriam detentores do Prêmio Nobel, entre os quais Max Plank, Albert Einstein e Niels Bohr. Eu era a única mulher a figurar entre os cientistas daquela conferência. O que faz com que possamos questionar o que o Prêmio Nobel tem a ensinar sobre Ciências?

Declaração de Katherine Johnson (1918-2020)

Eu não ganhei nenhum Prêmio Nobel, somente recebi a Medalha Presidencial da Liberdade, a maior condecoração civil dos Estados Unidos, por meus mais de 30 anos de trabalho na agência espacial NASA, onde calculei a trajetória da missão Apolo 11 que levou o homem à lua. Sou matemática e afro-americana. Inspirei diversas mulheres negras no país e no mundo e me recusei a ser limitada às expectativas da sociedade em relação a meu gênero e raça.

Sobre o Prêmio Nobel, é o mais famoso reconhecimento da comunidade científica nas áreas de Física, Química, Fisiologia ou Medicina, Literatura e Paz. Ele é como um espelho da ciência “oficial” do século XX, e os laureados ou ganhadores do Prêmio adquirem status de embaixadores do conhecimento científico (LICIO, 2018). No entanto, os vencedores do prêmio não são necessariamente aqueles que possuem uma melhor defesa de mérito, existem atravessamentos de ordem ideológica e política. Com relação às questões de gênero, em todos esses anos, pessoas negras receberam prêmios em três das seis categorias de premiação: 11 em Paz, 3 em Literatura, e 1 em Economia. Nenhum homem ou mulher da raça negra recebeu o Nobel nas áreas das Ciências, o que me permite afirmar que, ao longo da história, o Nobel nos ensina que temos que ter muita força, coragem e liderança para superar os desafios das Ciências, que são racistas e sexistas, ou seja, se não é fácil para uma mulher, é muito mais

difícil para uma mulher negra construir pontes para que outras mulheres possam atravessar mais facilmente.

Declaração de Hannah Arendt (1906-1975)

Sou Johannah, mais conhecida como Hannah Arendt, filósofa alemã de origem judaica. A crítica feminista à ciência tem avançado para o questionamento dos próprios pressupostos da ciência moderna, revelando que ela não é nem nunca foi neutra do ponto de vista de gênero, classe, raça/etnia. Do mesmo modo que o gênero, a ciência também é uma construção social e histórica, produto e efeito de relações de poder.

Vivi o contexto da barbárie da Segunda Guerra e o totalitarismo nazista. Como pensadora inquieta, polêmica, perseguida, reduzida à condição de ex-aluna e amante de Heidegger, isolada até pelos amigos, escrevi inúmeras obras sobre a política, o público, o totalitarismo, refletindo sobre a superfluidade e destituição da condição humana, a capacidade de julgar, agir e pensar. É preciso refletir, é preciso “pensar o que estamos fazendo” (ARENDT, 2010, p. 6), do mundo, das mulheres, de nós mesmas. Que mundo é esse que construímos e hoje compartilhamos? Se é que compartilhamos...

Declaração de Nise da Silveira (1905-1999)

Sou Nise da Silveira, médica psiquiatra brasileira. Me dediquei ao tratamento da loucura no Brasil, buscando romper a visão da loucura como doença que devia ser trancafiada, tratada e excluída. Muitas mulheres foram banidas da sociedade, condenadas como loucas, sobretudo aquelas que desafiavam a ordem vigente e os modelos estabelecidos. Mas o que é a loucura? O que é normalidade? Não somos loucas, somos mulheres que ousam, questionam, fissuram. Não somos heroínas, mas queremos sair do lugar da infâmia, queremos ser dignas de nota, de registro, de ter nossas histórias contadas e recontadas.

Recusei o uso dos métodos vigentes, eletrochoques, camisas de força, isolamento. Refutei o olhar que desumanizava e objetificava o paciente com sofrimento mental, propondo a arte como linguagem, como abertura ao vínculo e à conexão.

(IN)CONCLUSÕES

Utilizando o teatro como dispositivo, propondo uma aproximação praxiológica inspirada em Pirandello, tecemos um texto-intervenção que busca a reflexão do lugar da mulher na ciência e na produção de conhecimento. Utilizamos mulheres como protagonistas que pediam para serem ouvidas, pediam passagem, compartilhando suas vidas e feitos. Mulheres não à espera de um autor, como na peça que inspirou este texto, tampouco de mero reconhecimento, mulheres à espera de escuta e visibilidade de seu protagonismo na ciência.

Resgatar a história de mulheres cientistas tornou-se uma tarefa central nos anos de 1970 para contrapor o entendimento de que as mulheres não teriam capacidade de fazer ciência, entendimento respaldado por teorias biomédicas sobre diferenças anatômicas ou fisiológicas em relação aos homens, que limitariam seu potencial intelectual e as conformariam, exclusiva ou prioritariamente, para a maternidade e os cuidados com as tarefas domésticas. Além disso, esse resgate é importante para criar referências para incentivar as jovens a ingressarem na ciência (SILVA; RIBEIRO, 2011).

Da história de Hipátia até a mulher anônima que irrompe o teatro, podemos ver mulheres que questionam sua época, pois amam a liberdade. Contudo, esse amor à liberdade pode condená-las à morte. Para as mulheres, fazer escolhas implica sempre na perda de algo, assim como privou Hipátia do amor. Questionamos: estamos nós, mulheres na/da ciência, fadadas a perdas e sofrimento? Das vidas de Curie, Johnson, Arendt e Nise, refletimos: basta sermos firmes, fortes, obstinadas, focadas? Basta produzir, inovar, se resignar?

Entendemos que, na contemporaneidade, a pandemia vem cronificando aspectos anteriormente presentes, com as mulheres intensificando suas jornadas de trabalho em triplas ou quádruplas jornadas. As mulheres pesquisadoras não deixam de ser cobradas pelo papel hegemonicamente designado a elas: cuidadoras de filhos, da casa, do companheiro/esposo. O fim destinado historicamente a quem profanou esses lugares foi a morte, o exílio, a loucura. Seria esse o nosso fim?

Passado que se atualiza, delimitando o saber válido, legítimo, verdadeiro. Às produções femininas, a reiterada crítica de passional, emocional,

inferior. Às produções femininas negras, a crítica em dobro, ao cubo. Saber tido como não-saber, como inferior.

O que refletimos de todas essas histórias, que dialogam com nossas trajetórias de pesquisa e vida? Han (2017) fala da sociedade do desempenho e da produtividade, uma sociedade do cansaço, que gera esgotamento excessivo, porque “o excesso da elevação do desempenho leva a um infarto da alma” (p. 38). Almas infartadas, fraturadas, fadadas à mortificação, porque essa sociedade produz um cansaço solitário, que individualiza e isola. O que propomos é aludir às histórias e às experiências das mulheres relatadas como contraponto à sociedade do cansaço. Talvez, o que suas trajetórias e feitos têm de mais revolucionário é a possibilidade de reflexão e de resistência aos processos de solidão, propondo uma ciência compartilhada, produzida a partir da perspectiva e aposta em um mundo comum, herança do pensamento arendtiano.

Este ensaio não se propõe à mera denúncia, buscamos afirmar nossas apostas e a potência de nossas produções, buscamos legitimá-las enquanto produção de conhecimento, produção de saberes científicos. Nós, autoras deste texto, em companhia das mulheres cujas histórias compartilhamos, decerto fissuramos a leitura da ciência como saber neutro, asséptico, produção de verdades irrefutáveis. Nossa aposta segue a direção de saberes construídos COM, incluindo outras mulheres e suas histórias de vida. Produção de conhecimento múltiplo, imerso de vida, construído em relação. Saberes no plural, que atendem ao rigor ético-estético-político, não menos importante, não menos válido. Esperamos que este texto-ensaio-peça-carta encontre leitores abertos ao encontro, que se deixem tombar pelos acontecimentos...

REFERÊNCIAS

ADICHIE, C. Ngozi. **Sejam todos feministas**. Tradução Christina Baum. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

ANDALO, Carmen Silvia de Arruda. O papel de coordenador de grupos. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 135-152, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642001000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 ago. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642001000100007>.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

BARBOSA, J. **(Des)tecendo a produção de cuidado à mulher em situação de violência**. Rio de Janeiro: Bonecker, 2020, 236 p.

BEAUVOIR, S. de. **O segundo sexo: a experiência vivida**. Tradução Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 5. ed. 2019.

BERENSON, B. **Estética e Histórias**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972. 257 p.

BOLZANI, Vanderlan da Silva. Mulheres na ciência: por que ainda somos tão poucas? **Ciênc. Cult.**, São Paulo, v. 69, n. 4, p. 56-59, out. 2017. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252017000400017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 ago. 2020. <http://dx.doi.org/10.21800/2317-66602017000400017>.

BONDÍA, J.L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28. 2002.

BONDÍA, J.L. O ensaio e a escrita acadêmica. **Revista Educação & Realidade**, v. 28, n. 2, p. 101-115, jul./dez. 2003.

CABECEIRA, Ana Clara da Silva. **A vida de Hipácia de Alexandria: representações de gênero na Antiguidade tardia**. Monografia (Licenciatura em Filosofia) – Universidade de Brasília, 2014. 43p.

CHASSOT, A. **A ciência é masculina?** 5. ed. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2011.

COSTA, Maria Conceição da. Ainda somos poucas: exclusão e invisibilidade na ciência. **Revista Pagu**, Campinas, n. 27, p. 455-459, dezembro de 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332006000200018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 ago. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332006000200018>.

CUNHA, M.B. et al. As mulheres na ciência: o interesse das estudantes brasileiras pela carreira científica. **Revista Educ. quím.**, v. 25, n. 4, p. 407-417, 2014.

GUIMARÃES, M., Ciência, palavra (pouco) feminina. **Revista FAPESP**, ed. 190, dez. 2011.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço**. Tradução Ênio Paulo Giachini, 2. ed. ampl. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

LICIO, José Guilherme. **Prêmio Nobel**: palestras oficiais sob a perspectiva da ciência integral. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Instituto de Física, Instituto de Química e Instituto de Biociências, Universidade São Paulo, São Paulo, 2018. 193p.

LINO, Tayane Rogeria; MAYORGA, Cláudia. As mulheres como sujeitos da Ciência: uma análise da participação das mulheres na Ciência Moderna. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**, v. 7, n. 3, p. 96-107, 2016.

LOPES, Maria Margaret; COSTA, M. C. Problematizando ausências: mulheres, gênero e indicadores na História das Ciências. In: QUARTIM DE MORAES, Maria Lygia. (Org.) **Gênero nas fronteiras do Sul**. Campinas-SP: Núcleo de Estudos de Gênero – Pagu/Unicamp, 2005. Coleção Encontros.

MERENGUÉ, Devanir. Literatura da recusa: protagonismo e resistência. **Rev. bras. psicodrama**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 127-140, 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932013000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 4 ago. 2021.

PINHEIRO, L. Nobel premia três mulheres em 2018, mas elas somam apenas 5% dos vencedores desde 1901. **G1**, 18 out. 2018. Ciência e Saúde. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2018/10/18/nobel-premia-tres-mulheres-em-2018-mas-elas-somam-5-dos-vencedores-desde-1901.ghtml>. Acesso em: 30 set. 2020.

PIRANDELLO, Luigi. **Seis personagens à procura de um autor**. Trad. Elvira Rina Malerbi Ricci. São Paulo: Abril, 1977.

RIBEIRO, M. Pirandello e o teatro: por uma gênese de seis personagens à procura de um autor. **Revista Manuscrita**. São Paulo, n. 22, p. 60-92, 2012. Disponível em: <http://www.revistas.fflch.usp.br/manuscrita/article/view/1151>. Acesso em: 29 jan. 2019.

SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**. (1988) 13 ed. Porto, Portugal: Afrontamento. 2002.

SILVA, Fabiane Ferreira; RIBEIRO, Paula Regina Costa. A participação das mulheres na Ciência: problematizações sobre as diferenças de gênero. 2011. **Revista Labrys Estudos Feministas**, n. 10, jul./dez. 2011. Disponível em: <http://www.tanianavarrosain.com.br/labrys/labrys20/bresil/fabiene.htm>. Acesso em: 30 set. 2020.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. **Pode o subalterno falar?** Tradução Sandra Regina Goulart Almeida, Marcos Pereira Feitosa e André Pereira Feitosa. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2014.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. Prefácio: Upon Reading the Companion to Postcolonial Studies. In: SCHWARZ, Henry; RAY, Sangeeta (Orgs.). **A companion to postcolonial studies**. Blackwell Publishing Ltd, 2005.

TSALLIS, A. Caros colegas pesquisadores. In: BERNARDES, A. G.; TAVARES, G. M.; MORAES, M. (Orgs.). **Cartas para pensar políticas de pesquisa em Psicologia** (ebook). Vitória: EDUFES, 2014. p. 123-130. Disponível em: <http://edufes.ufes.br/items/show/357>. Acesso em: 04 ago. 2020.

11

DHERIK FRAGA SANTOS
RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA

AS RELAÇÕES ENTRE AS MASCULINIDADES E AS VIOLÊNCIAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

INTRODUÇÃO

Ao longo do processo de amadurecimento de um indivíduo, a composição do “ser homem” na população brasileira se expressa em ser forte e agressivo, sendo incitado a não demonstrar suas emoções e a utilizar, em variadas situações, a violência para solucionar conflitos (OLIVEIRA; GOMES, 2011). Nota-se, frequentemente, homens como perpetradores de violência contra eles próprios, contra outros homens e contra as mulheres, no entanto ainda há a necessidade de compreender como a socialização dos homens impulsiona essa violência. A legitimidade social do comportamento violento, ainda na atualidade, é reconhecida pela coletividade como sinônimo de iniciativa, sendo componente de constituição associado a atributos de força física (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013). No decorrer dos processos de masculinização difundidos ao longo da história da humanidade, na maior parte das vezes, os homens desenvolvem-se guiados a se preocupar especialmente com questões relacionadas à liberdade, à coragem e, sobretudo, à prática da autoridade ao longo de sua concepção enquanto o que é ser homem (BEIRAS; CANTERA, 2012).

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde publicou o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, no qual estabelece a violência como

uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002 p.5).

Desse modo, violência compreende atos ou omissões que inviabilizam, impeçam ou mesmo atrasem o pleno desenvolvimento humano, além de representar grave problema e grande desafio para o setor da saúde, por seus efeitos e impactos em todas as esferas da vida dos indivíduos, grupos e nações (SOUZA et al., 2012). A violência é um problema sociopolítico que afeta materialmente a saúde dos cidadãos, ocasionando elevados custos para as famílias, a sociedade, o sistema judiciário e penitenciário, além de se entranhar na cultura, produzindo diversas formas de discriminação e preconceito (MINAYO, 2013).

Mais especificamente, a violência de gênero se institui enquanto preocupante problema de saúde pública e se dá como fruto da hierarquia de poder de um gênero sobre o outro, constantemente o masculino sobre o feminino nos casos de violências. Segundo Araújo (2008), expressa-se em um conceito amplo, sendo a violência contra a mulher uma das mais relevantes ocorrências da violência de gênero. A violência de gênero na trama da violência contra a mulher considera não as distinções biológicas, mas sim as diferenças no aspecto social, que implicam nas desigualdades econômicas, sociais e no exercício do poder entre homens e mulheres (RANGEL; WENCZENOVICZ, 2016). Na sociedade patriarcal, a hierarquia de poder é praticada mantendo a dominação do patriarca da família e posicionando a mulher em situação de dependência e submissão em um relacionamento assimétrico pautado na desigualdade entre os parceiros. No ponto de vista de gênero, a masculinidade, assim como a feminilidade, baseia-se na construção social do “ser homem” e “ser mulher”, de modo que assimilamos, naturalizamos e reproduzimos os papéis almejados para cada sexo (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013). Essa crença simbólica ainda conduz a formação de identidades marcadas na hegemonia masculina, passando a retratar as mulheres como implacavelmente inferiores ou subservientes aos homens, o que encoraja a violência contra a mulher (CARTER, 2015).

A utilização de violência contra a mulher tem sido vista como uma prática frequente de alguns homens, em suas relações afetivo-sexuais, quando notam seu poder e controle sendo ameaçados. Nessas ocasiões, a própria identidade masculina é experienciada como vulnerável, por estar relacionada a sentimentos de impotência, medo, frustração, confusão, vergonha, insatisfação e ciúme. A negação desses sentimentos, que

manifestam a fragilidade masculina, favorece o amontoamento de estados afetivos que, por não serem demonstrados, podem resultar em explosões de violência, caracterizando-se, dessa maneira, como um dos fatores associados à violência contra as mulheres (OLIVEIRA; GOMES, 2011).

Em 2019, 243 milhões de meninas e mulheres (de 15 a 49 anos), em todo o mundo, vivenciaram a violência sexual ou física por um parceiro íntimo (UN WOMEN, 2020a) e 33% das mulheres intencionalmente mortas foram assassinadas por um atual ou antigo parceiro íntimo (UN WOMEN, 2020b). Nesse total de mulheres assassinadas, a maioria eram negras, tendência que também é observada no Brasil. De acordo com Atlas da Violência de 2019, realizado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2020), 66,6% das vítimas eram mulheres negras, valendo destacar que 89,9% dos feminicídios foram efetuados pelo companheiro ou ex-companheiro. Desde a promulgação da Lei 13.104 de 2015, que compreende o feminicídio como qualificadora do homicídio no Código Penal brasileiro, verifica-se um aumento progressivo nos feminicídios no Brasil em nível nacional e subnacional. No país, os casos registrados foram de 929 em 2016, primeiro ano completo da lei em vigência, para 1.326 em 2019, um aumento de 43% no período. Mesmo com uma queda nos homicídios em 2018 e 2019, o total de casos de feminicídio registrados continuou a crescer, assim como sua proporção em relação a totalidade de casos de homicídios com vítimas mulheres. Em 2016, esse percentual era de 22%, atingindo a proporção de 36% em 2019, o que indica uma melhoria da notificação desse delito por parte das autoridades policiais (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020).

A compreensão dos mecanismos que fundam práticas violentas e a perspectiva sobre aqueles que cometem a agressão têm se tornado ângulos significativos de estudo e análise para assimilarmos melhor as relações violentas e aperfeiçoar ações de políticas públicas, para além de intervenções separadas entre agressores e vítimas. Já houve importantes avanços sociais e legislativos, porém, na teoria e na prática, é necessário desenvolver e problematizar ações de modo a aprofundar nossa concepção sobre o fenômeno dos conflitos violentos de gênero. Para tanto, o presente estudo teve como objetivo levantar e discutir as produções científicas nacionais que abordem as relações entre as masculinidades e as violências.

MÉTODO

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura elaborada em seis etapas, aplicando o referencial teórico de Whittemore e Knafl (2005): 1) definição da questão norteadora; 2) busca na literatura; 3) seleção dos estudos que compuseram a amostra; 4) exportação de dados dos estudos incluídos; 5) discussão e interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão ou síntese do conhecimento gerado.

A questão norteadora foi elaborada a partir do acrônimo PICo (LOCKWOOD et al., 2017) determinando-se: P = população, “homens”; I = interesse, “masculinidade”; e Co = contexto, “violência”. Dessa maneira, elaborou-se a seguinte pergunta de pesquisa: “Quais as contribuições nacionais do campo da saúde coletiva do homem nos estudos que relacionam masculinidade e violência?”

Elencaram-se como critérios de inclusão artigos de estudos indexados em bases de dados, publicados e disponíveis na íntegra nos idiomas inglês, português e espanhol, relacionados à temática de investigação e realizados no Brasil entre o período de 2011 a 2020. Excluíram-se notas, duplicatas, monografias, dissertações e teses.

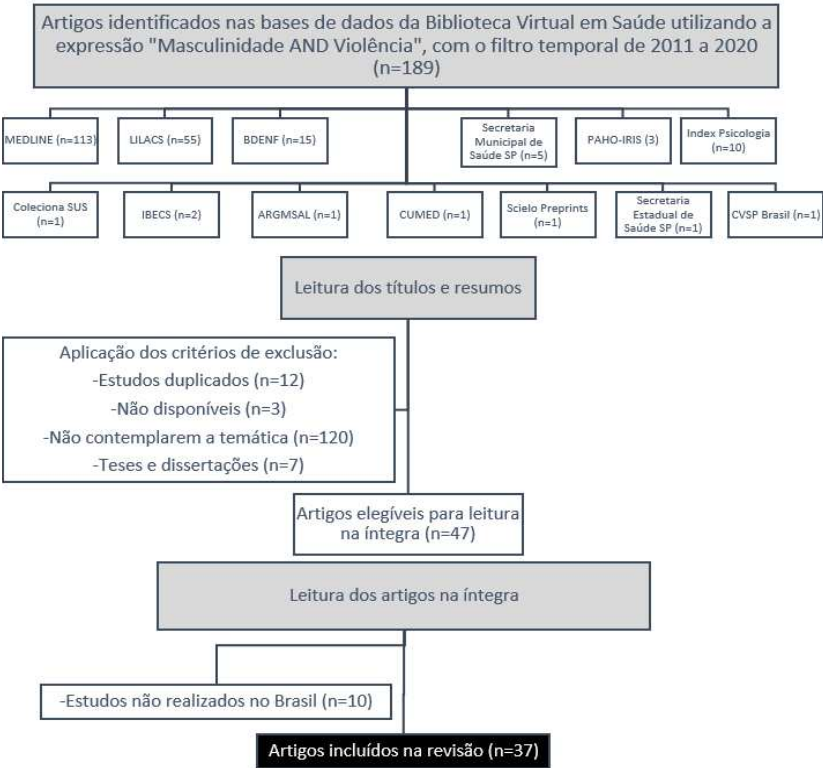
O levantamento bibliográfico foi realizado no mês de janeiro de 2021 nas bases eletrônicas de dados incorporadas na Biblioteca Virtual em Saúde. Os descritores controlados foram selecionados por meio de consulta aos termos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A expressão de busca foi elaborada utilizando o operador booleano “AND”. Sendo, então, adotada a seguinte expressão: masculinidade AND violência.

O acesso às produções ocorreu por meio da Biblioteca Virtual em Saúde. Com o intuito de minimizar prováveis erros ou vieses de aferição dos estudos, a seleção foi desenvolvida por dois revisores, independentemente, em duas etapas. Na primeira etapa, procedeu-se a leitura de título e resumo e, na segunda, fez-se a leitura do texto na íntegra. Nas ocasiões em que ocorreram desacordos, houve discussão entre os dois avaliadores para atingir um consenso.

A busca resultou em 189 produções. Ressalta-se que os artigos duplicados em mais de uma base de dados ou índice foram contabilizados apenas uma vez, sendo 12 removidos por duplicatas. Assim, na primeira etapa, 177 artigos foram selecionados para a leitura de título e resumo.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 130 artigos foram descartados (120 não estavam relacionados à temática ou não foram realizados no Brasil, 7 eram monografias, dissertações ou teses e 3 não estavam disponíveis na íntegra). Na segunda etapa, 47 artigos foram elegíveis para a leitura de texto completo, sendo excluídas 10 produções por não serem estudos realizados no Brasil, restando 37 artigos, os quais compuseram a amostra e foram analisados. A Figura 1 descreve o fluxograma dos artigos selecionados.

Figura 1 - Fluxograma de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos artigos.



Fonte: Elaborada pelos autores, 2020.

Os dados foram extraídos mediante formulário contendo informações sobre identificação do artigo, autores, ano de publicação, tipo de estudo, revista e objetivo. Já os principais resultados dos artigos foram condensados por temática e descritos através dos tópicos elaborados para expor os achados deste estudo.

RESULTADOS

A síntese dos achados foi organizada no Quadro 1 e a análise crítica possibilitou a organização dos resultados por similaridade semântica, o que permitiu a construção de três categorias: caracterização das masculinidades dos homens violentos, grupos reflexivos com homens autores de violências, e homens privados de liberdade.

Quadro - 1 Síntese das produções incluídas abordando identificação, autores, ano, tipo de estudo, revista e objetivo. Brasil, 2020.

Artigo	Autores	Ano	Tipo de estudo
A1	Schraiber, L.B. et al.	2012	Estudo transversal
A2	Nascimento, A.R.A. et al.	2011	Qualitativo, exploratório.
A3	Monteiro, S.; Cecchetto, F.	2011	Reflexão teórica
A4	Campos, M.R. et al.	2015	Quantitativo. Estimção da carga de doença.
A5	Brancaglioni B.C.A; Fonseca R.M.G.S.	2016	Estudo transversal

Revista	Objetivo
Rev. Bras. Epidemiol.	Ampliar o conhecimento desses dois tipos de situação relativamente aos homens, quer a violência sofrida, quer a perpetrada, e em especial objetivando estimar aquela perpetrada contra suas parceiras íntimas.
Memorandum 21	Identificar, em publicações direcionadas aos praticantes de artes marciais, como têm sido veiculados conteúdos relativos às características de lutadores profissionais que possuem destaque no universo das lutas.
FIOCRUZ	Fomentar uma análise sobre as implicações das expressões de discriminação no âmbito dos agravos à saúde nesse segmento social.
Cad. Saúde Pública	Estimar a carga global de doença para causas externas em 2008 no Brasil.
Rev. Bras. Enferm.	Analisar a violência por parceiro íntimo na adolescência na perspectiva de gênero e geração.

A6	Santos, H.B; Nardi, H.C.	2014	Reflexão teórica
A7	Paixão, G.P.N. et al.	2018	Qualitativo, exploratório-descritivo
A8	Silva, A.F. et al.	2019	Qualitativa. História oral temática
A9	Sousa, A.R. et al.	2016	Qualitativo
A10	Brilhante, A.V.M.; Nations, M.K.; Catrib, A.M.F.	2018	Etnomusicologia
A11	Banin, S.A.; Beiras, A.	2016	Revisão bibliográfica
A12	Mandelbaum, B.; Schraiber, L.B.; Oliveira, A.F.P.L.	2016	Reflexão teórica
A13	Casadei E.B.; Kudeken, V.S.F.S.	2020	Qualitativo. Análise crítica do discurso
A14	Prado, V.M.; Silva, E.M.O.	2017	Relato de experiência
A15	Oliveira, K.L.C.; Gomes, R.	2011	Revisão bibliográfica
A16	Billand, J.; Paiva, V.S.F.	2017	Estudo etnográfico
A17	Estrela, F.M. et al.	2020	Pesquisa-ação
A18	Estrela, F.M. et al.	2020	Relato de experiência acerca de uma pesquisa-ação

Physis Revista de Saúde Coletiva	Analisar, no contexto biopolítico brasileiro, a saúde dos homens privados de liberdade sob a luz da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), do Plano Nacional de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e da atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.
Texto Contexto Enferm.	Conhecer a experiência masculina acerca da prisão preventiva por violência conjugal.
Interface (Botucatu)	Conhecer as implicações da vivência de prisão preventiva por meio da história oral de homens em processo criminal por violência conjugal.
Rev. Latino-Am. Enfermagem	Conhecer as repercussões da prisão por violência conjugal para os homens.
Cad. Saúde Pública	Compreender os sentidos atribuídos à violência sexual contra a mulher expressa nas letras de forró por rapazes adolescentes residentes na periferia de Fortaleza, Ceará, Brasil.
Psicologia em Estudo	Clarificar como o homem genderificado é entendido nos textos de diferentes documentos ao longo dos anos.
Saúde Soc. São Paulo	Examinar as possibilidades de diálogo interdisciplinar entre a psicanálise e a teoria de gênero.
Reciis – Rev Eletron Comum. Inf. Inov. Saúde	Mapear discursos sobre masculinidade que se entrecruzam no discurso da saúde pública sobre masculinidade tóxica.
Barbarói	Apresentar o Núcleo de Atenção ao Homem de um município de médio porte do interior paulista, que desenvolve ações interventivas junto a homens agressores.
Ciência & Saúde Coletiva	Analisar a produção do conhecimento acerca do tema “homens e violência conjugal”.
Ciência & Saúde Coletiva	Discutir os limites e as possibilidades da prática de um grupo reflexivo junto a homens autores de violência contra mulheres.
Rev. Bras. Enferm.	Conhecer as contribuições do Grupo Reflexivo na perspectiva de homens em processo criminal por violência conjugal que participaram de uma tecnologia social.
Rev. Esc. Enferm. USP	Divulgar tecnologia social para homens, desenvolvida pelo grupo de estudos Violência, Saúde e Qualidade de Vida, visando à prevenção da violência conjugal.

A19	Medrado, B.; Lemos, A.R.; Brasilino, J.	2011	Qualitativo, exploratório.
A20	Silva, A.F. et al.	2018	Qualitativo, exploratório.
A21	Silva, F.B. et al.	2015	metodologia de intervenção
A22	Antezana, A.P.; Moretti, L.	2012	Reflexão teórico-prática e crítica
A23	Lodetti, A. S. et al.	2018	Reflexão teórica
A24	Novaes, R.C.P.; Freitas, G.A.P.; Beiras, A.	2018	Revisão bibliográfica
A25	Cesaro B.C.; Santos, H.B.; Silva, F.N.M.	2018	Reflexão teórica
A26	Separavich, M.A., Canesqui, A.M.	2013	Revisão bibliográfica
A27	Passos, D.A. et al.	2014	Qualitativo, exploratório.
A28	ALVES, R.A. et al.	2012	Qualitativo, exploratório.
A29	Brasiliense, D.; Ansel, P.	2016	Reflexão teórica

Psicologia em Estudo	Analisar, a partir de uma perspectiva psicossocial, posicionamentos e argumentos construídos por profissionais que atuam na rede de enfrentamento à violência contra as mulheres acerca das possibilidades e modalidades de atenção aos homens denunciados.
Online Braz. J. Nurs.	Conhecer a contribuição do Grupo Reflexivo para o enfrentamento da violência conjugal.
Pesquisas e Práticas Psicossociais	Possibilitar aos homens agressores a tomada de decisões sobre a sua vida e sobre os aspectos que têm acarretado profundos prejuízos no seu desenvolvimento psicossocial.
Nova Perspectiva Sistêmica	Indagar sobre os pressupostos tácitos contidos nos modelos dominantes de intervenção com homens que exercem violência no casal.
Psicologia & Sociedade	Estabelecer a relação entre os conceitos de femicídio e feminicídio com os estudos sobre as masculinidades no contexto da violência feminicida, tendo como pano de fundo os ordenamentos jurídicos internacional e nacional, assim como os estudos feministas sobre a violência.
Barbarói	Fornecer um panorama geral sobre a temática, além de avaliar carências e potenciais aspectos para pesquisa e intervenção com os homens autores de violência.
Rev Panam. de Salud Publica	Problematizar a incorporação da dimensão das masculinidades como fomentadora de estratégias de gestão na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) brasileira.
Saúde Soc. São Paulo	Revisar os textos que trataram do tema teoria de gênero sobre masculinidades nos periódicos de Saúde Coletiva/Saúde Pública no período de 2005-2011.
Movimento	Analisar como professores (mestres) e ex-lutadores de modalidades de lutas e artes marciais apresentam suas memórias acerca dos primórdios da prática que ficou conhecida como “vale-tudo” em Curitiba.
Interface – Comunic., Saude, Educação	Compreender o envolvimento dos homens com a violência.
RECIIS – Rev Eletron Comum. Inf. Inov. Saúde	Analisar o exercício da virilidade masculina performatizada nos discursos midiáticos que circulam no cotidiano.

A30	Nóbrega, V.K.M. et al.	2019	Estudo qualitativo e representacional
A31	Garcia, A. L. C.; Beiras, A.	2019	Análise temática das narrativas.
A32	Brasco, P. J.; De Antoni, C.	2020	Qualitativo, exploratório. Análise temática.
A33	Santos, A.C.S. et al.	2014	Qualitativa, exploratória.
A34	Cecchetto, F. et al.	2016	Qualitativo, exploratório.
A35	Paixão, G.P.N. et al.	2018	Qualitativo, de caráter exploratório-descritivo
A36	Silva, A.F. et al.	2020	História Oral de Vida
A37	Pimentel, A.S.G.	2011	Revisão bibliográfica

Fonte: Elaborada pelos autores, 2020.

Ciência & Saúde Coletiva	Analisar as representações sociais do comportamento agressivo do homem sob a ótica da mulher agredida.
Psicologia: Ciência e Profissão	Evidenciar como os sentidos de si e do Outro identificados em narrativas de homens autores de violência sustentam e justificam a ação violenta cometida.
Psicologia: Ciência e Profissão	Conhecer como se constituíram as vivências na família de origem de homens envolvidos em relações conjugais violentas.
Revista Baiana de Enfermagem	Analisar o perfil dos homens autores de violência cometida contra a mulher com base no conteúdo de notícias jornalísticas.
Interface (Botucatu)	Analisar as visões e as experiências de jovens do sexo masculino sobre seus relacionamentos, explorando as questões de gênero e violência entre namorados adolescentes.
Rev. Bras. Enferm.	Analisar a percepção de homens em processo criminal sobre a violência conjugal.
Rev. Bras. Enferm.	Desvelar os atributos sociais da masculinidade que suscitam a prática da violência conjugal.
Contextos Clínicos	Refletir sobre masculinidade que descreve indicadores das matrizes moderna e pós-moderna de masculinidades.

CARACTERIZAÇÃO DAS MASCULINIDADES DOS HOMENS VIOLENTOS

Nota-se que há uma expressiva lacuna na produção de pesquisas e políticas direcionadas para os homens autores de violência no Brasil, ficando claro a necessidade de maior enfoque nesses homens (NOVAES; FREITAS; BEIRAS, 2018). Importante ressaltar que, apesar de diversos estudos terem sido produzidos para tentar determinar quantitativamente o que se descobre nos atos de violências de gênero, das relações entre a atitude violenta e a naturalização e essencialização de masculinidades violentas se encontrarem presentes nas análises sobre a temática, poucos estudos sobre violências se voltam para a análise das motivações masculinas como argumento para esse tipo de crime e para a manutenção dessas motivações (LODETTI et al., 2018).

Um reflexo da pouca discussão sobre a temática é a visão essencialista em que os homens, como sujeitos genderificados, costumam ser postos, resumidos à posição de agressores nas discussões acerca das violências de gênero, devido seu expressivo protagonismo como autores dessas violências (BANIN; BEIRAS, 2016). A simplificação da figura masculina ao agressor pode ter sido proveitosa no esforço pelos direitos e pela segurança das mulheres, contudo tem-se tornado cada vez mais nítido que a simples punitividade não soluciona a questão da violência e da recorrência do papel de agressor e de vítima, até em novos relacionamentos (BANIN; BEIRAS, 2016).

Ao que tudo indica, estamos nos deparando com uma sociedade efetivamente falocêntrica, que toma a palavra, a lei, a ordem, a sociabilidade e os padrões normativos das masculinidades e os conjuga de forma plenamente artificiosa (LODETTI et al., 2018). Essa visão ainda tem privilegiado os homens indiciados por crimes de violência de gênero, pois auxilia a elaboração da justificativa e a redução da pena ou absolvição do assassino com base na compreensão de seu sofrimento psíquico como homem abandonado, ultrajado ou malquisto (LODETTI et al., 2018).

Esses artifícios de privilégios androcêntricos são formas de realizar a manutenção da dominação dos homens sobre as mulheres. Definida como masculinidade hegemônica, ela vai se alterando ao longo da construção

sócio-histórica das populações (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013). Para se manter como dominante, não necessariamente o homem terá um comportamento violento, mas, no caso de muitos países e inclusive o Brasil, a característica “violento” se mantém impregnada na construção da masculinidade hegemônica nacional (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013).

O comportamento violento não é a única ferramenta para manter a dominação dos homens sobre as mulheres no Brasil. A partir dos resultados encontrados nos artigos analisados, é possível observar uma caracterização de elementos estruturantes das masculinidades hegemônicas locais envolvidas com as situações de violências de gênero, sendo elas: reafirmação da virilidade (BRASILIANSE; ANSEL, 2016; NASCIMENTO et al., 2011; PASSOS et al., 2014; SILVA et al., 2020); busca por aceitação entre outros homens do círculo de convivência (PASSOS et al., 2014); vulnerabilidade dos homens às violências agravadas através das suas socializações, nas quais a posição de dominador institui a violência como atributo da natureza do “ser homem”, que, por sua vez, reforça uma dinâmica macrossocial de dominação dos homens sobre as mulheres, configurando uma relação assimétrica de poder e privilégios (ALVES et al., 2012; BRANCAGLIONI; FONSECA, 2016; BRASCO; DE ANTONI, 2020; CECCHETTO et al., 2016; NÓBREGA et al., 2019; PAIXÃO et al., 2018b; PIMENTEL, 2011; SCHRAIBER et al., 2012; SILVA, et al., 2020); negação de qualquer tipo de sensibilidade que coloque o homem em um espaço que possa parecer feminino (BRASILIANSE; ANSEL, 2016); e minimização da figura da mulher à ideia de passividade, submissão e vitimização (NÓBREGA et al., 2019).

Tais características presentes na masculinidade hegemônica nacional serviram como base para a estruturação das prioridades conferidas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, criada pelo Ministério da Saúde em 2008, na qual são identificados os seguintes eixos: acesso dos homens aos serviços de saúde, saúde reprodutiva, sexualidade, violência e principais agravos à saúde masculina, contextualizados à luz dos determinantes sociais da saúde (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013). Como foi dito, esses determinantes se baseiam em um tipo de masculinidade hegemônica que, apesar de comprometer a saúde masculina, não é o único tipo de masculinidade existente na sociedade. Há outras

masculinidades hegemônicas e marginalizadas não menos importantes, que possuem outras demandas no campo da saúde (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013). As distintas masculinidades encontram-se imbricadas no processo saúde/doença vivenciado pelos homens e devem ser ponderadas na busca da adesão dos homens aos serviços de saúde (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

Ao discutir essa temática de masculinidades e violência, se faz necessário um olhar interseccional, visto que a experiência de algumas masculinidades marginalizadas é ainda de maior vulnerabilidade frente às masculinidades hegemônicas, uma vez que também há um processo interno de dominação de homens sobre outros homens. A interseccionalidade emprega-se, então, como uma ferramenta de análise que nos dá suporte para compreender como diferentes marcadores sociais têm impacto na forma como se ascende aos direitos e às oportunidades (AKOTIRENE, 2019). Visto isso, é destacado o quanto homens da parcela juvenil, das classes populares e denominados como negros (pretos e pardos) estão mais expostos a situações de discriminação e vulnerabilidade (MONTEIRO; CECCHETTO, 2011). Tal grupo mostra-se como relevantes vítimas e fomentadores da violência letal, um meio extremo de discriminação, na maior parte das vezes protagonizadas pelos e entre homens (MONTEIRO; CECCHETTO, 2011). Um dos reflexos dessas violências letais é observado por Campos et al. (2015), quando identifica uma proporção de 43% de anos de vida perdidos (YLL) ao analisar a relação “homicídio e violência” e homens.

Outro recorte necessário a se fazer é sobre a violência por parceiro íntimo na adolescência, um fenômeno predominantemente intrageracional, em que o contraste de idade entre os parceiros pode estabelecer maior vulnerabilidade das meninas devido ao encontro e interação das subalternidades de gênero e geração (BRANCAGLIONI; FONSECA, 2016). Ainda, é observado que a vivência das primeiras relações de intimidade em uma sociedade androcêntrica e adultocêntrica pode indicar maior vulnerabilidade à vivência e perpetração de violências por parceiro íntimo na adolescência (BRANCAGLIONI; FONSECA, 2016).

O estudo realizado por Brasco e De Antoni (2020) indica que a construção dessa masculinidade hegemônica que permeia os homens autores de violência sofre influências de suas vivências anteriores, experiências

durante a infância e adolescência desses homens, pautadas por figuras parentais abusivas, severas e negligentes. Um contexto que aparenta construir um cenário oportuno para a emergência da violência (BRASCO; DE ANTONI, 2020; GARCIA; BEIRAS, 2019).

Mesmo quando se trata de produção de conteúdo para o campo da mídia, o perfil dos homens autores de violência cometida contra as mulheres descrito é produzido de forma preconceituosa e generalizada, por meio das crenças, dos valores e da educação familiar, que envolve fatores culturais, sociais, econômicos e políticos, em que a própria composição da identidade masculina o faz acreditar que a mulher é sua propriedade e que, mantendo o que é de sua posse, ratificaria sua masculinidade (SANTOS et al., 2014). Cabe destacar que esse olhar também ocorre no âmbito musical, um outro campo da mídia que (re)produz e influencia ideologias patriarcais entre os jovens, dentre os diferentes estilos, com o forró se apresentando como uma arena de gênero, em que gladiadores disputam para registrar ideias de masculinidade, relações de gênero e sexualidade, replicando o sexismo imperante na sociedade contemporânea e favorecendo para a perpetuação da violência contra a mulher (BRILHANTE; NATIONS; CATRIB, 2018).

Ainda que a mídia sobre masculinidades seja produzida por campanhas do Sistema Único de Saúde (SUS), Casadei e Kudeken (2020) observaram, em duas campanhas do SUS sobre masculinidade tóxica, a confrontação narrativa entre uma masculinidade doente e outra saudável, o deslocamento do compromisso pela saúde das instituições sociais para o indivíduo e componentes de legitimação do discurso que fortalecem a masculinidade hegemônica nas mesmas peças (no caso dessas campanhas, vídeos) que visam questioná-la. O robusto viés moralizante do discurso expõe uma patologia social, mas não problematiza as vertentes sociais de sua produção, de forma que o próprio discurso público acerca da doença coloca a dualidade “patológica x saudável” como uma opção do indivíduo, não considerando as condições de seu entorno social. A convocação opera, além disso, ao enredar a responsabilização individual pelas escolhas de vida a um discurso que fortifica elementos da masculinidade hegemônica, ao permear um processo de subjetivação que situa os homens como seres autônomos, responsáveis por si e pelos outros e agenciadores do próprio bem-estar. Dessa forma, ficam enfraquecidos os discursos sobre o público e as responsabilidades coletivas (CASADEI; KUDEKEN, 2020).

GRUPOS REFLEXIVOS COM HOMENS AUTORES DE VIOLÊNCIAS

Os grupos de reflexão e responsabilização com autores de violência procuram dispor condições para que os homens se percebam capazes de evitar novos casos em que usem a violência como saída (BANIN; BEIRAS, 2016). O diálogo interdisciplinar possibilita compreender o desenvolvimento de sentimentos e comportamentos típicos da masculinidade hegemônica, consolidados principalmente em culturas patriarcais, tais como reiteração das violências nos agressores e um contexto de medos e vergonhas nas vítimas (MANDELBAUM; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2016).

A potencialidade de intervenções como a estratégia de grupos reflexivos está em resistir e confrontar uma cultura de violência composta por discursos que subjugam e segregam as mulheres, as desigualdades de masculinidades e feminilidades, restringindo possibilidades de existência para o próprio homem (PRADO; SILVA, 2017). Nesse entendimento, compreender as violências contra as mulheres como produto de uma construção sócio-histórica estende o debate e nossa compreensão, em tal grau que essa construção pode ser desconstruída e reconstruída por meio de uma nova forma de sociabilidade, uma vez que se forma um campo de troca de experiências e vivências sólidas sobre as relações que se arquitetam e se (re)produzem na malha social e que auxiliam para o processo de vulnerabilização de determinados grupos (PRADO; SILVA, 2017).

Visto isso, é necessário dialogar com os homens (e entre homens), para que ampliem sua percepção acerca da divergência entre suas experiências pessoais e as expectativas que conduzem suas relações com mulheres, ou ainda, é preciso criar espaços de socialização onde homens consigam refletir sobre o fracasso dos seus planos de felicidade (cobiçados em culturas patriarcais), frustrados pelas conquistas de poder das mulheres (BILLAND; PAIVA, 2017; ESTRELA et al., 2020a). Porém, é importante destacar que esse processo reflexivo só pode ocorrer tendo em vista que outras intervenções sociais, almejando as mulheres, já estiverem promovendo essas conquistas de poder (BILLAND; PAIVA, 2017).

O processo de reflexão promovido pelos grupos reflexivos propicia a oportunidade aos homens de identificarem as diversas formas de expressão das violências de gênero e de perceberem seus comportamentos como desrespeitosos e criminosos (SILVA et al., 2018). É também nesse ambiente que os homens se despertam para a necessidade de aperfeiçoar o diálogo como estratégia de resolução harmoniosa de conflitos (SILVA et al., 2015). Essas contribuições do grupo reflexivo proporcionam a reflexão masculina a respeito do seu cotidiano conjugal, propiciando vislumbrar meios de (re)estruturar relações mais harmoniosas (BILLAND; PAIVA, 2017; ESTRELA et al., 2020a; SILVA et al., 2018; 2015). Aponta-se que, para a execução dessa tecnologia social (grupo reflexivo), é fundamental operacionalizar o trabalho a partir de articulação interdisciplinar, intersetorial e multiprofissional, anuência institucional, financiamento público e bioética para acesso às instituições envolvidas e aos homens participantes (ESTRELA et al., 2020b). É válido destacar que, tratando do grupo reflexivo como uma proposta psicossocial, é importante que haja uma busca por melhores métodos e resultados com homens autores de violência. Com esse olhar, Antezana e Moretti (2012) realizaram um estudo que indicou alguns apontamentos relevantes no estabelecimento de um marco construtivista-narrativista (construtivista e socioconstrucionista) com perspectiva de gênero (CNPQ) centralizado nos processos e fortalezas humanas para a compreensão, interpretação e intervenção nesse problema psicossocial.

E, para que ocorra o impacto desejado com essa tecnologia social, é fundamental que os profissionais que atuam com homens autores de violência estejam com formação adequada. No entanto, há, entre profissionais que operam na rede de enfrentamento à violência contra as mulheres, uma ordem de colocações ordenadas nos eixos prevenção, punição e medidas assistenciais, os quais aludem a uma polissemia de significados sobre violência e a um jogo de argumentos de difícil compreensão (MEDRADO; LEMOS; BRASILINO, 2011). Diante disso, salienta-se a necessidade de ampliar pesquisas referentes a homens implicados em episódios de violências contra as mulheres e de aplicar investimentos em processos de sensibilização de gênero e ressignificação simbólica dos próprios profissionais (MEDRADO; LEMOS; BRASILINO, 2011).

Onde já há grupos reflexivos para homens, ainda persiste a ausência de políticas regulamentadoras e a ocorrência de desafios práticos, como a falta ou o comprometimento em processos formativos críticos dos profissionais que lidam com os homens autores de violências (NOVAES; FREITAS; BEIRAS, 2018). É essencial a inclusão do enfoque de gênero, identidade de gênero, orientação sexual, condição étnico-racial, geração e deficiência nas práticas formativas dos trabalhadores e gestores de saúde pública (CESARO; SANTOS; SILVA, 2018). A escolha da melhor conduta articuladora entre os polos dessa complexa temática ainda demanda mais estudos, com metodologias qualitativas junto a atores de diferentes grupos e camadas sociais (OLIVEIRA; GOMES, 2011).

HOMENS PRIVADOS DE LIBERDADE

Estudos mostram que muitos homens que adoecem no encarceramento do sistema prisional morrem fora dele por carência de acesso ao cuidado em saúde (SANTOS; NARDI, 2014). Nesse caminho, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no sistema penitenciário reposiciona a discussão dos direitos à saúde, especialmente no que tange à integralidade e à intersetorialidade (SANTOS; NARDI, 2014). Com base na oralidade masculina, estudos apontam que a experiência de estar encarcerado em uma prisão preventiva por conta de uma decisão judicial em decorrência da violência de gênero praticada pelo homem afeta a saúde mental e física dos homens, acarreta o isolamento social e repercute em dificuldades financeiras e de empregabilidade (SILVA et al., 2019; SOUSA et al., 2016). O foco dessa informação não é vitimizar os agressores, mas entender e agir oportunamente sobre as demandas sociais e de saúde que esses homens apresentam.

A vivência de prisão preventiva fez com que os homens aflorassem, no primeiro momento, para o sentimento de injustiça, visto a naturalização da violência nas relações conjugais (PAIXÃO et al., 2018a). Contudo, após identificar e admitir a sua conduta violenta, o desejo por relações livres e violência se dissipou (PAIXÃO et al., 2018a).

O apoio social de diferentes setores aos homens que vivenciaram prisão preventiva se mostrou essencial para a autorresponsabilização, visto ser esse um dos passos iniciais para a (re)significação da relação de gênero (conjugal) e (re)construção de relacionamentos harmônicos (PAIXÃO et al., 2018a).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa traz um panorama importante sobre os estudos realizados sobre a relação das masculinidades com as violências. Adotando-se um olhar interseccional, principalmente analisando os atravessamentos dos eixos raça, classe e gênero sobre o fenômeno, podemos observar que os estudos sobre as masculinidades envolvidas com as violências se voltam para as que mantêm sua dominação dos homens sobre as mulheres sob uma perspectiva predominantemente patriarcal e pouco se discute sobre a dominação de um determinado perfil de masculinidade hegemônica sobre outra masculinidade não-hegemônica.

Visto isso, podemos notar a expressiva discussão sobre violências de gênero, mais especificamente sobre as violências por parceiros íntimos heterossexuais (homens contra as mulheres). Diante disso, nota-se uma lacuna do que ocorre sobre as violências entre homens e sobre homens em situação de violência. Discutir sobre esses pontos possibilitaria a caracterização de outras masculinidades hegemônicas e não-hegemônicas vigentes, que podem ocorrer, por exemplo, em relacionamentos homoafetivos masculinos ou entre homens de diferentes raças e em distintas classes sociais em relação aos seus pares e as mulheres.

Outro ponto que é válido ressaltar é que a maioria dos estudos analisados trabalham com homens indiciados pelo sistema judiciário e que participam de grupos reflexivos por terem cometido alguma das violências de gênero. Por consequência, os achados não parecem ser sensíveis às violências que ocorrem no dia a dia por diferentes masculinidades, que, por uma camada de motivos, não são denunciadas e nem indiciadas pelo judiciário.

A partir do exposto, este estudo aponta para a necessidade de novos estudos sobre esse campo temático, para que se amplie a discussão sobre

as masculinidades como plurais, distanciando o olhar essencialista do “ser homem” em relação as violências.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. Rio de Janeiro: Polén. 152 p., 2019.

ALVES, Rejane Aparecida et al. Homens, vítimas e autores de violência: a corrosão do espaço público e a perda da condição humana. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v. 16, n. 43, p. 871-883, 2012.

ANTEZANA, Álvaro Ponce; MORETTI, Luciana. Intervenção com homens que praticam violência contra seus cônjuges: reformulações teórico-conceituais para uma proposta de intervenção construtivista-narrativista com perspectiva de gênero. **Nova Perspect. Sist.**, v. 21, n. 42, p. 9-27, 2012.

ARAÚJO, M.F. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. **Psicol. Am. Lat.**, v. 14, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2000000300012&lng=pt&nrm=i sso. Acesso em: 28 mar. 2021.

BANIN, Samantha Alflen; BEIRAS, Adriano. A categoria homem nas políticas públicas e leis brasileiras. **Psicol. Estud.** (Online), v. 21, n. 3, p. 523-535, 2016.

BEIRAS, A; CANTERA, L.M. Narrativas personales, construcción de masculinidades – Aportaciones para la atención psicosocial a hombres autores de violencia. **PSICO**, v. 43, p. 251-259, 2012.

BILLAND, Jan; PAIVA, Vera Silvia Facciolla. Desconstruindo expectativas de gênero a partir de uma posição minoritária: como dialogar com homens autores de violência contra mulheres? **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, n. 9, p. 2979-2988, 2017.

BRANCAGLIONI, Bianca de Cássia Alvarez; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Violência por parceiro íntimo na adolescência: uma análise de gênero e geração. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 5, p. 946-955, 2016.

BRASCO, Priscila Jandrey; DE ANTONI, Clarissa. Violências Intrafamiliares Experienciadas na Infância em Homens Autores de Violência Conjugal. **Psicol. Ciênc. Prof.**, v. 40, p. e218119-e218119, 2020.

BRASILIANSE, Danielle Ramos; ANSEL, Pedro. Representações da masculinidade viril contemporânea no programa popular da rádio cidade fm: hora dos perdidos. **RECIIS (Online)**, v. 10, n. 3, p. 1-15, 2016.

BRILHANTE, Aline Veras Moraes; NATIONS, Marilyn Kay; CATRIB, Ana Maria Fontenelle. “Taca cachaça que ela libera”: violência de gênero nas letras e festas de forró no Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública (Online)**, v. 34, n. 3, p. e00009317-e00009317, 2018.

CAMPOS, Mônica Rodrigues et al. Morbidity and mortality associated with injuries: results of the Global Burden of Disease study in Brazil, 2008. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 121-136, 2015.

CARTER, J. Patriarchy and violence against women and girls. **Lancet**. [Internet], v. 40, n. 1, p. 385 (9978), 2015.

CASADEI, Eliza Bachega; KUDEKEN, Victoria Sayuri Freire dos Santos. A masculinidade tóxica no discurso da saúde pública: estratégias de convocação dos homens em campanhas do SUS. **RECIIS (Online)**, v. 14, n. 4, p. 912-925, 2020.

CECCHETTO, Fátima et al. Violências percebidas por homens adolescentes na interação afetivo-sexual em dez cidades brasileiras. **Interface Comun. Saúde Educ**, v. 20, n. 59, p. 853-864, 2016.

CESARO, Bruna Campos De; SANTOS, Helen Barbosa dos; SILVA, Francisco Norberto Moreira da. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. **Rev. Panam. Salud Pública**, v. 42, p. e119-e119, 2018.

CONNELL, R.W.; MESSERSCHMIDT, J.W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Rev. Estud. Fem.**, v. 21, n. 1, p. 241-282, 2013.

ESTRELA, Fernanda Matheus et al. Contributions of a social technology from the perspective of men being sued for gender violence. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. supl.6, p. e20190598-e20190598, 2020a.

ESTRELA, Fernanda Matheus et al. Social technology to prevent intimate partner violence: the VID@ Group in actions with men. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03545, 2020b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018040803545>. Acesso em: 26 abr. 2021.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (Org.). **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**, n. 14, 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/02/anuario-2020-final-100221.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2021.

GARCIA, Ana Luíza Casasanta; BEIRAS, Adriano. A psicologia social no estudo de justificativas e narrativas de homens autores de violência. **Psicol. Ciênc. Prof.**, v. 39, n. 2, n.esp, p. 45-58, 2019.

LOCKWOOD, C et al. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: AROMATARIS E., MUNN Z. (Eds.). **Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual**, 2017.

LODETTI, Alex Simon et al. A vida psíquica do homem e a morte de mulheres. **Psicol. Soc.** (Online), v. 30, p. e161068-e161068, 2018.

MANDELBAUM, Belinda; SCHRAIBER, Lília Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P. L. Violência e vida familiar: abordagens psicanalíticas e de gênero. **Saúde Soc.**, v. 25, n. 2, p. 422-430, 2016.

MEDRADO, Benedito; LEMOS, Anna Renata; BRASILINO, Jullyane. Violência de gênero: paradoxos na atenção a homens. **Psicol. Estud.**, v. 16, n. 3, p. 471-478, 2011.

MINAYO, M.C.S. Violência e educação: impactos e tendências. **Revista Pedagógica**, v. 15, n. 31, p. 249-264, 2013.

MONTEIRO, Simone; CECCHETTO, Fátima. Discriminação, cor/raça e masculinidade no âmbito da saúde: contribuições da pesquisa social. In: GOMES, R., org. **Saúde do homem em debate** (Online). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. p. 129-144.

NASCIMENTO, Adriano Roberto Afonso do et al. Virilidade e competição: masculinidades em perfis de lutadores das Revistas Tatame e Gracie. **Memorandum**, v. 21, p. 195-207, 2011.

NÓBREGA, Vannucia Karla de Medeiros et al. Resignation, violence and filing complaint: social representations of the male aggressor from the perspective of the female victim of aggression. **Cien. Saúde Colet.**, v. 24, n. 7, p. 2659-2666, 2019.

NOVAES, Rodrigo Caio de Padula; FREITAS, Guilherme Arthur Possagnoli; BEIRAS, Adriano. A produção científica brasileira sobre homens autores de violência – reflexões a partir de uma revisão crítica de literatura. **Barbarói**, n. 51, p. 154-176, 2018.

OLIVEIRA, Kátia Lenz Cesar de; GOMES, Romeu. Homens e violência conjugal: uma análise de estudos brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2401-2413, 2011.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (org.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

PAIXÃO, Gilvânia Patrícia do Nascimento et al. A experiência de prisão preventiva por violência conjugal: o discurso de homens. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 27, n. 2, p. e3820016-e3820016, 2018a.

PAIXÃO, Gilvânia Patrícia do Nascimento et al. Naturalization, reciprocity and marks of marital violence: male defendants' perceptions. **Rev. Bras. Enferm**, v. 71, n. 1, p. 178-184, 2018b.

PASSOS, Daniella de Alencar et al. As origens do “vale-tudo” na cidade de Curitiba-PR: memórias sobre identidade, masculinidade e violência. **Movimento (Porto Alegre)**, v. 20, n. 3, p. 1153-1173, 2014.

PIMENTEL, Adelma do Socorro Gonçalves. Interrogar masculinidades em Belém do Pará. **Contextos Clín.**, v. 4, n. 1, p. 18-27, 2011.

PRADO, Vagner Matias do; SILVA, Edson Marcelo Oliveria. Núcleo de atenção ao homem como espaço de reconstrução de masculinidades agressoras. **Barbarói**, n. 50, p. 245-262, 2017.

RANGEL, C.E.A.; WENCZENOVICZ, T.J. Violência: Interfaces com as Políticas Públicas nos Estados do Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro. **Gênero e Barbarói**, v. 47, p. 144-161, 2016.

SANTOS, Alessandra Carla Baia dos et al. Violência por parceiro íntimo: a versão da mídia impressa e as contribuições para a enfermagem. **Rev. Baiana Enferm.**, v. 28, n. 1, 2014. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/8341/8706>. Acesso em: 21 abr. 2021.

SANTOS, Helen Barbosa dos; NARDI, Henrique Caetano. Masculinidades entre matar e morrer: o que a saúde tem a ver com isso? **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 931–949, 2014.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 15, n. 4, p. 790-803, 2012.

SEPARAVICH, Marco Antonio; CANESQUI, Ana Maria. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde Soc.**, v. 22, n. 2, p. 415-428, 2013.

SILVA, Andrey Ferreira da et al. Contribuições do grupo reflexivo para o enfrentamento da violência conjugal: estudo descritivo. **Online Braz. J. Nurs.** (Online), v. 17, n. 2, 2018. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/>

nursing/article/view/5982/html_2. Acesso em: 18 abr. 2021.

SILVA, Andrey Ferreira da et al. Implicações da vivência de prisão preventiva por violência conjugal: narrativas masculinas. **Interface** (Online), Botucatu, v. 23, p. e170958-e170958, 2019.

SILVA, Andrey Ferreira da et al. Social attributes of the male that incite the violence by intimate partner. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, p. e20190470, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0470>. Acesso em: 15 abr. 2021.

SILVA, Fabiane Aguiar et al. Atenção psicossocial a homens autores de violência conjugal contra a mulher: uma construção participativa. **Pesqui. Prát. Psicossociais**, v. 10, n. 1, p. 177-191, 2015.

SOUSA, Anderson Reis de et al. Repercussions of imprisonment for conjugal violence: discourses of men. **Rev. Latinoam. Enferm.** (Online), v. 24, p. e2847-e2847, 2016.

SOUZA, E.R. et al. Estudo multicêntrico da mortalidade por homicídios em países da América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3183-3193, 2012. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001200004>. Acesso em: 15 abr. 2021.

UN WOMEN (Org.). **Covid-19 and Violence Against Women and Girls: Addressing the Shadow Pandemic**. v. 17, 2020a.

UN WOMEN (Org.). **From insights to action: gender equality in the Wake of Covid-19**. 2020b.

WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs**, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Acesso em: 02 abr. 2021.

12

JEANINE PACHECO MOREIRA BARBOSA
YAZARENI JOSÉ MERCADANTE URQUÍA
MAYARA CICILIOTTI DA SILVA
MARA REJANE BARROSO BARCELOS
CRISTIANE LOVATI DALCOL AZEREDO
KARINA FARDIN FIOROTTI

**CARTA DE
CONCEIÇÃO
EVARISTO À
SUELI CARNEIRO**

INTRODUÇÃO

Em geral as histórias são contadas à noite.
Essa será dita de dia, para que pensem nela
de noite.

FONTOURA, 2020

Este capítulo é resultado de um trabalho realizado na disciplina Desigualdades, Relações Étnico-Raciais e Acesso à Saúde, ofertada no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/UFES, com o objetivo de promover reflexões sobre questões que envolvem o feminismo negro. A carta apresentada atende a um convite feito pela própria Conceição Evaristo, na ocasião do projeto Cartas Negras: “Vamos ferir esse silêncio que nos machuca e reacender o pacto de criação das Cartas Negras?” (EVARISTO, 2017, p.21).

O projeto Cartas Negras surgiu, na década de 1990, como uma ideia de troca de missivas entre escritoras negras, para dar passagem a um desejo de acessar informações diferentes das que o texto literário oferece, dando visibilidade ao processo de escrita. Eram *vozes-mulheres* escritoras que dialogavam sobre projetos de vida e de literatura em uma verdadeira pedagogia de *griottes*, na qual essas mulheres pretas, contadoras de histórias, tornavam-se guardiãs da memória ao construir uma ponte entre a ancestralidade e a escritora das novas gerações. Essas *escrevivências* resistem à invisibilidade e ao esquecimento, buscando a vida e a sobrevivência para eternizar as falas de mulheres pretas silenciadas (TANUS; RODRIGUES, 2018).

O termo *escrevivência* foi cunhado por Conceição Evaristo e, mais tarde, em 2008, retomado por Constância Lima Duarte na contracapa da

antologia poética de Evaristo, *Poemas da recordação e outros movimentos*. A autora, então, ratifica que toda a sua escrita é derivada de suas experiências e lembranças singulares, que expressa as experiências coletivas marcadas pelo sofrimento da mulher negra escravizada, pela luta cotidiana, ao mesmo tempo em que demonstra a esperança nas gerações futuras para a construção de tempos melhores (FERREIRA, 2020).

Ressalta-se que esta carta foi produzida a partir da *escrevivência* de Conceição Evaristo, entrevistas, depoimentos e reportagens, na tentativa de apresentar a trajetória e alguns aspectos relevantes da vida e da obra dessa importante autora.

A CARTA

Belo Horizonte, 22 de março de 2021,

Querida amiga Sueli,

Esperava estar com você para abraçá-la pessoalmente pelos seus 70 anos. Infelizmente também não pude fazê-lo no ano passado.

Amiga, são muitas as formas de prisão e, por isso, senti que precisava escrever-lhe. Escrever é dar “movimento a dança-canto que meu corpo não executa. A poesia é a senha que invento para poder acessar o mundo” (EVARISTO, 2005, p. 202).

Durante esse tempo insano, a liberdade corre perigo, sobretudo para nós, mulheres pretas. Daqui, da gaiola onde estou, olho o mundo com os *olhos d’água, olhos correnteza* e “invento senha para colher liberdade e me expressar e contatar o outro. Assim, meu corpo dança e canta por dentro” (EVARISTO, 2005, p. 202).

Minha *pele-memória* me faz refletir sobre o destino da nossa mãe-nação e das filhas e filhos que choram no solo dessa pátria, não tão gentil para as pessoas pretas.

Apesar disso, recordo seu aniversário com muita alegria. Somos sobreviventes, mulheres pretas, vozes unidas que dão passagem a tantas outras vozes antes presas na garganta. Rompemos o silêncio com nossa *escrevivência*, assim como nossos ancestrais romperam e lutaram. Pois

“entre a dor, a dor e a dor”, reside a esperança. Somos insubmissas, mesmo que as lágrimas teimem em escorrer pela nossa face (EVARISTO, 2017).

As lembranças chegam mesmo sem ser convidadas. “Eu Antevejo. Antecipo. Antes-vivo. Antes – agora – o que há de vir” (EVARISTO, 1990, p. 30). Eu-mulher-preta estou agradecida pela sua caminhada de vida, que, de muitas formas e jeitos, está entrelaçada aos interstícios da minha, onde preenchemos os vazios uma da outra.

Nesse tempo em que estamos fisicamente separadas, tenho perguntado o que é ser uma mulher preta nos dias de hoje. Retomo minha história desde o meu nascimento como o ritornelo das partituras musicais, mas noutro tom e com outra dinâmica.

Sempre me perguntei, desde pequena, como era essa cor parda que aparecia na minha certidão. Como seria essa tonalidade que me pertencia? “Eu não atinava qual seria. Sabia sim, sempre soube que sou preta” (EVARISTO, 2010, p.11), preta como você, minha querida Sueli. Ao te escrever (re)visito a minha história, a nossa história e de toda *parentada*. Lembrei-me, nesse momento, da minha mãe e minhas tias no árduo trabalho doméstico. “O cuidado de minha poesia aprendi foi de mãe [...]” (EVARISTO, 2008, p. 36).

Sueli, você sabe que tanto mãe quanto tia eram lavadeiras e as ajudava lavando e carregando trouxas de roupas. E surgia a necessidade da escrita no momento de auxiliar a mãe a conferir as roupas limpas para devolução (EVARISTO, 2010). Às vezes, me transporto e lembro:

O olho do sol batia sobre as roupas estendidas no varal e mamãe sorria feliz. Gotículas de água aspergindo a minha vida-menina balançavam ao vento. Pequenas lágrimas dos lençóis. Pedrinhas azuis, pedaços de anil, fiapos de nuvens solitárias caídas do céu eram encontradas ao redor das bacias e tinas das lavagens de roupa. Tudo me causava uma comoção maior. A poesia me visitava e eu nem sabia (EVARISTO, 2010, p.17).

Sempre desejei ser professora e, aos 8 anos, tive meu primeiro emprego como doméstica. Ao longo do tempo, outros foram aparecendo. Troquei horas de tarefas domésticas nas casas de professores por aulas particulares, por maior atenção na escola e, principalmente, pela possibilidade de ganhar livros, sempre didáticos, para mim e para minhas irmãs e

irmãos. A oportunidade que eu tive para estudar surgiu muito da condição de vida, um pouco melhor, que eu desfrutava quando fui morar com minha tia Lia e tio Totó. Entretanto, as minhas irmãs enfrentaram dificuldades maiores (EVARISTO, 2010). Fui resistência e insistência, pois, em mim, pulsava o desejo de ensinar. Poder ser é um direito humano!

Minha companheira de luta, conseguir algum dinheiro com os restos dos ricos, lixos depositados nos latões sobre os muros ou nas calçadas, foi um modo de sobrevivência também experimentado por nós. E, quando o diário de Maria Carolina de Jesus, lançado em 58, rapidamente ressurgiu, causando comoção aos leitores das classes abastadas brasileiras, nós nos sentíamos como personagens dos relatos da autora. Como Carolina Maria de Jesus nas ruas da cidade de São Paulo, aqui, nas ruas de Belo Horizonte, conhecíamos não só o cheiro e o sabor do lixo, mas o prazer que as sobras dos ricos podiam nos dar. Os excedentes dos ricos, quase sempre construídos sobre a miséria de outros, voltavam humilhantemente para nossas mãos, na forma de restos (EVARISTO, 2010).

Minha mãe leu e se identificou com o *Quarto de Despejo*, de Carolina, tanto que começou a escrever um diário alguns anos depois. Ainda guardo esses escritos para um dia poder provar, em alguma pesquisa futura, que os moradores da favela do Canindé criaram uma tradição literária (EVARISTO, 2010). Mas...

O que levou Carolina, Maria, Conceição, Sueli, mulheres escrevintes nascidas e criadas em ambientes não letrados, quando muito, semialfabetizados, a romperem com a passividade da leitura e buscarem o protagonismo da escrita? Tento responder: talvez, essas mulheres (como eu) tenham percebido que, se o ato de ler oferece a apreensão do mundo, o de escrever ultrapassa os limites de uma percepção da vida. Escrever pressupõe um dinamismo próprio do sujeito da escrita, proporcionando-lhe a sua auto inscrição no interior do mundo. E, em se tratando de um ato empreendido por mulheres negras, que historicamente transitam por espaços culturais diferenciados dos lugares ocupados pela cultura das elites, escrever adquire um sentido de insubordinação. Insubordinação que pode se evidenciar, muitas vezes, desde uma escrita que fere “as normas cultas” da língua [...] (EVARISTO, 2008, p. 16). É mesmo nosso “pretuguês”, como dizia Lélia González.

Em minha casa, todos nós estudamos em escolas públicas. Minha

mãe, sempre cuidadosa e desejosa que aprendêssemos a ler, nos matriculou em ótimas escolas públicas, mesmo distantes de nossa moradia, que atendiam a uma clientela basicamente da classe alta belorizontina. Como você pode perceber, tive a sorte de ter uma mãe visionária, amiga (EVARISTO, 2010).

Foi em uma ambiência escolar marcada por práticas pedagógicas excelentes para uns, e nefastas para outros, que descobri com mais intensidade a nossa condição de negros e pobres. Geograficamente, no Curso Primário, experimentei um “*apartaid*” escolar (EVARISTO, 2010, p.13).

Era um prédio de dois andares e o segundo andar era destinado às classes mais adiantadas, daqueles que recebiam medalhas, que nunca repetiam séries, que cantavam e dançavam nas festas e daquelas alunas que coroavam Nossa Senhora. Na escola, como na igreja, os anjos eram sempre loiros. Durante o Curso Primário, meu maior desejo era ser aluna das salas do segundo andar, até que, felizmente, fui muito bem aprovada da terceira para a quarta série e passei a frequentar as aulas no andar superior, para desgosto de alguns professores. Eu era uma menina questionadora e teimava em me apresentar em todos os eventos escolares, mesmo não sendo convidada. Isso incomodava vários professores, em contrapartida conquistava a simpatia de muitos outros (EVARISTO, 2010).

Agora, olho para trás e agradeço tanto a valentia dessa eu-menina teimosa e rebelde, e sei que você pode me entender bem, querida Sueli, também sempre rebelde, sempre resistindo e levantando sua voz de mulher negra brasileira.

Lembro-me quando ganhei o meu primeiro prêmio de literatura, vencendo um concurso de redação que tinha o título “Por que me orgulho de ser brasileira”. Houve discordâncias. Esperavam certa passividade de uma menina negra e pobre, assim como da sua família. E não éramos; especialmente minha mãe que constantemente vigiava e cobrava à escola (EVARISTO, 2010). Em 2015, quando ganhei o prêmio Jabuti com meu livro de contos *Olhos d’água*, disse, e hoje repito, “Não tem prêmio pra mim, que vai me fazer abrir mão daquilo que eu sou” (EVARISTO, 2020, s.p.).

Entretanto, somente na década de 1970, passei a discutir objetivamente as questões étnicas, quando parti para o Rio de Janeiro para me tornar professora e realizar esse desejo antigo (EVARISTO, 2010).

“Talvez o primeiro sinal gráfico que me foi apresentado como escrita, tenha vindo de um gesto antigo de minha mãe. Ancestral, quem sabe? [...]” (EVARISTO, 2007, p. 16). Aquele gesto de movimento-grafia era uma simpatia para chamar o sol. Fazia-se a estrela no chão. “[...] É preciso comprometer a vida com a escrita ou é o inverso? Comprometer a escrita com a vida? [...]” (EVARISTO, 2007, p. 17).

Creio que a gênese de minha escrita está no acúmulo de tudo que ouvi desde a infância. O acúmulo das palavras, das histórias que habitavam em nossa casa e adjacências. Dos fatos contados à meia-voz, dos relatos da noite, segredos, histórias que as crianças não podiam ouvir. Eu fechava os olhos fingindo dormir e acordava todos os meus sentidos. O meu corpo por inteiro recebia palavras, sons, murmúrios, vozes entrecortadas de gozo ou dor, dependendo do enredo das histórias. De olhos cerrados, eu construía as faces de minhas personagens reais e falantes. Era um jogo de escrever no escuro. Por esse motivo, gosto de enfatizar que não nasci rodeada de livros. Do tempo/espço, precisei colher palavras, me comprometer com a escrita da vida (EVARISTO, 2010). “Mas foi mãe que me ensinou, insisto, foi ela a fazer da palavra artifício, arte e ofício do meu canto, da minha fala” (EVARISTO, 2008, p. 36).

Mesmo que toda a paisagem externa tenha sofrido uma profunda transformação, as lembranças, ainda que esfiapadas, sobrevivem. E, na tentativa de recompor esse tecido esgarçado ao longo do tempo, escrevo. Escrevo sabendo que estou perseguindo uma sombra, um vestígio talvez. E como a memória é também vítima do esquecimento, invento, invento. Inventei, confundi Ponciá Vicêncio nos becos de minha memória. E dos becos de minha memória imaginei, criei. Aproveitei a imagem de uma velha Rita que eu havia conhecido um dia. E, ainda desses mesmos becos, posso ter tirado de lá Ana e Davenga. Quem sabe Davenga não era primo de Negro Alírio? (EVARISTO, 2010, p. 16).

Eu continuo escrevendo. Mas “a nossa *escrevivência* não pode ser lida como história de ninar os da casa-grande, mas sim para incomodá-los em seus sonos injustos” (EVARISTO, 2007, p. 21). “Escrevo. Deponho. Um depoimento em que um eu-agora puxa um eu-menina pelas ruas de Belo Horizonte” (EVARISTO, 2010, p. 17).

E você amiga-filósofa, o que tem feito em suas *escrevivências*? Como vai a sua militância no Instituto Geledés?

Seja por *dororidade*, como diz Vilma Piedade, ou pelo afeto matriarcal, nós mulheres negras somos mais fortes quando costuramos juntas o tecido social que molda nossa vida e trajetória. A *escrevivência* é nossa ferramenta para contar ao mundo a experiência maravilhosa e desafiadora do que é ser mulher negra nesse mundo. Afinal, isso é um direito de qualquer um, escrevendo ou não segundo as normas cultas da língua.

Termino esta carta, querida amiga, me sentindo esperançosa porque acredito que, mesmo da margem, pressionamos o centro ou, como costume dizer, comemos pelas beiradas. Sigamos insistentes, teimosas, elevando nossa voz, pois muitas mulheres negras na história, como Audre Lorde, já nos diziam que: “nosso silêncio não nos protege” (FRANCO, 2020, s.p.).

Por tudo o que *escrevivemos*, bendita seja a palavra!

Abraço afetuoso de sua amiga-irmã de encruzilhadas ancestrais

Conceição Evaristo

PS. Ainá manda um beijo pra você e Luanda e diz que, assim que essa pandemia acabar, vamos nos encontrar para um longo café com pão de queijo!

REFERÊNCIAS

EVARISTO, Conceição. Mineiridade. Eu-mulher. Os sonhos. Vozes-mulheres. Fluida lembrança. Negro-estrela. **Cadernos negros**: poesia, Quilombohoje, São Paulo, n. 13, p. 29-36, 1990.

EVARISTO, Conceição. Gênero e etnia: uma escre (vivência) de dupla face. In: MOREIRA, Nadilza de Barros; SCHNEIDER, Liana (Orgs.). **Mulheres no mundo**: Etnia, marginalidade e diáspora. João Pessoa: Ideia, 2005.

EVARISTO, Conceição. Da grafia-desenho de minha mãe, um dos lugares de nascimento da minha escrita. In: ALEXANDRE, Marcos Antônio (Org.). **Representações Performáticas brasileiras**: teorias, práticas e interfaces. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2007. p 16-21.

EVARISTO, Conceição. **Poemas da recordação e outros movimentos**. Belo Horizonte: Nandyala, 2008.

EVARISTO, Conceição. Conceição Evaristo por Conceição Evaristo. In: DUARTE, Constância Lima (Org.). **Escritoras mineiras: poesia, ficção, memória**. Belo Horizonte: FALE/UFMG, 2010.

EVARISTO, Conceição. Ocupação Conceição Evaristo. **Itaú Cultural**, São Paulo, 2017. Disponível em: https://www.itaucultural.org.br/ocupacao/conceicao-evaristo/escrevivencia/?content_link=2. Acesso em: 09 abr. 2021.

FERREIRA, Amanda Crispim. A memória em *Poemas da recordação e outros movimentos*, de Conceição Evaristo. **Literafro: o portal da literatura afro-brasileira** (UFMG), Belo Horizonte, 2020, s.p.. Disponível em: <http://www.letras.ufmg.br/literafro/29-critica-de-autores-feminios/190-a-memoria-em-poemas-da-recordacao-e-outros-movimentos-de-conceicao-evaristo-critica>. Acesso em: 23 abr. 2021.

FONTOURA, Maria Conceição Lopes. É hora de discutir os privilégios da branquitude na UFRGS. **NEAB – Núcleo de Estudos Afrobrasileiros, Indígenas e Africanos** (UFRGS), Porto Alegre, 28 ago. 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/neab/index.php/2020/08/28/meu-nome-e-maria-conceicao-lobes-fontoura>. Acesso em: 14 abr. 2021.

FRANCO, Anielle. Nossas escritas importam. **Portal Geledés**, 21 jul. 2020, s.p.. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/nossas-escrevivencias-importam/>. Acesso em: 14 abr. 2021.

TANUS, G; RODRIGUES, T. Cartas negras: notícias da escritas, projetos de vida, projetos literários. **Literafro** (UFMG), Belo Horizonte, 25 jul. 2018. Disponível em: <http://www.letras.ufmg.br/literafro/resenhas/ensaio/945-cartas-negras-noticias-da-escrevivencia-projetos-de-vida-projetos-literarios-gustavo-tanus-e-thamiris-rodrigues>. Acesso em: 04 maio 2021.

13

ANA PAULA ARAÚJO FARIA
HÉRCULES LÁZARO MORAIS CAMPOS
MARGARETH NUNES NEVES CONCEIÇÃO
ELDA DAMETAS
ALBINA DE FÁTIMA FANNI SANTOS
RAYANA GILDA SCHARRA DE SOUZA

**CARTA DE SUELI
CARNEIRO EM
RESPOSTA À
CONCEIÇÃO
EVARISTO**

INTRODUÇÃO

Esta carta é uma produção científica baseada na biografia de Sueli Carneiro por Roseane da Silva Borges (2013) dentre outras fontes. Nela, está contida a trajetória de Sueli Carneiro desde a infância até os dias atuais, contemplando seus principais influenciadores e inspiradores e alguns de seus grandes feitos na luta pelos direitos das mulheres negras no Brasil.

A CARTA

São Paulo, 01 de abril de 2021, uma tarde quente e chuvosa que nem parece outono.

Amiga Conceição,

Agradeço o carinho e a lembrança pelo meu aniversário. A gente acaba revisitando o passado, não é mesmo? Quanta história para contar, quanta luta, que lindo caminho percorremos. Senti-me abraçada, acalentada ao ler suas tecituras e, agora, tenho vontade de prosseguir com essa costura! Sua carta me fez lembrar, emocionada, que nasci numa noite de São João, no dia 24 de junho, festa tão linda e tão rica que também nos foi arrancada por essa maldita pandemia (BORGES, 2013, l. 177).

Esses tempos de isolamento social são mais duros e difíceis para nós mulheres pretas, pois sofremos ameaça constante de outros vírus invisíveis, além da covid-19: o sexismo e o racismo estrutural.

Amiga, ao ler sua carta sobre suas “pelejas” na infância, lembrei-me que, aos 2 anos de idade, fui acometida por uma desnutrição severa decorrente da minha incapacidade de digerir o leite... esse fato me faz pensar que muitas crianças, sobretudo as pretas, neste momento, não têm o que comer... nascer preta é lutar sempre, independente do que aconteça, pois somos interseccionadas pela etnia e gênero (OLIVEIRA, 2020).

Minha vida sempre foi marcada por lutas. Assim como a sua mãe, mamãe foi minha maior inspiração. Nascida em São Paulo em 1950, sou uma das filhas de uma família com sete filhos, quatro mulheres pretas e três homens, família humilde, e, como você, sempre tive que ajudar em casa lavando roupas, mas observando mamãe foi que eu tomei uma decisão: que lutaria muito para ter outro rumo na vida, pelo menos uma vida menos sofrida. Vi nos estudos essa possibilidade e neles me agarrei desde muito cedo, assim como você (BORGES, 2013, l. 211).

Amiga, minha família era bem patriarcal, papai, embora um homem de muito valor, trabalhador, tinha aquela visão de que o homem é o provedor e cabe à mulher o cuidado com a casa e os filhos. Cedo percebi que poderia repetir essa história machista, então me entreguei aos livros... incentivada e estimulada pela doçura de mamãe. Também aqui nossas histórias coincidem. Hoje, vejo que observar e admirar mamãe me levou a traçar lutas fortes em favor da mulher negra. Essas marcas ficam na alma da gente, não é amiga? Mas não posso deixar de mencionar os valores do meu pai e que dele herdei a paixão por futebol e pelo Corinthians (risos) (BORGES, 2013, l. 228).

Foi na década de 1970, quando você ia para o Rio de Janeiro, que conheci o pai de minha filha, Luanda, com quem me casei em 1973. Ele foi um grande incentivador para que eu ingressasse no curso de Filosofia da Universidade de São Paulo, além de traçarmos um caminho religioso também no candomblé. Contudo, por ele ser branco, houve oposição da minha família, e foi, naquele momento da vida, que precisei fazer uma ruptura com os meus e buscar minha afirmação individual, realizar meus desejos e potencialidades (BORGES, 2013, l. 368).

Ah, minha querida amiga Conceição, por sermos contemporâneas, temos muitos paralelos na nossa história. Você se lembra daquela década de 1970? O que foi aquele período não é mesmo? Quantas rupturas políticas, lutas; o novo surgia e insistia. Foi o nosso momento! A terra estava

fértil para plantarmos as sementes. Quando fui trabalhar na Secretaria da Fazenda e entrei na faculdade, meu mundo se abriu e passei a sofrer um processo de politização. Despertei para as atividades culturais, para o debate público da questão racial. Isso foi o ponto de partida para a minha atuação política sempre motivada pelos movimentos de libertação da África (BORGES, 2013, l. 413).

O Centro de Cultura e Arte Negra foi o primeiro lugar em que estive inserida para o debate antirracista e em defesa da participação de mulheres negras na sociedade brasileira. Naquela época, conheci quatro cavaleiros do apocalipse: Hamilton Cardoso, Milton Barbosa, Rafael Pinto e Vanderlei José Maria. A consciência política de tudo que a minha família me deu estava expressa naqueles caras, me abriram caminhos (BORGES, 2013, l. 445).

Assim como sua parentada serviu de inspiração pra você, Lélia Gonzales foi uma grande fonte de inspiração para mim. A Lélia definiu o que eu ia ser quando crescesse, embora eu já não fosse tão juvenzinha. Ela pegou minha experiência de vida e a devolveu, para mim, de forma organizada. Foi minha musa para conceber uma organização política de mulheres negras nos moldes do Instituto Geledês (PINTO, s.d.). Ela é a mulher preta dos pilares da atuação negra feminista brasileira. Fazia conexão com os territórios do movimento negro e feminista em absoluta autonomia, uma perfeita interseccionalidade entre a luta antirracista e antissexista (BORGES, 2013, l. 462).

Lembra, amiga, que, em 1982, juntamente com outras companheiras, fundamos o Coletivo de Mulheres Negras de São Paulo? Um divisor de águas e um marco estrutural de um novo momento para o movimento feminista negro, porque foi a partir daí que ganhamos visibilidade e apontamos a ausência de representantes negras na composição do Conselho Condição Feminina (CECF/SP). Tempos de muita luta, pois, dentro do tradicional movimento feminista, adotamos uma postura enérgica para garantir uma vaga dentre as 32 existentes. Como sempre, nunca estamos sós, contamos com o apoio da Martinha Arruda, radialista, que nos ajudou a impulsionar uma campanha em favor dessa causa (LITERAFRO, 2021).

Lembro-me com ardor dos acontecimentos em comemoração ao Centenário da Abolição, quando coordenava o Conselho Nacional da

Mulher. Criamos o programa da Mulher Negra, em conjunto com as comissões da Mulher Negra e da Mulher Advogada da OAB/SP, o tribunal de Winnie Mandela, que foi responsável por julgar e condenar situações de discriminação racial contra mulheres pretas (BORGES, 2013, l. 638).

Preciso ressaltar a Constituição Federal de 1988, marco essencial relacionado ao processo de redemocratização do nosso país. Somos a geração que viveu as mazelas da ditadura, e essa constituição favoreceu a ampla participação de diferentes segmentos sociais em luta permanente por justiça social do nosso povo. O racismo passou a ser constituído em crime, até então era tido como mera contravenção penal que resultava em uma multa miserável de 50 centavos para nossos algozes, um estímulo à perpetuação da perversidade. A mudança desse estatuto, substituindo esse crime para uma condição de crime inafiançável e imprescritível, coroou um processo árduo e legítimo de luta (FÁBRICA, 2014).

Amiga Conceição, o seu eu lírico sobre as mulheres pretas me toca e me inspira nesses tempos de pandemia e de grito de socorro da nossa negritude. Precisamos poetizar, politizar e ir à luta... uma luta que não pode ser nas ruas nesse momento, mas nem por isso devemos nos calar. Mais do que nunca precisamos dessilenciar!

A questão do enegrecimento do feminismo, minha amiga mineira, me fala profundamente. É importante apontar para a predominância de mulheres de identidade branca no meio feminista tradicional e revelar a insuficiência teórica e da prática política para integrar as diferentes expressões do feminino, construídos em sociedades multirraciais e pluriculturais como a brasileira. Gosto de pensar, sem exageros, no enegrecimento do feminismo brasileiro que conquistamos juntas com tantas outras, como Beatriz Nascimento, Lélia Gonzalez, Carolina Maria de Jesus, Luiza Barros e todas as Marias, Anas e mulheres pretas que não se calam diante do sofrimento vivenciado em suas casas e barracos durante a pandemia e o isolamento (LITERAFRO, 2021).

Somos, assim como Elza Soares, pretas que não deixamos de sorrir em meio às batalhas. Lembrei-me de “Mulheres negras e poder: um ensaio sobre a ausência”, em que denunciei a hegemonia masculina e branca das diversas esferas do poder. Não falei apenas da baixa representação, mas de mulheres negras como nós que, presentes dentro das instituições, foram e são prejudicadas pela discriminação de raça e de gênero...mulheres

que, muitas vezes, são ontologicamente ligadas à subalternidade e não ao poder, principalmente dentro da política. Temos instalado uma pseudodemocracia que precisa de soluções concretas, começemos pela luta de direitos, não é minha amiga? (LITERAFRO, 2021).

Você perguntou do Instituto Geledés. Daqui de casa e dentro do Geledés, temos lutado incessantemente desde 1988, ainda mais agora nesses tempos duros e sombrios. Precisamos denunciar e combater, por meio do protagonismo feminino, o racismo, o machismo e a desigualdade nacionais que assombram a nós mulheres, e a nós mulheres pretas.

Sua carta evocou também meus ancestrais e a eles agradeço as conquistas até aqui alcançadas. Ainda somos desafiadas e precisamos manter os punhos cerrados e continuar firmes na condução do Geledés. Em sua gênese, Geledés significa uma forma de sociedade secreta feminina de caráter religioso existente nas sociedades tradicionais yorubás. Mais do que nunca, o instituto expressa o poder feminino sobre a fertilidade da terra, a procriação e o bem-estar da comunidade (GELEDE, 2009).

Ocupei-me tanto com a agenda da luta pela igualdade, cidadania, equidade, autonomia, políticas públicas das mulheres negras no Geledés, que acabei por deixar a minha formação acadêmica para duas décadas depois. Em 1999, decidi que era hora de fazer uma pausa para reflexão sobre todo o meu processo. Digamos que fui acometida por aquele princípio de Foucault, do revezamento entre teoria e prática. A Geração XXI foi um projeto que me impulsionou a sistematizar uma reflexão sobre a questão racial, por meio de uma experiência concreta de militância (BORGES, 2013, l. 902).

Esse projeto, em parceria com a fundação BankBoston, atende 21 jovens negros de baixa renda da cidade de São Paulo, custeando do nono ano do ensino fundamental até a conclusão da universidade. A minha vida sempre esteve articulada em produzir sentidos transformadores para a vida das pessoas. Eu identifico isso, essa política, na medida em que a ação do pensamento é estratégica. Pensar, conceber, formular, repensar, compreender são dimensões estratégicas da luta. Não há opção política sem pensamento. E vejo isso também na sua história-poema, minha amiga (BORGES, 2013, l. 919).

Embora eu continue no Geledés, agora estou numa nova etapa no meu compromisso militante: realizar um trabalho vivo da produção

negra, recuperar um universo que a ideologia racista e sexista pretendeu arrasar. É preciso um esforço de todos nós, sobretudo os mais velhos, para tornar disponíveis pensadores como Abdias, Kwame N' Kuma, Lumumba, Amílcar Cabral, Samora Machel, Senghor. Há um patrimônio político africano que não chega facilmente para nós. É um sonho construir essa memória, me ocupar com essas coisas, facilitando assim que isso chegue facilmente às próximas gerações militantes (BORGES, 2013, l. 971).

Sabe que até nas nossas lutas contra a ditadura andei pensando ontem, dia 31 de março? Tem sido duro demais, amiga, ver o levante de um governo fascista que enaltece tanto esse momento sombrio, duro e triste da nossa história. Li, dias atrás, um texto do historiador Luiz Antônio Simas, que ficou emocionado com a interpretação de Gilberto Gil numa live que fez com a cantora Iza e escreveu lindamente sobre “Tempo Rei”, a canção. Faço minhas as palavras dele, para você nesse momento:

Para os Bakongos, Kitembo (ou Ndembu, ou Tempo, como é mais conhecido no Brasil) é o Senhor do Tempo em todas as suas dimensões... Seu símbolo maior, a bandeira branca, é referente aos tempos primordiais em que os bakongos eram nômades e tem um sentido belíssimo. Diz um mito famoso que, quando queriam mudar de lugar, os povos deveriam louvar Ndembu e erguer a ele uma bandeira branca. Quando o vento soprasse na bandeira, a direção que o grupo deveria tomar estava estabelecida. Outra versão fala da bandeira branca como um símbolo dos caçadores, que a erguiam durante as caçadas para que o grupo não se perdesse na jornada. A bandeira fincada também significa que a casa foi encontrada e a ela todos os de bom coração são bem-vindos (OLIVEIRA, 2020).

Confiemos no tempo e no que fazemos dele.

Receba esse carinho na alma minha amiga mineira, extensivo à querida Ainá, meu e de Luanda, com cheiro de café coado e pão de queijo. Sua amiga e irmã de luta e negritude...
Sueli Carneiro.

REFERÊNCIAS

BORGES, Rosane da Silva. **Sueli Carneiro**. Brasil: Selo Negro Edições, 2013. *E-book*.

FÁBRICA de Imagens. Fábrica entrevista Sueli Carneiro. **YouTube: Ong Fábrica de Imagens**, 14 de fevereiro de 2014 (20:16). Disponível em: <https://youtube/CMWXkgDNhBk>. Acesso em: 06 abr. 2021.

GELEDE na tradição Yorubá. Mulher Negra. Patrimônio Cultural. O que é Gelede. **Portal Geledes**, 14 maio 2009. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/o-que-e-gelede>. Acesso em: abril 2021.

LITERAFRO, o portal da literatura afro-brasileira. Sueli Carneiro. **Literafro (UFMG)**, 11 mar. 2021. Disponível em: <http://www.letras.ufmg.br/literafro/ensaistas/1426-sueli-carneiro>, acesso em abril de 2021.

OLIVEIRA, Flávia. Sueli Carneiro nossa bandeira, **Portal Geledes**, 26 jun. 2020. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/sueli-carneiro-nossa-bandeira/>. Acesso em: abril de 2021.

PINTO, Tânia Regina. **Sueli Carneiro, poder negro em mãos femininas**. Primeiros Negros, s.d. Disponível em: <https://primeirosnegros.com/sueli-carneiro-poder-negro-em-maos-femininas/>. Acesso em: abril de 2021.

14

BRUNA LIGIA FERREIRA DE ALMEIDA BARBOSA
FRANCIÉLE MARABOTTI COSTA LEITE
RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA

MOVIMENTOS SOCIAIS E AS LUTAS POR DIREITOS: (DES)ENCONTROS NAS AGENDAS ENTRE O MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA E OS MOVIMENTOS FEMINISTAS BRASILEIROS

INTRODUÇÃO

Tomou-se, como eixo das reflexões, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB)¹ e as possibilidades de estabelecer diálogos, reflexões e proposições com os Movimentos Feministas Brasileiros (MFB), partindo da compreensão de que esses não são movimentos únicos e homogêneos. No encontro desses movimentos, tomou-se como referência, particularmente, as pautas e reivindicações comuns das décadas de 1970 e 1980, referentes às lutas por direitos e pela democracia.

Nesse sentido, situaram-se como movimentos contra-hegemônicos, fazendo frente às estratégias e ações propositivas com vistas a romper com os lastimáveis e persistentes padrões de desigualdade, discriminação, racismo, opressão e ausência de liberdade ancorados num Estado patriarcal, autoritário e ditatorial. Ditaduras que se constituíram como marca indelével da história dos países da América Latina nas últimas décadas do século passado.

Tratou-se também dos desdobramentos e caminhos desses dois movimentos sociais, identificando-se seus fluxos e refluxos pós-processo de redemocratização do país. A ditadura militar, imposta à sociedade brasileira, mudou radicalmente a relação Estado/Sociedade a partir de 1964, com efeitos na organização e nas lutas dos movimentos sociais.

-
1. “[...] O Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro (MRSB) nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical e em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) [...] o resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.” (AROUCA, 1987).

Esses movimentos, diante das diferentes crises instaladas no país, gradativamente se (re)organizaram, construíram alianças e pautas comuns, tendo, como principais bandeiras, a luta contra a ditadura e a ruptura com as desigualdades e iniquidades. A solução para essa crise passou pelo lento e gradual processo de redemocratização do país e pela perspectiva de se redesenhar políticas públicas garantidoras de direitos e protagonismos, a exemplo da saúde, que avançou para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ancorado em princípios e diretrizes de universalidade, gratuidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1988).

Utilizou-se como referencial a tese defendida por Paim (2008) de que a constituição da reforma sanitária brasileira se deu como um fenômeno social e histórico, tornando-se, assim, partícipe de uma reforma social. Os movimentos feministas constituíram-se, nesse processo, como parcerias fundamentais, particularmente quando se acresce a perspectiva teórica das autoras da interseccionalidade (CRENSHAW 2012; GONZALEZ, 1984, 1988, 2019; AKOTIRENE, 2019), incorporando as contribuições e as especificidades das agendas e lutas do movimento feminista negro. Portanto, esse ensaio apresenta um recorte dos movimentos em discussão, considerando os desdobramentos, avanços e limites ainda presentes e em permanente contextualização em nossa sociedade.

O ENCONTRO ENTRE O MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E OS MOVIMENTOS FEMINISTAS NA LUTA POR DIREITOS

*Somos seres humanos como os demais, com diversas
visões políticas e ideológicas. Eu por exemplo, entre
esquerda e direita, continuo sendo preta.
Carneiro, 2000*

Dentre os movimentos sociais que emergiram nesse período de reorganização do Estado brasileiro, sem desconsiderar a relevância dos

demais movimentos, recortamos, para os objetivos deste ensaio, os principais eixos que deram sustentação tanto ao MRSB quanto ao Movimento Feminista, buscando refletir quais as relações e pontes que movimentos tão heterogêneos puderam construir no bojo desses encontros. Esses movimentos apresentaram pontos de convergências e divergências muitas vezes inconciliáveis, mas que se uniram em torno de uma luta comum: a garantia de direitos, via a possibilidade da redemocratização do país e o acesso a um sistema universal, integral e gratuito de saúde.

Dessa forma, as décadas de 1970 e 1980, devido à pujança, à reorganização dos movimentos sociais e à consagração e incorporação das pautas na Constituição Federal de 1988, constituíram um marco das lutas em defesa da democracia e dos direitos. Portanto, este ensaio apresenta um recorte dos movimentos em discussão, considerando os desdobramentos, os avanços e os limites ainda presentes e em permanente contextualização em nossa sociedade.

Esses movimentos geraram um conjunto de ações que possibilitaram ressignificar as concepções do processo saúde-doença-cuidado e o enfrentamento das desigualdades, das iniquidades, do patriarcado, da discriminação e do racismo, e apontaram, inclusive, a necessidade de recontextualizar o processo saúde-doença para além da ausência de doenças e mal estar físico, mental e espiritual, possibilitando a criação de um novo campo interdisciplinar de conhecimento e práticas de saúde: a saúde coletiva²; que, além de ressignificar a formação dos profissionais de saúde, também foi responsável pela criação de um sistema de saúde inclusivo, o Sistema Único de Saúde (SUS), levando em consideração as heterogeneidades e as diferentes necessidades e interesses de segmentos da população (SCOREL, 1999, p. 124; ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

De modo geral, os movimentos sociais podem ser definidos como ações sociopolíticas, de caráter conservador ou progressista, construídas por coletivos de distintos segmentos que surgem em um determinado momento sócio-histórico com potência para desenvolver transformações

-
2. “Saúde Coletiva pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar, cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 63).

sociais. As teorias e concepções sobre os movimentos sociais são diversas, complexas e dependentes dos paradigmas em que estão ancoradas (GOHN, 2011). Para Gohn (2004, p. 333), “não há uma teoria única, assim como não há também um só tipo de movimento social. Há várias teorias formadas em paradigmas teóricos explicativos”.

Gohn (2004), ao se debruçar sobre os movimentos sociais gestados em plena ditadura nas décadas de 1970 e 1980, identificou a entrada de novos protagonistas em cena, trazendo temas e problemáticas até então invisíveis, diversificadas e em diferentes cenários sociopolíticos, com capilaridade para gerir ações revestidas tanto de aspectos conservadores quanto progressistas. Abriram-se novas possibilidades, considerando determinado momento histórico-político-social, por coletivos variados e por agendas que as vezes se aproximam ou divergem, versando sobre questões relacionadas, por exemplo, às “mulheres, crianças, índios, negros e pobres, em articulação com clérigos, intelectuais, e políticos de esquerda para gerar ações coletivas que foram interpretadas como a nova força da periferia”, realizando o que a autora chamou de “revolução do cotidiano” (GOHN, 2004, p.333).

Morgante e Nader (2014) indicam que as décadas de 1970 e 1980 foram muito importantes e de resistência, destacando-se as lutas femininas através de manifestações que ressignificaram seu papel social e de enfrentamento das opressões e das marginalizações.

Nesse sentido, para Hooks apud Kilomba (2019, p. 68-69), estar à margem não significa estar apenas na perspectiva do lugar da opressão e da repressão. A margem pode ser “tanto um local de repressão quanto um local de resistência”, uma vez que, “quando existe opressão, cria-se as condições para as resistências”, a exemplo do que aconteceu no período da ditadura, com a reorganização dos movimentos sociais e a incorporação de papéis sociais na luta por direitos.

Para Nader (2002), o conceito de papel social serve para esclarecer as ações desempenhadas pelas mulheres e pelos homens na sociedade, visando obter uma posição social. A autora explica que todos os seres humanos desempenham um papel social e acrescenta que “pode-se definir papel social como um conjunto de direitos e deveres, definindo da mesma forma a palavra papel como a viabilização desses direitos e deveres” (NADER, 2002, p. 463).

Dessa forma, o papel social da mulher não estava atrelado ao espaço público, já que esse era visto como espaço exclusivamente masculino, mostrando a oposição histórica que essas mulheres tiveram ao adentrar os espaços formais de poder. Ao saírem do ambiente doméstico e se inserirem nos espaços públicos para lutarem e manifestarem por melhores condições de vida, as mulheres, aos poucos, ressignificaram seus papéis sociais e se tornaram sujeitos históricos ativos.

O rebatimento desses movimentos na área da saúde, segundo Paim (2008), emergiu através do MRSB em um cenário de luta contra a ditadura, em meados da década de 1970, e convergiram um conjunto de ideias, visando mudanças e transformações na formação e nas práticas dos profissionais de saúde, rompendo com as práticas e formações calcadas no modelo de saúde individual e hospitalocêntrico, com ênfase na doença e na fragmentação do cuidado. Tratava-se de um modelo de saúde caro, desigual, seletivo, fragmentado e com limitada resolutividade, destacando-se a exclusão de consideráveis parcelas da população, alçadas à condição de indigentes.

As mudanças vislumbradas pelo MRSB não contemplaram questões relativas apenas ao setor saúde, abrangendo também as perspectivas intersetoriais e multiprofissionais, envolvendo “partidos políticos, associação de moradores, grupos de mulheres, trabalhadores [...] que preocupados com a situação sanitária e das crises institucionais vigentes desenvolveram, teses e integraram discussões interligando várias áreas e suas demandas” (TEMPORÃO *apud* FALEIROS et al., 2006, p.58).

As reivindicações foram agravadas por uma realidade sanitária atravessada por altos indicadores de mortalidade infantil e materna, impondo a necessidade da formulação de um novo sistema de saúde que fosse inclusivo (LEAL, 2018). Assim, as agendas dos movimentos estavam ancoradas na insatisfação de vários segmentos com a relação Estado/Sociedade, na luta pela redemocratização e no enfrentamento das desigualdades de gênero, classe social e raça/cor, impactando de forma diferenciada alguns segmentos da sociedade, como a população negra.

Com o ganho de capilaridade e fortalecimento do processo de redemocratização, o movimento sanitário ganhou consistência e avançou na produção de conhecimento e visibilidade a partir da criação de órgãos como

o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)³, em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)⁴, em 1979, que se constituíram atores importantes nesse processo (COHN, 1989).

O MRSB, à semelhança da agenda dos demais movimentos sociais, foi pautado por um conjunto de situações que podem ser sintetizadas pelas desigualdades, advindas do modelo econômico e da piora na qualidade das condições de vida, das políticas de saúde privatizantes, do recrudescimento das epidemias e endemias e da educação médica e das profissões de saúde inadequadas e centradas na doença, aliadas à perda das liberdades individuais e coletivas (PAIM, 2008).

Foi diante desse cenário que o MRSB ampliou horizontes, se juntou e ganhou aderência de outros movimentos sociais, através da construção e compartilhamento de pautas e agendas de diferentes segmentos da sociedade, como as dos movimentos feministas original/tradicional⁵ e o feminista negro, que ora caminhavam juntos, ora tomavam caminhos paralelos a depender das pautas, tendo em comum o processo de redemocratização (SILVEIRA; PAIM; ADRIÃO, 2020; GONZALEZ, 2019).

Assim, o fortalecimento da democracia era objetivo político unificador, sendo o elo para encontros e convergências entre os movimentos,

-
3. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) é uma entidade nacional criada em 1976, cuja missão histórica é a luta pela democratização da sociedade e a defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde. Confira em: <http://cebes.org.br/o-cebes/quem-somos/>
 4. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) foi criada com o objetivo de atuar como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva para fortalecimento mútuo das entidades associadas e para ampliação do diálogo com a comunidade técnico-científica e desta com os serviços de saúde, as organizações governamentais e não governamentais e a sociedade civil. Sua forte participação na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) estabeleceu sua postura intransigente de defesa da proposta ali consagrada do Sistema Único de Saúde – SUS, aprovada na Constituição de 1988. Confira em: <https://www.abrasco.org.br/site/sobreabrasco/>
 5. Termo cunhado por WERNECK (2000) ao distinguir o movimento feminista branco de classe média, que não incorpora em suas pautas as especificidades das mulheres negras.

sem perder de vista as pautas específicas, compreendidas como base para a construção de uma sociedade democrática e inclusiva (SILVEIRA; PAIM; ADRIÃO, 2020).

Envolvidos pelo lema “democracia é saúde”, os diferentes segmentos da sociedade tinham como bandeira a luta pela igualdade e direito à saúde (AROUCA, 1987; LIMA; FRANCO NETO, 2018, p. 1). Nesse contexto, o conceito de saúde passou a ser redefinido como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas [...] garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Desse modo, buscou-se romper com o conceito limitado de “saúde como ausência de doença e centrado no bem-estar físico, mental e espiritual” (FEIO, OLIVEIRA, 2015, p. 709). Nessa perspectiva, o conceito de saúde como direito foi incorporado nas teses aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, na Assembleia Nacional Constituinte em 1987 e, posteriormente, na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde de 1990⁶, norteados a produção de políticas, modelos e programas de saúde (BRASIL, 1988, 1990).

Para Arouca (1987, p. 2-4), o movimento sanitário “não pode ser privilegiado como um movimento em si, mas a sua criação ou criatura, a Reforma Sanitária Brasileira”, constituindo-se parte de uma reforma social estruturante, não se resumindo, portanto, a uma redoma apenas de questões sanitárias, analisando-a em uma perspectiva de proposta, projeto e de reforma social.

Santos e Teixeira (2016, p. 43.) apontam que a reforma sanitária brasileira gestou um processo e um projeto ainda em andamento, porém, para as autoras, a vitalidade desse movimento não é consenso entre os pesquisadores. Para Hochman (2013), citado por Santos e Teixeira (2016, p. 1949), a reforma sanitária brasileira foi finalizada como um conjunto de “ideias e práticas políticas contextuais de um certo tempo de transição”. O autor acrescenta ainda que “o êxito do movimento consiste

6. 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. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

na proposição de uma agenda política e criação de um sistema de saúde reconhecido mundialmente, bem como da conquista da democracia em 1985” (HOCHMAN, 2013 apud SANTOS; TEIXEIRA, 2016, p. 1949).

Paim (2013) considera que a reforma sanitária brasileira está em andamento e que não tem prazo para seu fim, e que isso pode ser comprovado pelas agendas estratégicas para a saúde, pelos cidadãos formados pelo CEBES, pelo engajamento com congressos da ABRASCO, pela participação cidadã em conselhos e conferências de saúde, dentre outros movimentos. Desse modo, assim como PAIM (2013), compreendemos que a reforma sanitária brasileira se constitui em processo societário institucionalizado, inacabado e aglutinador no interior e na dependência do Estado democrático.

É nesse sentido que, refletindo sobre o tema, Silveira, Paim e Adrião (2019, p. 277) identificaram nas “ineficazes respostas do Estado” o cenário ideal para aglutinação de segmentos diversos e heterogêneos do movimento social. Esses diferentes movimentos, advindos da sociedade, se juntaram em prol de objetivos e agendas semelhantes, por exemplo as causas da saúde e de outros setores, como os movimentos feministas, que, em determinado momento, se filiaram às pautas comuns contra a ditadura e em defesa da saúde.

As mulheres, enquanto movimento, tiveram destaque nesse cenário, revelando-se como sujeitos coletivos, possibilitando que temas até então limitados a esfera privada se tornassem públicos (FARAH, 2004). De acordo com Farah (2004, p. 51), “ao mesmo tempo em que elas denunciavam as desigualdades de classe, passaram a reivindicar direitos relacionados a temas ditos femininos como creche, saúde da mulher, sexualidade, contracepção e violência [...]”. A mobilização das mulheres, sobretudo as feministas, possibilitou a inclusão da questão de gênero nas discussões da agenda pública, como uma questão de desigualdades a serem superadas no, então, novo período democrático. Um exemplo desse novo quadro que se formava no Brasil foi a criação das primeiras políticas públicas de saúde para mulheres (FARAH, 2004).

Começa, assim, a se desenhar encontros de grupos heterogêneos com a proposição de um projeto de saúde da mulher como pauta em comum, de modo a contemplar agendas como a do planejamento familiar, indo contra ao controle de natalidade até então posto, que contava com “influências

estrangeiras sob perspectiva neomalthusiana⁷” (MESQUITA, 2011, p. 2).

A pauta feminista incluía, também, a necessidade da imposição de limites nas intervenções médicas sobre o corpo feminino e da necessária ruptura com a submissão da sexualidade feminina associada a mera função reprodutiva. Foi nesse contexto que, em 1983, após amplos debates e lutas do movimento feminista, emergiu o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), na tentativa de ampliar o olhar sobre as mulheres, suas necessidades e diferenças para além do ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 1984, p. 5).

O PAISM surgiu como um programa inovador no que diz respeito à assistência integral à saúde da mulher, resultado de uma reação a limitação da saúde da mulher ao ciclo gravídico puerperal e a “crescente presença da mulher na força de trabalho, além do seu papel fundamental no núcleo familiar”. Essa realidade se contrapõe ao conceito pré-estabelecido de mulher como um ser universal notadamente com finalidade reprodutiva e cuidados domésticos, em favor da compreensão da mulher em sua pluralidade. Porém, o PAISM permaneceu como exemplo de um programa com caráter limitado, verticalizado e insuficiente para atender as necessidades das mulheres, passando a ser questionado pelos movimentos feministas (BRASIL, 1984; D’OLIVEIRA, 1999; TELES, 1999, p.150).

Além disso, outras questões de saúde e sobrevivência das mulheres, tais como direitos reprodutivos e relacionados à sexualidade, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, consequências físicas e psicológicas da violência, saúde mental, entre outras demandas, também constituíram área de preocupação do feminismo (MATOS, 2010). Como exemplo, Teles (1999) aborda como a questão da violência contra mulher passou a ser pauta do movimento feminista, o que veio impulsionar a criação da primeira Delegacia de Defesa a Mulher, no ano de 1985.

Desse modo, perante as reivindicações de mulheres situadas em segmentos específicos, sejam em relação ao acesso a serviços de saúde ou ao mercado de trabalho, dentre outras, percebeu-se uma segunda forma do uso do signifiante “mulher”, que rompia com seu conteúdo

7. Essa perspectiva, em linhas gerais, preconiza a difusão de medidas governamentais para intensificar o controle do crescimento da população, principalmente em países considerados subdesenvolvidos ou periféricos.

“uno”. As duas perspectivas passaram a ser utilizadas na constituição de sujeitos políticos feministas e no debate por políticas de identidade nos movimentos feministas no Brasil: uma voltada para fora, “na relação do movimento em busca de igualdade de direitos”, e a outra utilizada internamente, “na tensão entre diferenças de segmentos e unidade” dentro do próprio movimento (ADRIÃO; TONELI; MALUF, 2011, p. 665).

Nesse cenário, as feministas tomaram como tarefa “traduzir sua motivação original em proposições que sejam relevantes para a grande massa de mulheres desprivilegiadas, de modo a mobilizá-las contra a opressão de sexo e de classe” (SINGER, 1980, p. 119). Essas demandas das mulheres foram por anos invisibilizadas e por vezes negligenciadas, permanecendo sem respostas, ficando apenas na discussão da esfera política, sem que de fato atendessem às necessidades das mulheres. Os movimentos, para fazer frente as opressões, tomaram força, principalmente depois de 1975, ano em que foi oficialmente declarado pela ONU como o Ano Internacional da Mulher, abrindo brechas para se alargar a visibilidade e articulações dos movimentos feministas no Brasil, ainda fortemente marcado pelas restrições de liberdade daquele período (SARTI, 2004).

Nesse sentido, o fortalecimento e as alianças construídas tornaram o movimento de mulheres no Brasil um dos mais respeitados do mundo, se constituindo referência para outros movimentos, destacando-se a construção de agendas que contemplaram, em diferentes momentos, o direito ao sufrágio, as desigualdades de gênero no mercado de trabalho, o direito ao aborto, a violência doméstica e o combate à discriminação contra as mulheres. Muitas delas passaram a dirigir sua atuação, através dos grupos recém-criados, para lutas em bairros e comunidades das periferias urbanas, das comunidades da Igreja Católica, dos clubes de mães, das associações de vizinhança, onde donas de casa e mães se reuniam, organizavam-se e mobilizavam-se por questões do cotidiano, tendo como referência o papel social das mulheres (NADER; MORGANTE, 2019; CARNEIRO, 2003). Movimentos como o Movimento Contra o Alto Custo de Vida, o Movimento de Luta por Creche e o Movimento de Mães se uniram ao movimento feminista e, já nos anos 1980, aproximadamente uma centena de grupos feministas estavam espalhados pelos principais centros urbanos do país (ZIRBEL, 2007).

De acordo com Farah (2004, p. 51), a organização das mulheres em torno da bandeira “Constituinte para valer tem que ter palavra de mulher” serviu como proposta para a nova Constituição e foram apresentadas, ao Congresso Constituinte, como Carta das Mulheres Brasileiras, com propostas relativas à saúde, mas também a ciclo familiar, trabalho, diversas formas de discriminação, violência, cultura e costume e propriedade da terra, além da convergência de pautas como a do racismo e suas ações de enfrentamento. Essas pautas serviram como amálgama para as disputas e propostas com vista à construção de uma nova sociedade garantidora tanto de direitos políticos e sociais quanto civis, assim como as temáticas discutidas e inseridas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 e incorporadas na Constituinte de 1987 e na Carta Magna, através da Constituição Cidadã de 1988.

Essas diversas vertentes geraram, no interior da rede de serviços de saúde, um novo pensar e agir sobre as questões das mulheres. Portanto, foi na interlocução com os movimentos feministas, trazendo à tona as desigualdades nas condições de vida relacionadas a questões como sexo, raça e classe social, que foi se desvelando os determinantes que impactam e interseccionam, dentre outros, o acesso das mulheres aos serviços de saúde (COSTA; AQUINO, 2002; COSTA, 2009).

Esses questionamentos e a organização dos movimentos feministas foram fundamentais para a formulação e implementação de políticas públicas, considerando a incorporação de muitas das suas demandas, inclusive no que diz respeito a reconhecer a condição singular e diversa de ser mulher, servindo de argamassa para que se consolidasse e se reformulasse debates e ideias sobre a Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), já presente no PAISM, e que foi corporificado na construção e implementação das políticas de saúde do SUS nas décadas seguintes (FARAH, 2004).

Influenciados por essa nova agenda e considerando a crescente expressão dos grupos sociais durante esse período, é importante reconhecer que a criação de diversos órgãos públicos, políticas e programas, que visavam à garantia e promoção dos direitos das mulheres no cenário nacional, sofreram influência das lutas feministas e dos movimentos das mulheres. A interação entre esses movimentos e o Estado se tornou possível devido à pressão e interlocução em canais institucionais, por

meio da participação feminista e militante nos organismos estatais, o que permitiu maior visibilidade para a discussão sobre a igualdade de gênero no país (CAMPOS, 2017).

Essas aproximações propiciaram a pactuação de agendas e a superação de divergências no encontro entre o movimento sanitário e os movimentos feministas e desses entre si, incluindo as pautas com as especificidades do movimento feminino negro. Chama atenção a ausência/invisibilidade de terminologias associadas ao racismo e a forma genérica como determinadas problemáticas constam no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, mesmo essas pautas sendo caras a esses movimentos sociais que estiveram presentes no evento, a exemplo das pautas específicas do movimento feminista negro (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987; OLIVEIRA; BARRETO, 2003; WERNECK, 2016).

Mesmo diante das limitações e dos diferentes contextos que influenciaram na criação desses movimentos nas décadas de 1970 e 1980, é importante valorizar e reconhecer as lutas travadas em prol dos movimentos sociais, particularmente, os referentes ao MRSB e MFB. Por meio dessas lutas, esses movimentos compartilharam valores e projetos de sociedade, muitas vezes marcados pelo embate e concessões, pela busca por democracia e pelo direito de expandir suas vozes a fim de serem ouvidas pelo Estado e sociedade.

MULHERES INSUBMISSAS, MOVIMENTO FEMINISTA NEGRO E INTERSECCIONALIDADES

*Não somos todas iguais, nem somos
completamente diferentes.*

Werneck, 2000

Ao se falar da incorporação das propostas advindas dos movimentos feministas na Constituição de 1988, Carneiro (2019, p. 117) relata a inclusão de 80% das propostas, reposicionando radicalmente o *status* jurídico das mulheres no Brasil, ao destituir o “pátrio poder”, fazendo com que o

movimento das mulheres seja considerado como o de melhor performance entre os movimentos sociais e respeitado no plano internacional.

Embora tenha tido avanços, Carneiro (2003, p. 118) aponta que o feminismo brasileiro permaneceu, por longos anos, prisioneiro da “visão eurocêntrica e universalizante das mulheres” que, de acordo com Lemos (2000), não levava em consideração os desajustes sociais provocados por diferenças étnicas e sociais, como se todas as mulheres fossem iguais. A consequência observada foi a falta de capacidade para identificar as desigualdades e diferenças existentes no universo feminino, além das identidades biológicas (CARNEIRO, 2003). Dessa forma, “as vozes silenciadas e os corpos estigmatizados de mulheres vítimas de outras formas de opressão, além do sexismo, continuaram no silêncio e na invisibilidade” (CARNEIRO, 2003, p. 118).

Assim, de acordo com Werneck (apud LEMOS, 2000, p. 63), no “feminismo original/tradicional” não havia diferenças palpáveis de classe social e de raça, só existindo a questão de gênero. E não se encarou os conflitos que existiam por causa dessas diferenças. Desse modo, não se valorizou as violências contra as mulheres negras e indígenas violadas inúmeras vezes e de diferentes formas, seja nos seus corpos, seja nas hipocrisias advindas pelo mito da miscigenação e da democracia racial.

Para Gonzalez (2008, p. 29), as práticas políticas e sociais, no Brasil, vinham, sistematicamente, excluindo os negros de seus projetos e estabelecendo um modelo econômico que deixou a população negra na condição de “massa marginal”, destacando os impactos dessa exclusão notadamente nas mulheres negras, cujas necessidades e especificidades eram invisíveis, inclusive no feminismo tradicional branco.

A exemplo da marginalização de outros grupos de mulheres não contempladas no feminismo tradicional branco, Nepomuceno (2013, p. 389) alega que as mulheres brancas conseguiram adentrar mais nos níveis superiores de educação e mercado de trabalho ao longo dos anos, diminuindo a distância dos homens brancos, o que não ocorreu com a população negra, que não atingiu os mesmos patamares, muito menos a mulher negra. Portanto, as mulheres negras têm acesso limitado, comparado com mulheres de outros grupos sociais, seja no mercado de trabalho, educação, seja nos serviços de saúde (NEPOMUCENO, 2013, p. 389).

Nesse contexto, o termo “enegrecimento do feminismo” passou a ser usado a fim de enaltecer a trajetória das mulheres negras no interior dos movimentos feministas brasileiros, buscando evidenciar como a identidade branca e ocidental da formulação clássica feminina era intrínseca ao movimento, o que revelou a falta de integração política e teórica das diferentes expressões multirraciais e pluriculturais das mulheres em sociedades diversas. Em decorrência dessas discussões, tornou-se possível estabelecer uma agenda específica a fim de combater as desigualdades de gênero e intragênero, afirmando e visibilizando uma perspectiva feminista negra que emerge da condição específica do ser mulher, negra e, em geral, pobre, delineando o papel que essa perspectiva tem na luta antirracista no Brasil (CARNEIRO, 2003, p. 118).

Desse modo, ao se referirem aos movimentos feministas e suas pautas sobre saúde da mulher no interior da agenda dos movimentos das décadas de 1970 e 1980, Werneck (2000), Carneiro (2011) e Gonzalez (2019) nos alertam sobre as diferenças nas pautas, uma vez que era privilegiado um padrão de mulher que excluía as necessidades das mulheres não brancas, assim como os entrecruzamentos entre as especificidades e necessidades das mulheres negras e a formulação e implementação das políticas públicas.

Akotirene (2020, p. 13) afirma que, embora seja comum a visão de que o feminismo negro tenha gerado cisões e separações, isso não é uma realidade. Nesse mesmo sentido, Batista apud Lemos (2000, p. 63) acrescenta que a criação do movimento de mulheres negras emergiu a partir da necessidade do aprofundamento de conceitos e marcos importantes, baseado na compreensão de que “o feminismo negro é forma de ver o mundo, que não é negra, nem é branca: é feminista”. A partir dessa afirmação, a autora reforça que “é necessário estar na sociedade, brigar pelo espaço da mulher, brigar pela solidariedade, ser fraterna e solidária”.

Dentre as contribuições trazidas pelo movimento feminista negro, Carneiro (2019) destaca a inclusão da temática da saúde e dos direitos reprodutivos na agenda antirracista, considerando questões étnicas e raciais. Isso se deu por meio das opressões vivenciadas pelas mulheres negras em um contexto de apreender as interseccionalidades tomadas como perspectivas de encruzilhadas ou avenidas que se interconectam

nas relações de poder, advindas do gênero, da raça/cor, da etnia e da classe social. Essa discussão, após quatro décadas, ainda permanece atual e em disputa, compondo as agendas das lutas antirracistas.

De acordo com Akotirene (2019), as interseccionalidades nos permite identificar como e quando mulheres negras são discriminadas e estão repetidas vezes posicionadas em avenidas identitárias, em situações que as tornam mais vulneráveis a colisões com estruturas e fluxos racistas. Mesmo com a participação das mulheres negras nas conquistas que culminaram na redemocratização brasileira e na institucionalização do SUS, essas desigualdades existentes refletiram na formulação e nos limites das ações de saúde para esse segmento nas décadas subsequentes.

Esses hiatos e “esquecimentos” na formulação de políticas públicas para mulheres podem ser traduzidos em desassistências que seguem, após mais de 30 anos da institucionalização do SUS, desconsiderando que as mulheres são a maioria entre os usuários do SUS e que, dentre as usuárias da Atenção Primária à Saúde (APS), a maior parte são mulheres negras (BRASIL, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

São evidentes os avanços e conquistas decorrentes das lutas das mulheres no que diz respeito à obtenção de direitos, particularmente nas últimas décadas. Entretanto, ainda há muito a ser conquistado, considerando, principalmente, os limites e constantes ameaças a essas conquistas. Esses limites, em sua maioria, são associados a situações relativas às desigualdades de gênero, raça e classe.

Considera-se, entretanto, que ainda há muito o que ser discutido, a fim de se identificar os limites e as permanentes ameaças que podem vir a causar retrocessos a essas conquistas. Essas ameaças tendem a afetar diversas questões, e não somente as relacionadas ao campo saúde, mas também as que envolvem violências, renda, acesso à educação e ao emprego (contribuindo para uma maior exploração), precarização e desvalorização do trabalho feminino, dentre outras desigualdades que afetam muito mais as mulheres negras.

Nesse sentido, Werneck (apud LEMOS, 2000, p. 65) apresenta uma advertência muito atual referente ao genocídio da população negra, que afeta em particular os jovens negros. Ao trazer essa advertência para nossa discussão, revelam-se contradições sobre as desigualdades persistentes entre mulheres brancas e negras, dentre elas as realidades em que “se a mulher branca reivindica o direito de evitar filhos, a mulher negra reivindica o direito de tê-los, criá-los e vê-los vivos até a velhice”.

Essas desigualdades se perpetuam na formulação e implementação das políticas públicas, que seguem negando as especificidades das mulheres afetadas interseccionalmente por situações associadas à raça/cor, classe social e gênero. Embora existam inegáveis avanços observados nas últimas décadas, essas lacunas permanecem e se revelam em situações como a apresentada por Diniz (2021) sobre o Brasil ser considerado o pior lugar do mundo para gestantes negras, o que tem se agravado notadamente com a pandemia da covid-19. Essas discriminações vêm sendo escancaradas por meio dos agravos à saúde que, mais uma vez, acometem a população mais carente e marginalizada.

Nesse sentido, o racismo estrutural, entranhado na sociedade brasileira e no sistema de saúde, evidencia as desigualdades e as opressões combatidas pelos Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e pelo Movimento Feminista Brasileiro desde as décadas de 1970 e 1980 e persistentes nos tempos atuais. Essa discussão evidencia a importância de se identificar e reconhecer essas intersecções, a fim de que a aplicação dos direitos das mulheres não seja determinada, principalmente, pela cor da pele ou pelo *status* que ocupam na sociedade, mas sim por serem cidadãs.

REFERÊNCIAS

- ADRIÃO, K. G.; TONELLI, M. J. F.; MALUF, S. W. O movimento feminista brasileiro na virada do século XX: reflexões sobre sujeitos políticos na interface com as noções de democracia e autonomia. **Rev. Estud. Fem.**, v. 19, n. 3, p. 661-681, dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/hz4sbNXFtc9LCLrjMvgxpFm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2021.
- ALMEIDA FILHO, N; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 3. Ed. Medsi, 2002.
- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen, 2019. 152p.
- AROUCA, A. S. S. Democracia é saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1987. p. 35-42
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases ação programática**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde 1984. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 14 abr. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 28 abr. 2021.
- BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisalegislaacao.action>. Acesso em: 14 abr. 2021.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., mar. 1986, Brasília. **Anais...** Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

CAMPOS, M. L. Feminismo e movimentos de mulheres no contexto brasileiro: A constituição de identidades coletivas e a busca de incidência nas políticas públicas. **Revista Sociais & Humanas**, v. 30. n. 2, 2017.

CARNEIRO, S. Uma guerreira contra o racismo. *Revista Caros Amigos*, ano III, n.35. fev., 2000.

CARNEIRO, S. Mulheres em movimento. **Estud. Av.** [online], v. 17, n. 49, p.117-133, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300008&lnissoen&isso=iso. Acesso em: 28 abr. 2021

CARNEIRO, S. Enegrecer o Feminismo: a situação da mulher negra na América latina a partir de uma perspectiva de gênero. **Portal Geledés**, 06 mar. 2011. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/enegrecer-o-feminismo-situacao-da-mulher-negra-na-america-latina-partir-de-uma-perspectiva-de-genero/>. Acesso em: 23 fev. 2020.

CARNEIRO, Sueli. Não dá para falar de feminismo sem a mulher negra. **Portal Geledés**, 2019. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/nao-da-para-falar-defeminismo-sem-a-mulher-negra-diz-sueli-carneiro/>. Acesso em: 05 mar. 2021.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v. 14, n. 4, p. 1073-1083, 2009. Acesso em: 24 mar. 2021.

COSTA, A. M.; AQUINO, E. A. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: MERCHÁN-HAMMAN, E. et. al. (Org.). **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília: Editora da Universidade, 2002. p. 181-202. Acesso em: 24 mar. 2021.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**, São Paulo, n. 19, p. 123-140, 1989. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451989000400009&lng=issnrm=isso. Acesso em: 28 mar. 2021.

CRENSHAW, K. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero, 2012. Disponível em: <http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wp-content/uploads/2012/09/Kimberle-Crenshaw.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2021.

DINIZ, D. Brasil o pior país do mundo para mulheres negras grávidas. **El País**. 30 mar. 2021. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/opiniao/2021-03-29/brasil-o-pior-pais-do-mundo-para-as-mulheres-negras-gravidas.html>. Acesso em: 01 abr. 2021.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. **Interface** [online], Botucatu, v. 3, n. 4, p. 105-122, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831999000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2021.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

FALEIROS, V. P et al. **A Construção do SUS**. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf. Acesso em: 14 abr. 2021.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas** (FGV-EAESP), Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 47-71, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/21692>. Acesso em: 12 abr. 2021.

FEIO, A.; OLIVEIRA, C. C. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 703-715, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/gnZXGHdRjfLvGhkY4Jgg6Nz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2021.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde Soc.** [online], v. 13, n. 2, p. 20-31, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 abr. 2021.

GOHN, M. G. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Rev. Bras. Educ.** [online], v. 16, n. 47, p. 333-361, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782011000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 mar. 2021.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje** (Anpocs), p. 223-244, 1984.

GONZALEZ, L. A categoria político-cultural de amefricanidade. **Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, n. 92/93, p. 69-82, jan./jun. 1988.

GONZALEZ, L. “Mulher negra”. In: NASCIMENTO, Elisa Larkin (Org.). **Guerreiras de natureza: mulher negra, religiosidade e ambiente**. São Paulo: Selo Negro, p. 29-47, 2008.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afrolatinoamericano**. São Paulo: Editora Schwarcz. Companhia das Letras, 2019.

HOCHMAN A. Racial discrimination: How not to do it. **Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences**, v. 44, n.3, p. 278-286, 2013. Disponível em: <https://philpapers.org/archive/HOCDH.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2021.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

LEAL, M.C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bD6WFWKvTDvBWS8yZ4BHcBP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 mar. 2021.

LEMOS R, DE O. A face negra do feminismo: problemas e perspectivas. In: WERNECK, J; MENDONÇA, M; WHITE, E. C. (Org.). **O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe**. Rio de Janeiro: Pallas: Criola, 2000.

LIMA, N. T.; FRANCO NETTO, G. Democracia é saúde: direitos, compromissos e atualização do projeto da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 7, e00122818, p.1-4, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2018.v34n7/e00122818/pt>. Acesso em: 05 maio 2021.

MATOS, M. Movimento e teoria feminista: é possível reconstruir a teoria feminista a partir do sul global? **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 67-92, jun. 2010.

MESQUITA. C. C. Saúde da mulher e redemocratização: ideias e atores políticos na história do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. In: Simpósio Nacional de História – ANPUH, 26., jul. 2011, São Paulo. **Anais...** São Paulo: ANPUH, 2011.

MORGANTE, M. M.; NADER, M. B. O patriarcado nos estudos feministas: um debate teórico. In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA DA ANPUH-RIO: saberes e práticas científicas, 16., 2014, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPUH-RIO, 2014. Disponível em: http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1399953465_ARQUIVO_textoANPUH.pdf. Acesso em: 25 fev. 2021.

NADER, M.B. A condição masculina na sociedade. **Dimensões: Revista de História da UFES**. n. 14, p. 461-480, 2002. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/dimensoes/article/view/2638>. Acesso em: 25 fev. 2021.

NADER, MB, MORGANTE MM. **História e Gênero: Faces da violência contra as mulheres no novo milênio**. Editora Mil Fontes, 2019. 26 fev. 2021.

NEPOMUCENO, B. Mulheres Negras – “Protagonismo Ignorado”. In: PINSKY, Carla Bassenezi; PEDRO, Joana Maria (Org.). **Nova História das Mulheres**. São Paulo: Contexto, p. 382-409, 2013.

OLIVEIRA, C.L. P.; BARRETO, P. C. da S. Percepção do racismo no Rio de Janeiro. **Estudos Afro-Asiáticos** (Universidade Candido Mendes), Rio de Janeiro, ano 25, n. 2, 2003.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 mar. 2021.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a03v29n10.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2021.

PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000. 125p.

SARTI, C. A. Feminismo e contexto: lições do caso brasileiro. **Cadernos Pagu**, n.16, p.31-48. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332001000100003>. Acesso em: 06 mar. 2021.

SARTI, C.A. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 35-50, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/QVNKzsbHFngG9MbWCFFPPCv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 6 mar. 2021.

SANTOS, S.S.; TEIXEIRA, C.F. Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 219-230, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22611/1/Carmen%20Teixeira%201.%202016.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2021.

SILVEIRA, P. S.; PAIM, J.S.; ADRIÃO, K.G. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. **Saúde debate** [online], v.43, n.spe 8, p. 276-291, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7xXBBQJzhD5jffSPN6fhJZh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2021.

SINGER, P. O Feminino e o Feminismo. In: SINGER, P.; BRANDT, V.C. et al. **São Paulo: o povo em movimento**. Petrópolis: Vozes, 1980.

TELES, M.A.A. **Breve história do feminismo no Brasil e outros ensaios**. São Paulo: Brasiliense; 1999.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

WERNECK, J.; WHITE, E. C.; MENDONÇA, M. (Orgs.). **O Livro da Saúde das Mulheres Negras - Nossos Passos Vêm de Longe**. Rio de Janeiro: CRIOLA/ Pallas Editora, 2000.

ZIRBEL, I. **Estudos Feministas e Estudos de Gênero no Brasil: Um Debate**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90380/241321.pdf?sequence=1>. Acesso em: 18 Mar. 2021.

15

SILVANIR DESTEFANI SARTORI
JEREMIAS CAMPOS SIMÕES
ELOISIO MOULIN DE SOUZA

**CRISE SUICIDA
COMO ESPETÁCULO:
O QUARTO, A LAJE
DA CASA E A PONTE**

INTRODUÇÃO: CONCEPÇÕES

A concepção de crises suicidas com características comparadas a espetáculos foi percebida mediante a leitura do ensaio *O suicídio e sua essência transgressora* (MARQUETTI, 2014), em que a autora, a partir de uma vivência etnográfica, concebe a existência de crises suicidas com cena, espectadores e cenários, comparadas no supracitado trabalho como espetáculo.

Essa descoberta ocorreu no processo de construção de pesquisa que tinha por objetivo compreender modos de enfrentamento de sofrimento vivenciados por trabalhadores face a intervenção em crises suicidas com a finalidade de salvar/afastar o sujeito tentante do risco. Assim, quando em território de pesquisa, diante dos relatos dos trabalhadores de intervenção nessas crises, foi percebido, assim como Marquetti (2014), crises suicidas em que os cenários eram espaços públicos, existindo cena e espectadores, adquirindo características análogas a espetáculos.

Ao analisar esses relatos, percebeu-se a influência significativa dessas características de espetáculos em crises suicidas no processo de intervenção executada pelos trabalhadores sujeitos de pesquisa, assim como o envolvimento de outros personagens que tecem a cena: sujeito tentante e espectadores.

Nesse sentido, objetiva-se, neste capítulo, mediante a caracterização dos espectadores e espaços ocupados em crises suicidas, compreender como a existência de espectadores em crises suicidas influenciam o trabalho de intervenção dos trabalhadores que objetivam afastar o sujeito tentante do risco.

Tais objetivos são atingidos mediante análise de quatro comentários

produzidos a partir de entrevistas semiestruturadas com trabalhadores, inseridos em determinada organização de trabalho, responsáveis por intervenção em crises suicidas. Esses comentários têm em comum o fato de ser a descrição de crises suicidas com a presença de espectadores, tais caracterizados em consonância com os espaços ocupados: o quarto de casa; a laje da casa; a ponte. A análise é feita com emprego da técnica de análise de conteúdo.

A compreensão desses comentários e, por conseguinte, atingir o objetivo proposto justifica-se e torna-se relevante em razão de que, ao lançar compreensão acerca de crises suicidas com características de espetáculos, é trazido à tona o fato de que, mesmo sendo essas crises um ato individual, por estarem inseridas em espaço interinstitucional, afetam diversos sujeitos. Por conseguinte, há, na ocorrência dessas crises, diversos sobreviventes que, assim como o sujeito tentante, carecem de cuidados de saúde (BOTEGA, 2015; WHO, 2014).

Nesse sentido, compreende-se crises suicidas como situações que envolvem morte resultante de ato praticado pelo próprio sujeito, estando esse ciente desse resultado (DURKHEIM, 2003). Ou, ainda, na hipótese de tentativas de suicídio, conceituadas como atos intencionais de autoagressão que podem ser graves, mas que não resultam em morte. São sobreviventes dessas crises todos os sujeitos que, de alguma forma, são atingidos, tendo suas vidas marcadas pela complexidade, extremidade e agressividade do ato (BOTEGA, 2015; WHO, 2014; TAVARES, 2013).

Assim, com a finalidade de atingir o objetivo proposto, a seguir, será percorrido, de maneira sucinta, como ocorre a intervenção nas crises suicidas e a caracterização da cena. Sequencialmente, será apresentada a trajetória metodológica, seguida da compreensão do objetivo proposto.

CARACTERIZAÇÕES: INTERVENÇÃO E CENA

As intervenções em crises suicidas são marcadas pelo protagonismo das relações humanas. Consequentemente, nesta análise, o sentido do trabalho é de sê-lo essencialmente humano, destacando os laços

estabelecidos, a maneira como o trabalho se organiza face as relações de hierarquia entre trabalhadores e com a sociedade (SARTORI; SOUZA; SIMÕES, 2019; DEJOURS, 2000).

Esse trabalho de intervenção, marcado por relações humanas e imprevisibilidade, foi categorizado em cinco etapas a partir dos comentários dos trabalhadores. A primeira dessas etapas é a *iminência/expectativa* que os trabalhadores vivenciam pela possibilidade de surgir uma crise suicida com a necessidade de intervenção. Essa etapa ocorre como uma possibilidade de vir a ocorrer, presente nos comentários de alguns dos trabalhadores pesquisados.

O surgimento da crise, na organização de trabalho pesquisada, ocorre com o *comunicado da crise*, seguido das etapas de *deslocamento dos trabalhadores até o local da ocorrência*, a *intervenção* e, por fim, o *retorno à base*. Dessas etapas, mesmo que a separação entre seus inícios e fins não sejam absolutamente cartesianos, neste capítulo é analisada a etapa de *intervenção*.

Nesse contexto, a etapa de *intervenção* consiste no momento em que os trabalhadores empregam engenhosidade e inteligibilidade com o propósito de retirar o sujeito tentante de risco. Nesse momento, lidam com os limites de suas condições humanas frente à complexidade da crise suicida, assim como são impelidos a lidar com as variabilidades e imprevisibilidades da crise.

Entre as variabilidades e imprevisibilidades a serem geridas, estão compreendidas as características de espetáculos nas cenas de crises suicidas, composta por diversos sujeitos partícipes e os espaços ocupados pelos sujeitos tentantes. Representa reapreciar a hipótese de que crises suicidas, assim como os eventos em que há morte, estão restritos ao foro íntimo. Contrariamente, essas relações se articulam mediante objetos, composição de cenários, escolha de espectadores, sendo a crise suicida uma forma de linguagem que repercute na elaboração de vários sentidos (MARQUETTI, 2014; CAMPOS et al., 2016).

Perante essas características, este capítulo tece a cena analisando a essência transgressora das crises suicidas ao subverter prescrições da sociedade atual quanto ao lugar de morte, trazendo ao alcance dos olhos o obsceno: aquilo que não deveria ser mostrado em cena (MARQUETTI, 2014; CARLOS; D'AGORD, 2016). Contudo, essa compreensão se

debruça nas influências dessa transgressão no trabalho daqueles que trabalham com o objetivo de interromper a crise e impedir a morte, não havendo pretensão de alcançar motivantes, justificativas e verdades acerca da estetização da cena.

Assim, nos limites dessa compreensão, se estabelece como elementos da cena, das crises suicidas analisadas neste capítulo, os sujeitos partícipes e os espaços ocupados. Para tanto, são partícipes da cena os espectadores, sendo eles completos estranhos e/ou familiares/conhecidos/amigos do sujeito tentante; e os protagonistas, o próprio sujeito tentante, que, por assim sê-lo, a caracterização dos espectadores acontece a partir de sua referência e, mesmo sem haver reivindicação por esse significante, aqueles que intervêm na crise almejando a desistência do sujeito tentante, ou seja, trabalhadores que têm seus relatos analisados neste capítulo.

Já os espaços ocupados nas crises suicidas analisadas são desvelados nos comentários dos trabalhadores como a própria residência, prédios, pontes, avenidas, telhados, havendo aproximação entre o meio letal empregado e o espaço. Esse desvelamento evidencia a concepção de que o meio letal empregado varia de acordo com a frequência e o acesso que se tem a eles, havendo inclusive influência da própria organização e estrutura dos espaços onde as pessoas vivem (WHO, 2014).

Esses espaços são classificados como públicos quando o sujeito tentante ocupa os interstícios da cidade/região onde a vida social acontece – pontes, prédios, avenidas, torres, dentre outros. Já espaços privados são aqueles nos interstícios das residências (MARQUETTI, 2014). Porém, há crises suicidas que constroem interface entre público e privado, ocupando o interstício das residências, porém visível àqueles presentes nos interstícios públicos – defenestração, precipitação em altura de telhados.

Ainda, há estreita relação entre a classificação de público e privado dos espaços ocupados com as características dos espectadores: se esses possuem ou não relação *a priori* a crise com o sujeito tentante. É tendente que, em espaços classificados como privados, haja espectadores com relação próxima com o sujeito tentante, enquanto, nos espaços públicos, geralmente, os espectadores são desconhecidos do sujeito tentante.

Soma-se à categorização dos espectadores, ou até mesmo à presença desses em cena, o fator tempo: crises suicidas em locais públicos e em horários em que as pessoas estão transacionando pela cidade são mais

propensas à presença de espectadores do que aquelas ocorridas na madrugada, por exemplo. Dessa maneira, a descrição pelo trabalhador da crise suicida almejando a vítima “se jogar” do telhado de uma residência, por mais que haja a interface entre espaço público e privado, o fato de ser em momento noturno denota inexistência de espectadores. De forma semelhante, a descrição da crise suicida do jovem que “se joga” do alto de uma ponte na madrugada é acompanhada da expressão “ninguém viu”.

Estando caracterizada a cena e seus elementos – espaços e espectadores –, a seguir, será apresentada a trajetória metodológica adotada neste capítulo, condutora do atingimento do objetivo proposto.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Os comentários analisados neste capítulo são oriundos de entrevistas semiestruturadas realizadas com trabalhadores inseridos em organização responsável em intervir em crises suicidas. Essa técnica de produção de dados é caracterizada por partir de perguntas apoiadas em teorias e hipóteses de interesse para a pesquisa e, à medida que o informante se coloca a responder, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses (TRIVIÑOS, 1987).

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho, com a participação de 15 trabalhadores que se voluntariaram a participar e que já tinham atuado em intervenções de crises suicidas. À época da realização das entrevistas, os trabalhadores possuíam idades entre 27 e 49 anos, tempo de trabalho na organização entre 5 e 28 anos. Dois deles se identificaram como mulher e os demais como homens.

Após a realização das entrevistas, os dados produzidos foram analisados por meio da análise de conteúdo, sob a perspectiva de como a existência de espectadores influencia o trabalho de intervenção. Esse tipo de análise compreende um conjunto de técnicas a fim de analisar comunicações através da sistematização de procedimentos objetivos, permitindo a inferência de conhecimentos relativos às mensagens (BARDIN, 2009). Esta análise aconteceu mediante categorias apriorísticas (objetivos de pesquisa) e sequente subcategorização (categorias a posteriori).

Também como parte metodológica desta pesquisa, ressalta-se a observância dos trâmites éticos descritos na Resolução nº 510 de 2016, que delinea princípios éticos das pesquisas em ciências sociais quando envolvem dados produzidos diretamente com os participantes (BRASIL, 2016), sendo o projeto desta pesquisa submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE 66277917.1.0000.5542). Entre esses aspectos éticos, destaca-se o anonimato da organização e dos trabalhadores pesquisados, sendo, portanto, os trabalhadores identificados como TRAB 001 a TRAB 004.

Esclarecida a trajetória metodológica que norteou a se atingir os objetivos propostos, a seguir serão analisados comentários dos trabalhadores, tendo por perspectiva espaços, espectadores, relações e influências desses elementos no trabalho de intervenção.

O QUARTO, A LAJE DA CASA E A PONTE

Na análise dos comentários dos trabalhadores, ficou evidente que, entre os elementos presentes nas crises suicidas comparadas a espetáculos, a influência no processo de intervenção ocorre face o espaço ocupado ser determinante para a existência de espectadores e como se estabelece a relação desses espectadores com o sujeito tentante, se havia ou não relação entre o sujeito tentante e os espectadores, como será analisado a seguir.

Esse fato conduziu a categorização do processo de realização da análise de conteúdo, permitindo a construção do esquema do Quadro 1.

Quadro 1 – Elementos presentes nas crises suicidas comparadas a espetáculos.

Objetivos	Espaços	Espectadores - Referência: sujeito tentante	Referência: Mensagem
Influências	Privado - "O quarto"	"Familiares"	Destinatários
	Privado intertício público - "A laje"		
	Público - "A ponte"	"Monte de gente" "Governo"	Não destinatários

Fonte: Elaborado pelos autores.

Assim, os comentários analisados tecem a cena pelo acontecimento de crises suicidas que ocuparam espaços classificados como privados, públicos e privados com interstício para o público, nomeados pelos trabalhadores entrevistados como quarto de casa, laje da casa e ponte. Inicialmente, lançar-se-á a compreender as características dessas cenas – espetadores e espaços – para, em seguida, analisar as influências na intervenção. No primeiro comentário a ser analisado, o espaço ocupado é o quarto de casa:

Comentário 1 – Cenário: O quarto de casa

Eu fui acionado para uma ocorrência de uma jovem, que deve ter os seus 35 36 anos, ela era assistente social, que chocou a gente, ela se trancou no quarto disse que ia pular a janela e se matar. Escreveu isso em um papel e entregou para o pai. O pai ligou, [...], aí chegamos lá na ocorrência batemos na porta, oh é tal é o *resgate*, não quero falar com ninguém não, eu falei você tem que falar com a gente. Por que vocês estão aqui? Porque a pessoa estudada tem um certo grau de conhecimento. Eu não chamei vocês aqui. Não chamou, mas seus pais, disseram que você vai se matar, estão preocupados com você, e era problema amoroso, terminou com o namorado. Aí com muita conversa ela abriu a porta e a gente falou que não vai sair enquanto você não abrir. Nós conversamos com ela a situação é essa [...] (TRAB. 001).

Nesse comentário, os fatos delineados pelo trabalhador dão em conta do determinante dos espectadores em razão do espaço ocupado pelo sujeito tentante. No respectivo cenário, a crise suicida ocorre como evento de foro íntimo, perfazendo como espectadores, e inevitavelmente engolfados pelo drama do ato, a própria família. A referência desses espectadores se modifica quando há transição do espaço ocupado, conforme o comentário a seguir:

Comentário 2 – Cenário: A laje da casa

[...] Essa menina subiu na laje da casa e falou que ia se jogar, formou uma aglomeração de mais de 50 pessoas, só família, só de família, aí o que deixou a gente mais triste, porque a gente não podia poder fazer muita coisa. Porque

ela estava se lançando por um lado onde tinha muitos vergalhões que era da construção e aí ela foi e se lançou. Aí não teve jeito, ela morreu [...]. Em um processo de negociação é ruim o familiar ficar perto, porque, em algum momento da vida dessa pessoa, essa família influenciou negativamente essa pessoa. Para chegar naquele ponto, a família inteira, mesmo aqueles que apoiaram essa pessoa em algum momento, falou alguma coisa que ela não gostou e a pessoa que está com esse sentimento de tristeza, ela nunca vai acolher o bom, ela sempre vai acolher a fala ruim, negativa, porque a sua estima está lá embaixo, por isso que não é interessante ficar próximo (TRAB. 002).

Nesse comentário, sob a ótica de caracterizar espaço e espectadores, revela a transição de um espaço no interstício do privado (laje/telhado), mas com uma transposição para o espaço público. É desvelado, portanto, a existência de quantidade de espectadores numericamente superior, quando em comparação ao espaço de foro íntimo (o quarto de casa), quantificado pelo trabalhador: “mais de cinquenta pessoas” (TRAB. 002). Porém, esses espectadores, a partir da referência do protagonista (sujeito tentante), também são compreendidos, pelo trabalhador, como familiares.

A característica desses espectadores se modifica quando há afastamento do foro íntimo, ou ainda do espaço privado, e o sujeito tentante ocupa espaço com a característica de público:

Comentário 3 – Cenário: A ponte I

Certa vez, lá na ponte tinha um chamado de uma tentativa de suicídio. O cara estava no vão Central. [...]. Primeira coisa que eu fiz foi, eu evoquei para mim a responsabilidade, interdi-tei as duas vias, aí tem pressão do governo, um monte de gente ligando, quero a ponte liberada, não vou liberar não, pedimos apoio da administração da ponte, aí conseguiu, e na época havia um companheiro que trabalhava fazendo bico na administração da ponte, era parceiro meu, já trabalhou no resgate muitas vezes, então tem experiência e é aquele negócio da equipe, um confia no outro, quando a gente tem essa sinergia, e ele falou Machado “tá dando mole dá para dar um bote”, era o que eu precisava para tirar ele de lá (TRAB. 003).

Comentário 4 – Cenário: A ponte II

A gente chegou abordou ele, manteve uma distância, né. A gente tentou dialogar, não deu nem tempo de perguntar o nome dele, ele se jogou. Ele não esperou. Ele estava resolvido a se suicidar. Não igual as outras vezes que eu fui, a pessoa esperou outras pessoas chegarem, estava pensativa. Esse não, ele viu que a gente estava se aproximando, fez uma pergunta e se jogou, não esperou não. Não falou o nome dele, não conversou. [...]. Aí o pessoal dava aquela meia parada no carro, mas como o trânsito já estava lá, não vão embora, embora... E o mais frustrante de tudo é passar o pessoal do ônibus e falar pula, pula, o seu corno pula logo. Que ideia. Eu não sei, para mim, o que a população sente ao ver uma situação dessa e jogar fogo ainda. (TRAB. 004).

Nesses comentários, há o desvelamento do lugar com característica de público e, por consequência, um misto daqueles que se configuram como espectadores. São espectadores o “governo”, “um monte de gente” que almeja transitar pela ponte sem interdições (Comentário 3, TRAB. 003) e pessoas que compunham o trânsito (motoristas e passageiros de um ônibus) (Comentário 4, TRAB. 004).

É constatado a diversidade de espaços, de espectadores e de relações contidas nos comentários, conduzindo à compreensão de ser a crise suicida um gesto que produz significados passíveis de equívocos, não se fechando os sentidos em uma simples evidência, o que permite a elaboração de muitos significados a depender de onde se olha (CAMPOS et al., 2016).

Sendo diversos os sentidos, também são diversas as condutas dos espectadores: os pais, ao acionar o serviço de emergência, evidenciam querer salvar a filha; os familiares, quantitativamente presentes, demonstram interesse pela jovem, possibilitando compreender ansiarem pela interrupção do ato. Contrariamente, os sentidos expressos pelos espectadores na ponte não denotam interesse pela manutenção da vida do sujeito tentante, alguns se preocupam essencialmente com seu cotidiano (atravessar a ponte), além de não ser incomum, em diversas descrições, de espectadores que incentivam o ato.

Tais condições evidenciam a maneira como o trabalho se organiza, ultrapassante dos aspectos objetivos da tarefa, compreendendo um espaço intersubjetivo, em que as relações são constantemente estabelecidas

(trabalhador, sujeito tentante e espectadores), influenciando no trabalho de intervenção (DEJOURS, 2000). É evidente que os espectadores compõem a cena e não passam despercebidos/inertes.

Além disso, a crise suicida que se configura como espetáculo pode ser compreendida como como conduta endereçada, ou ainda como forma de comunicação, e, portanto, a possibilidade de escolha do local pelo sujeito tentante, por vezes, envolve estetização, construção e vislumbre de quem serão os destinatários da mensagem. Em contrapartida, a essência transgressora da crise repercute na existência de espectadores que não necessariamente deveriam ser os receptores da mensagem (MARQUETTI, 2014).

Como consequência, atingir espectadores para quem não se direciona a mensagem traz complexidade ao trabalho de quem intervém, na medida em que esses espectadores não possuem compromissos nem relação com o sujeito tentante, o que os torna descomprometidos na expressão de seus incômodos.

Para tanto, os espaços de interstícios privado e privado/público – o quarto de casa e a laje da casa – trazem espectadores com indicativo de serem também destinatários da mensagem, ou seja, pessoas a quem é direcionada essa comunicação. Essa condição de serem destinatários de uma mensagem denota possuírem vínculo, compromisso e interesse com o salvamento do sujeito tentante. Assim, os espectadores do ato da jovem do quarto, seus pais, apresentam uma conduta de contribuição aos trabalhadores que intervém na crise, de forma que, após o acionamento, não mais são evidenciados no comentário.

Inversamente, a formação de aglomerado de pessoas no ato da jovem que se lança da laje/telhado de casa é vista como influência negativa no processo de intervenção. Essa influência é percebida pelo trabalhador em razão desses espectadores poderem ser, sob a ótica do sujeito, contribuintes na decisão de desistência de viver. A negociação em que o trabalhador promove a mudança de foco do sujeito tentante quanto ao motivo precipitante, significando um pouco menos de sofrimento e a diminuição do risco de suicídio, encontra dificuldades em virtude desse motivo estar concretizado nos próprios espectadores (BOTEGA, 2015).

Essa percepção de influência não contributiva de espectadores que também podem ser destinatários de uma mensagem evidencia a natureza do trabalho marcado pelo protagonismo das relações humanas. Além

disso, o fato de a crise suicida tecer a cena também como uma forma de comunicação e a possibilidade de afetar diversos sujeitos e sentidos repercutem em diversas reações, o que representa variabilidades a serem geridas pelos trabalhadores (SARTORI; SOUZA; SIMÕES, 2019; CAMPOS et al., 2016).

Todavia, há espectadores que não são destinatários da mensagem, nem por isso deixam de ser afetados pela crise suicida. Isso acontece porque existe dificuldade de se falar das possibilidades de morte e morrer. Com isso, a crise suicida em espaço público transgride essa premissa, trazendo ao olhar desses espectadores possibilidades de morte e morrer. Imergem, esses sujeitos, na ambivalência de terem os olhares convocados, ao ponto que se rechaça esse mesmo olhar na possibilidade de ver aquilo que normalmente estaria oculto. Essas reações se perfazem na medida em que a transgressão está no fato do suicídio em espaços públicos trazer à tona a violação do próprio tabu em que ele está circunscrito (CARLOS; D'AGORD, 2016; MARQUETTI, 2014).

É nessa ambivalência e através dessas reações que se forma o aglomerado de espectadores descomprometidos, expressando-se na contramão dos trabalhadores que ocupam a cena com objetivo de salvar o sujeito tentante. Esse descompromisso expresso encontra limites justamente quando o obsceno se desvela, surgindo a rechaça:

O pessoal parece que, eu não sei se isso é o que eles falam da boca para fora, que depois que a pessoa pula, fica todo mundo chocado, mas antes todo mundo fica falando pula, pula. Acho que o pessoal tem um pouco dessa maldade, é uma forma de maldade, mas depois que o negócio acontece, eles mesmos ficam chocados. Eles não acreditam que a pessoa vai fazer o que ela determinou a fazer. Eles não acreditam. Acho que a maioria das vezes muita gente vai lá, eu acho por mim para chamar atenção para alguma coisa, não necessariamente que ele está querendo pular realmente. Mas mesmo nesses casos acho prejudicial ter aglomeração, por que sempre tem um engraçadinho que vai falar alguma gracinha dessa, entendeu (TRAB. 004).

A complementariedade do comentário quanto à expressão de espectadores descomprometidos com o salvamento é justamente na demarcação de término dessa expressão com a concretização do ato. Além disso,

denota a crença errônea desses espectadores ao idealizarem que, quem está ameaçando o suicídio, o faz apenas para manipular (BOTEGA, 2015).

Também nesse comentário é tornado explícito que a aglomeração de pessoas é prejudicial para o trabalho de quem intervém: “sempre tem um engraçadinho que vai falar alguma gracinha” (TRAB. 004). A compreensão da influência desses espectadores que “incentivam pular”, não contribuindo com aqueles que trabalham almejando tirar o sujeito tentante de risco, se ancora no fato desse sujeito já vivenciar um processo de desintegração social e ambivalência entre vida e morte, constituindo qualquer expressão de incentivo como determinante na latência desse sentimento (DURKHEIM, 2003; BOTEGA, 2015).

Há ainda aqueles que expressam seus incômodos face a intervenção consistir em interdição, interferindo no cotidiano. Surge então a pressão para trabalhar mal. Essa pressão está manifesta primordialmente na expressão “aí tem pressão do governo, um monte de gente ligando, quero a ponte liberada” (TRAB. 003). Querer a ponte liberada, inclusive por autoridades, representa, para o trabalhador, ser constrangido a executar seu trabalho em tempo inábil, atamancá-lo, em uma desconsideração implícita de compromisso com o resultado: salvar o sujeito tentante (DEJOURS, 2000).

Essa situação psicológica não é facilmente aceita pelo trabalhador, que se engaja sobremaneira a conduzir seu trabalho na expectativa de resultados favoráveis, convivendo com os conflitos do sujeito tentante e as manifestações dos espectadores, representando imposições à sua vontade (DEJOURS, 2000). Essencialmente, os espectadores presentes, assim como as características dos espaços ocupados, representam variabilidades a serem geridas pelos trabalhadores, compreendendo influências no processo de intervenção.

Por fim, o encerramento da crise suicida se circunscreve a duas possibilidades: a morte do sujeito tentante, seguido (algumas vezes) da exibição de um cadáver, ou a interrupção da crise com o salvamento. Aqui, os espectadores descompromissados seguem seu cotidiano, enquanto aqueles manifestadamente interessados no salvamento do sujeito tentante lidam com o alívio ou com a perda e o prosseguimento dos ritos fúnebres, acompanhados das tentativas de interpretação da mensagem deixada.

Para ambas as possibilidades, não é possível, na presente análise, compreender como os espectadores são afetados ou, ainda, como elaboram e interpretam o presenciado. Todavia a compreensão de sê-los sobreviventes conduz à perspectiva de carecerem de cuidados de saúde (TAVARES, 2013; WHO, 2014)

Contudo, para os trabalhadores, a influência dos espectadores não se encerra com o término da crise. Repercute como vivência a interpretação das mensagens manifestas pelos espectadores, das quais poderão ser interpretadas como reconhecimento, quando há salvamento do sujeito tentante e, muitas vezes, esses trabalhadores são denominados de “heróis”. Inversamente, poderão ser interpretadas como frustração, inexistente a premissa de reconhecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender como a existência de espectadores em crises suicidas influenciam o trabalho de intervenção dos trabalhadores que objetivam afastar o sujeito tentante do risco significa, sobremaneira, trazer à discussão a complexidade das crises suicidas que, apesar de serem atos individuais, quando se caracterizam como espetáculo, atingem toda uma coletividade, estando no centro desta análise, além do sujeito tentante, o trabalhador.

Nesse sentido, a intervenção pelos trabalhadores acontece mediante o estabelecimento de relações: o trabalhador, o sujeito tentante e os espectadores. Todos ali, independentes de serem destinatários do gesto comunicacional, são afetados, repercutindo em reações diversas.

É imprescindível resgatar o trabalho de Marquetti (2014) sobre sua conclusão de que cenas suicidas “desconstroem e reconstroem limites entre o público e privado, num processo de comunicação de novos sentidos de vida, cotidiano e sociabilidade” (p. 244), representando, portanto, esta discussão, espaço de aviso de virmos a ser possíveis espectadores nesse processo comunicacional.

Da mesma maneira, a concepção de crises suicidas ocuparem espaços interinstitucionais conduz a refletir sobre estratégias de prevenção

mediante a criação de óbices a meios letais, bem como estratégias que envolvam cuidados de saúde àqueles considerados sobreviventes.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BOTEGA, N. J. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. (2016). Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, 07 de abril de 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2021.

CAMPOS, L. J. et al. Trabalho e suicídio: gesto de resistência final. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 86-103, 2016.

CARLOS, F. P.; D'AGORD, M. R. L. O lugar obscuro do suicídio. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 43-56, 2016.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

DURKHEIM, E. **O suicídio**. São Paulo: Martin Claret, 2003.

MARQUETTI, F. C. O suicídio e sua essência transgressora. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 237-245, 2014.

SARTORI, S. D.; SOUZA, E. M.; SIMÕES, J. C. Entre o prescrito e o real: a organização do trabalho na intervenção em crises suicidas. In: SILVA, C. R. M (Org.). **Administração, empreendedorismo e inovação 3**. Ponta Grossa: Atena Editora, 2019. p. 255-269.

TAVARES, M. S. A. Suicídio: o luto dos sobreviventes. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013. p. 45-58.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a global imperative. Luxemburgo: World Health Organization, 2014. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/. Acesso em: 08 jan. 2021.

4

SEÇÃO 4:
EDUCAÇÃO
EM SAÚDE
E CAMINHOS
METODOLÓGICOS

16

WELINGTON SERRA LAZARINI
FRANCIS SODRÉ
PABLO CARDOZO ROCON

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE ENTRE PRÁTICAS DISCIPLINARES E AS EXPERIÊNCIAS PÓS-SUS

INTRODUÇÃO

Em meio ao século XX, o Brasil encontrava-se marcado por acirrados debates, lutas, resistências, avanços e retrocessos em torno da assistência à saúde. Aqui, a Educação em Saúde emergiu como estratégia estatal de governamentalidade sobre as vidas e a saúde das populações. Neste trabalho, compreende-se a Educação em Saúde como um conjunto de saberes e práticas que se estabelece no encontro entre os trabalhadores da saúde e a população, seja no interior dos serviços ou na comunidade, de maneira formal ou não, com o propósito de intervir com os indivíduos sobre o processo saúde-doença.

Assim, este capítulo analisa as concepções de Educação em Saúde no Brasil durante o século XX, dividido em quatro momentos históricos: República Velha, Período Getulista, Ditadura Militar e o Pós-SUS. Estabelecendo um diálogo com Michel Foucault em suas formulações sobre biopolítica e biopoder, o texto discorre sobre a apropriação das práticas de Educação em Saúde como importante estratégia biopolítica de controle e manipulação dos processos da vida das populações (nascer, morrer, re(produzir)-se, adoecer, sofrer etc.), segundo a conjunção de forças nas relações de poder/saber que atravessam o Estado e as populações.

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA REPÚBLICA VELHA

Em um país que acabara de desinstitucionalizar as práticas escrivãs e que ainda era fortemente marcado pela herança colonial, a

Proclamação da República no Brasil, em 1889, dá origem a um novo momento na história conhecido como República Velha, que se estendeu até 1930, ocasião do movimento armado cujo desfecho levaria Getúlio Vargas à presidência da República. Nesse período, a saúde ocupou um lugar significativo na conformação de uma ideologia de pertencimento à nação brasileira, capaz de superar a imagem negativa que habitava o país, referente a pressuposições de uma inferioridade climática e racial da população brasileira (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2006).

Nesse período, ocorrem as primeiras iniciativas caracterizadas como ações educativas de saúde, em uma tentativa imperiosa de centrar esforços no controle das epidemias de varíola, peste bubônica e febre amarela, que assolavam os grandes centros urbanos, impactando diretamente os interesses do modelo agroexportador, gerando preocupação à aristocracia (VASCONCELOS, 2004).

A disposição dessas primeiras práticas de Educação em Saúde era extremamente simplória, já que as autoridades consideravam a população pouco instruída para compreender atividades e falas mais complexas (VASCONCELOS, 2004). Numa submissão ao saber técnico-científico produzido na época, buscava-se sanear os espaços urbanos a fim da proteção das elites (VASCONCELOS, 1998).

Tal discurso ancorou-se na ideologia campanhista situada em meio à efervescência das repercussões sociais das políticas de defesa da renda do setor exportador cafeeiro. De inspiração bélica, essa estratégia de combate às epidemias seguia a lógica dos serviços de saúde dos exércitos coloniais, ao concentrar o poder decisório nas mãos dos tecnocratas e adotar um modelo médico fortemente repressivo sobre os corpos individuais e sociais (SILVA et al., 2010).

A Educação em Saúde¹ emergiu revestida por uma roupagem

-
1. A concepção de Educação em Saúde surgiu nos Estados Unidos da América no início do século XX como uma estratégia de prevenção das doenças. Arelada aos interesses econômicos e financeiros das elites, vislumbrava como diretrizes três pressupostos básicos: 1) partia-se do princípio que os problemas de saúde deveriam ser prevenidos pelo esforço individual e pela adesão a hábitos corretos de vida; 2) seria a falta de informação elemento central para o surgimento dos problemas de saúde da população; 3) a educação devia ser pensada como a simples transmissão de conteúdos

moralizante, acrítica e descontextualizada, que influenciaria seu modo de ser e sua prática nos serviços durante todo o século XX. Sua característica culpabilizadora relegava ao indivíduo toda a responsabilidade pelos seus problemas de saúde, e sua pedagogia voltava-se para a transmissão do conhecimento e o controle da população (ALVES; AERTS, 2011).

Essa conformação das primeiras práticas, que influenciaria todo o século XX, incide sobre os indivíduos, em função de processos normalizadores que conformam uma sociedade de normalização, que emerge, segundo Foucault (2002), do encontro entre poder disciplinar² e poder regulamentador da vida (biopoder)³. Segundo o autor:

A normalização disciplinar consiste em primeiro colocar um modelo, um modelo ótimo que é construído em função de certo resultado, e a operação de normalização disciplinar consiste em procurar tomar as pessoas, os gestos, os atos, conformes a esse modelo, sendo normal precisamente quem é capaz de se conformar a essa norma e o anormal quem não é capaz (FOUCAULT, 2008a, p. 75).

Assim, atrelado ao discurso higienista, notoriamente marcado por desconsiderar as relações entre doença e condições de vida, pela imposição de normas, bem como pelo estabelecimento de medidas de saneamento

neutros e descontextualizados, contemplando apenas instrumentos médicos, sem abordar outros elementos como as condições de vida da população, por exemplo (ALVES; AERTS, 2011).

2. Poder que incide sobre o corpo indivíduo em prol da ampliação das forças em termos econômicos e redução das forças políticas de resistência. Poder adestrador e normalizador que emerge a partir do século XVII como primeira acomodação do poder soberano (FOUCAULT, 2002).
3. Segunda acomodação do poder soberano que ocorre a partir do fim do século XVIII. Incide sobre o corpo espécie, corpo com várias cabeças a fim de gerir e regulamentar os processos da vida (nascimentos, mortes, epidemias etc.), tomando a população enquanto massa como problema político. Seu mecanismo de ação se dá pelas disciplinas e pelas biopolíticas – ações estatais de gestão e normalização das populações a partir de intervenções estatais via previdência, assistência social e saúde (FOUCAULT, 2002).

consideradas científicas, associou-se à ideia de polícia sanitária no Brasil (SILVA et al., 2010). Baseada no modo de atuação da polícia médica alemã (FOUCAULT, 2019), as questões de saúde eram ainda concebidas sob um prisma de responsabilidade estritamente individual, cabendo ao indivíduo a atribuição de garantir sua saúde através do bom comportamento, e, às políticas públicas de saúde, cabia o controle das doenças epidêmicas, do espaço urbano e do padrão de higiene das classes populares (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Dessa maneira, a então chamada educação sanitária assumia um estratégico papel de controle da sociedade brasileira, tanto no que diz respeito às questões sanitárias quanto aos aspectos referentes à vida cotidiana das famílias pobres. Esse pensamento estava intimamente atrelado a égide da teoria malthusiana de que as classes pobres são perigosas, uma vez que oferecem problemas para a organização das cidades, além de serem responsáveis pelo fantasma da disseminação e contágio de doenças. Assim, a lógica higienista destitui dos pobres seu modo de ser e estar no mundo, inculcando-lhes novas práticas e hábitos de higiene, cuja finalidade seria a de conquistar a saúde (VASCONCELOS, 1998).

Foucault (2019) discute essa questão quando fala do nascimento da medicina social, ao descrever que o sistema inglês conseguira articular tanto a assistência médica ao pobre quanto o controle de saúde da força de trabalho e o esquadramento geral da saúde pública com o objetivo último de garantir, às classes mais abastadas, proteção contra os perigos gerais causados pelos pobres.

Assim, face ao autoritarismo da execução da vacinação contra a varíola, houve grande resistência pelas camadas populares e setores da classe dominante em função da maneira impositiva pela qual o Estado invadiu o âmbito privado dos indivíduos.

Na concepção de Costa (1986), a organização da saúde pública no Brasil foi também uma resposta das elites dominantes a inúmeras ameaças que iam à contramão do desenvolvimento de novas relações econômicas no país. Essas ameaças terminariam por fomentar as ideias de organização sanitária que motivariam a resistência popular frente às ações de saúde pública.

O cenário forjado pelo crescimento econômico produzido pela atividade cafeeira e o processo de industrialização foi determinante para fazer

surgir, nesse período, uma nova concepção de serviços de saúde, que foi denominada “saúde pública”. Junto com essa concepção, surge uma nova prática de educação voltada para a saúde, denominada educação sanitária, consoante ao modelo estruturado nos Estados Unidos (SILVA et al., 2010). Alguns autores (MEHRY, 1997; VASCONCELOS, 2001) apontam que a crítica ao modelo anterior foi uma constante no interior da política de saúde, devido sua baixa capacidade de resposta frente aos novos problemas da saúde pública, de modo que encontraria na educação sanitária a estratégia pertinente para o enfrentamento das novas necessidades.

Havia certo esvaziamento da teoria unicausal da medicina, já que sua explicação para as doenças, baseada apenas nos agentes microscópicos, tornara-se insuficiente para responder muitos fenômenos de morbidade e mortalidade populacional postos naquele momento. Entretanto, o movimento sanitaria da época continuava a ser fundamentalmente um movimento de elite, com uma pequena vista de olhos para a população, diante de um país que contava, em 1920, com 70% de analfabetos (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2006). O modo de ver o mundo sob as lentes do mecanicismo e do positivismo foi imponente, de modo que o contexto se aproximava muito mais da unicausalidade, avessa à contribuição de outros modos de pensar o processo saúde-doença. E foi assim que os alicerces para a estruturação dos serviços de saúde se fundaram a partir de 1930, início da Era Vargas (SILVA et al., 2010).

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PERÍODO GETULISTA

No transcorrer das três primeiras décadas do século XX, a pauta que orientava o discurso e a ação sanitaria se caracterizava pelos acirrados debates sobre a saúde, bem como abordava a construção da ideia de nação brasileira inscrita na ordem republicana. Entretanto, com a chegada da década de 30, mudanças sociais começam a ventilar no país e, com elas, novos contornos são dados à política pública brasileira, o que fez com que o primeiro governo Vargas ficasse reconhecido na história como marco na elaboração de políticas sociais no Brasil. Tal movimento

político engendrou o arcabouço material e jurídico que daria as bases para a construção do sistema de proteção social que norteou o governo até um passado recente. Cabe salientar que todo esse percurso ocorreu em meio a um panorama de extrema instabilidade e de acirradas disputas políticas, refletindo, conseqüentemente, de forma expressiva nas propostas feitas para o campo da saúde (SILVA et al., 2010).

Nessa década, os esforços do Estado em relação à saúde da população se dirigem para a construção de um sistema previdenciário, cujo alvos seriam aquelas categorias de trabalhadores que estivessem mais organizados politicamente. Nessa nova compreensão de organização das ações em saúde, as atividades de caráter coletivo são esvaziadas. Seu lugar é tomado pela assistência médica individual, investida fortemente pelo Estado. Conseqüentemente, houve o crescimento das redes públicas estaduais e municipais, empenhadas sobremaneira com os programas especiais, como a saúde materno-infantil, saúde mental e urgência/emergência em saúde, cujo enfoque vislumbrava a imensa massa populacional que estava posta à margem do incipiente sistema de previdência (VASCONCELOS, 1998).

Vislumbra-se a população como elemento fundamental na dinâmica de poder do Estado. A política econômica trazia, em sua pauta, uma urgência em investir no indivíduo para que o mesmo permanecesse apto ao trabalho. Garantir a concorrência entre a mão de obra possível era assegurar a manutenção da produção e com baixos salários (FOUCAULT, 2008a). À parcela não produtiva da sociedade, caberia prover o mínimo necessário à sobrevivência a partir de (bio)políticas sociais.

As ações educativas em saúde, por sua vez, ficavam restritas a programas e serviços destinados à população marginalizada, com enfoque nas atividades de combate a doenças infecciosas e parasitárias (VASCONCELOS, 1998). Vasconcelos (1998) analisa que as práticas educativas no Brasil assumem a cruel característica de serem implementadas como forma de substituir e justificar a não organização e estruturação de serviços de saúde, tomando a educação em saúde como estratégia de governamentalidade, disciplinarização, normalização e controle das massas populacionais pelo Estado (VASCONCELOS, 1998). Em determinados casos específicos, porém, essas mesmas ações educativas adquiriram contornos diferenciados e se expandiram consoantes determinados interesses.

Nos idos de 1940, estabelece-se uma parceria entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, cujo produto resultaria na estruturação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

No campo das técnicas educacionais da área da saúde, lograram-se importantes avanços do ponto de vista da inovação metodológica. São introduzidas novas práticas, como a educação em grupos, a utilização de recursos audiovisuais e a organização e desenvolvimento das comunidades. Nesse contexto, ocorreu a possibilidade de germinar a ideia da participação e mobilização dos indivíduos nas ações de saúde, proposta que iria de encontro aos pressupostos centralizadores do pensamento vigente que norteavam as ações de saúde no país (SILVA et al., 2010).

Esse movimento de despertar os indivíduos para a participação comunitária disparada pelo SESP traria reflexos ainda na reforma do currículo da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, ao trazer para o debate e para a formação dos alunos a inclusão de temas ligados à agenda social, econômica e cultural, configurando novos contornos ao processo saúde-doença dentro dos currículos de educação sanitária (CANDEIAS, 1988; SILVA et al., 2010). Entretanto, esse processo trouxe outros desdobramentos para o ambiente escolar, onde fora introduzida a educação sanitária, ainda sob a égide do pensamento eugenista, que vislumbrava a adoção de normas e regulações, a fim de transmitir às crianças um sistema de hábitos higiênicos.

Foucault (2019) pontua como a escola se configura como importante dispositivo na engenharia disciplinar, contribuindo decisivamente com o processo de docilização e adestramento dos corpos. Os resultados de tal estratégia seriam tão relevantes que o próprio Estado brasileiro adotaria a mesma tática em outros momentos da história, transformando as escolas brasileiras em instituições para intervenção, disciplinarização e normalização dos corpos e indivíduos, a partir de pautas políticas, econômicas e sanitárias, nas quais a educação em saúde seria operada e praticada como potencial para controlar e administrar populações a partir do fenômeno saúde-doença.

DO AUTORITARISMO MILITAR À REDEMOCRATIZAÇÃO: REINVENÇÕES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O pós-64 despontaria com o retorno à tendência centralizadora, dentro dos moldes militares, contrária às iniciativas de abertura política e social que se configuravam nos anos anteriores, sendo essa uma das suas principais características (SOARES; MOTTA, 1997).

No que tange as ações educativas, elas também receberiam o jugo do autoritarismo militar. Segundo Smeke e Oliveira (2001),

durante o período do Regime Militar, com o fechamento das instituições, o aprofundamento das relações sociais capitalistas de produção promovidos pelos militares, a diminuição de gastos com as políticas sociais, e a expansão dos serviços médicos privados, que acentuam a mercantilização da doença, encontram-se espaços institucionais limitados para a Educação em Saúde desenvolver suas atividades, como é o caso do planejamento familiar. Nesse período, Educação em Saúde é igual a controle e o sujeito é despossuído da terra (êxodo rural), de valores tradicionais (hiperurbanização/favelização) e de bens, mas revalorizado pela ótica do consumo.

A partir de 1967, as atividades educativas direcionadas à saúde passaram a se chamar “Educação em Saúde”. Outra questão assinalada diz respeito a composição da equipe de trabalho; se outrora havia a centralização na figura dos educadores, agora as equipes de trabalho seriam formadas por profissionais das diversas áreas de conhecimento (SILVA et.al., 2010). A Educação em Saúde se tornaria ainda uma obrigação nas escolas de ensino fundamental e médio no Brasil, cujo enfoque se daria na prática da saúde básica e da higiene nos alunos (MOHR; SCHALL, 1992)

Em relação ao privilégio da infância e da medicalização da família, Foucault (2019, p. 199) afirma que:

Ao problema “das crianças” (quer dizer de seu número no nascimento e da relação natalidade – mortalidade) se acrescenta o da “infância” (isto

é, da sobrevivência até a idade adulta, das condições físicas e econômicas desta sobrevivência, dos investimentos necessários e suficientes para que o período de desenvolvimento se torne útil, em suma, da organização desta “fase” que é entendida como específica e finalizada). Não se trata, apenas, de produzir um melhor número de crianças, mas de gerir convenientemente esta época da vida.

Tais alterações vislumbravam e calcavam seu modo de atuação no indivíduo no que se refere aos seus cuidados individuais. Os desdobramentos seguintes resultariam na construção sem critérios de hospitais, laboratórios e serviços privados, além de faculdades de medicina e odontologia, tudo isso custeado com dinheiro público. Para além de se conjecturar em um bem público, a saúde tornou-se um bem de consumo bastante lucrativo, saltando aos olhos dos proprietários do capital (SOARES; MOTTA, 1997).

O efeito deletério dessa política coercitiva e centralizadora foi despertando um sentimento de insatisfação na população brasileira. Desde o início da década de 1970, já eram constantes as situações de crise e conflitos nas filas dos ambulatórios, o que revelava as situações de descontentamento dos usuários com os serviços de saúde. Todavia, em meio ao caos imposto pela supressão da liberdade civil, uma série de novas experiências de educação em saúde começam a germinar e a ganhar força no país (VASCONCELOS, 2001).

Seria apenas em meados da década de 1970 que o país assistiria o início da abertura política, devido forte pressão social. O contexto foi decisivo para alavancar a mobilização da população nas eleições de 1974, além de encampar as lutas que miravam a redemocratização (SOARES; MOTTA, 1997).

Nesse momento, mesmo com o embate produzido pelas forças sociais em disputa, as atividades de Educação em Saúde Comunitária pautaram-se de modo semelhante às concepções anteriores, responsabilizando os indivíduos pela sua própria saúde, tratando de “conscientizar” a população quanto a aquisição de hábitos que afastassem a doença, de modo a alcançar a saúde (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Ao passo que o país assistia à eclosão de vários movimentos populares urbanos no fim da década de 1970, inúmeros profissionais indignados, das

mais diversas áreas de conhecimento que compunham a rede de serviços de saúde, além de professores, intelectuais e estudantes que compunham os espaços acadêmicos, também começam a se articular na busca por mudanças (SILVA et.al, 2010).

Em meio aos abusos advindos do controle dos indivíduos e das estratégias biopolíticas descritas até aqui, cabe caracterizar o fenômeno que emana do campo das resistências, posto que as relações de poder não se findam no imediatismo, mas se dão em uma relação direta com as lutas que engendra. Logo,

Não há relação de poder sem resistência, sem escapatória ou fuga, sem inversão eventual; toda relação de poder implica, então, pelos menos de modo virtual, uma estratégia de luta, sem que para tanto venham a se superpor, a perder sua especificidade e finalmente a se confundir (FOUCAULT, 1995, p. 248).

Do descaso do Estado para com a saúde é que nasce a luta por melhores condições de vida e saúde. Diversas iniciativas ousavam integrar o saber científico com o popular. Nesse contexto, o método educacional sistematizado por Paulo Freire, calcado sobre a lógica da comunicação, foi fundamental para refazer essas relações, uma vez que o mesmo sistematiza os encontros possíveis, na medida em que não haja uma mera transferência de saber, mas um encontro verdadeiro, em que os sujeitos interlocutores possam realmente compreender o conteúdo dos significados (FREIRE, 1992). Seria esse o alicerce necessário para que o diálogo entre a comunidade e os profissionais de saúde pudessem ocorrer (VASCONCELOS, 1999). A luta empenhada pelo movimento democrático foi decisiva para a abertura política no país, o que animou a construção de um novo caminho para a educação em saúde no Brasil, o caminho da Educação Popular em Saúde.

Esse novo modo de conceber as ações educativas incorporou, nos serviços de saúde, uma cultura de diálogo com a comunidade, sobretudo com as classes populares, o que ia na contramão da tradição autoritária e normativa pela qual postulava a Educação em Saúde no país até a década de 1970. Para a educação popular, é do encontro entre o saber técnico e científico com a sabedoria popular, de modo livre, sem censura ou

amarras, calcado na participação livre dos indivíduos, respeitando suas possibilidades de escolha, que definitivamente se poderiam conceber estratégias que fossem em favor da vida, cuja dignidade humana seria, de fato, respeitada (VASCONCELOS, 1999; PEDROSA, 2001).

Seria justamente esse cenário que engendraria o Movimento Sanitário no Brasil, munido pelas pesquisas e estudos realizados, mas, sobretudo, movido pelos efeitos nocivos oriundos do modelo econômico adotado no país, que refletia diretamente na saúde da população, bem como em todos os outros setores da sociedade. Tal movimento vislumbra a urgência de uma reforma sanitária no país, por intermédio de um processo político que lograsse conquistas sociais, almejando melhorias na saúde da população e a construção de um novo sistema de saúde no país (SOARES; MOTTA, 1997).

Originalmente, o Movimento Sanitário no Brasil começou a ser articulado por um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde. Majoritariamente, essas lideranças estavam ligadas ao Partido Comunista Brasileiro (PCB), que desempenhou importante papel na luta contra o regime militar (SOARES; MOTTA, 1997).

Em meio à tensão imposta pelo regime autoritário, o movimento sanitário ia se configurando como uma força política. Fazia-se necessário, então, espalhar esse novo modo de pensar a outros brasileiros. Dessa necessidade, nasceria o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Outra importante via na busca pela transformação do setor saúde no Brasil seria conduzida pelo Movimento Popular de Saúde (MOPS), fruto da organização de bairros pobres, situados nas periferias dos grandes centros urbanos, sobretudo da região Sudeste (VASCONCELOS, 1999, 2001; SOARES; MOTTA, 1997). Embora seu início ocorra na década de 1970, destaca-se por sua ampliação e modo de atuação na década de 1980. Sua pauta apresenta um salto significativo ao sair de uma simples reivindicação econômica a uma contundente crítica a qualidade dos serviços (VASCONCELOS, 2001). A origem dos atores que compunham o movimento era vasta, podendo encontrar desde estudantes, sanitaristas e integrantes de partidos políticos até militantes católicos, religiosos e populações carentes (SOARES; MOTTA, 1997).

Finalmente, em 1986, ocorreria aquela que seria a mais importante Conferência Nacional de Saúde. Dessa vez, com uma ampla participação popular, a VIII Conferência debateu os princípios que orientariam a Reforma Sanitária, sintetizados na forma de universalidade, equidade, participação popular, descentralização e integralidade das ações de saúde (ESCOREL; BLOCH, 2005). Em seu relatório final, figurou a ampliação do conceito de saúde, trazendo como prerrogativa o fato desse ser um direito de todos e dever do Estado. A concepção do desenvolvimento de um país em sua construção histórica estaria intimamente atrelada ao fato de sua população poder gozar integralmente de sua saúde (ESCOREL; BLOCH, 2005; SILVA et al., 2010).

Nesse momento, a Educação em Saúde passa a ser considerada como estratégia básica da promoção da saúde, desvinculando-se da doença e da prescrição normativa. O arcabouço teórico e político contido na Carta de Otawa trazem uma nova definição para a Educação em Saúde, destacando seu caráter participativo (BRASIL, 2008).

Evidenciam-se dois espaços pelos quais a Educação em Saúde passa a ser concebida por excelência. A primeira, refere-se aos movimentos sociais, ou seja, iniciativas da própria comunidade, associações, igrejas, entre outros. Por sua vez, a segunda diz respeito às organizações governamentais, instrumento do poder público utilizado para responder as necessidades da população (BRASIL, 2008).

No ano de 1987, o país assistiria então à convocação da Assembleia Nacional. Foi, então, o momento em que o Movimento Sanitário se aliou com a frente parlamentar ligada à saúde (SOARES; MOTTA, 1997). Grande parte das propostas engendradas pelo movimento da reforma fora incorporada pela Assembleia Constituinte na composição da nova Constituição, o que concretizou suas ações no que se refere ao plano jurídico e institucional (SILVA et al., 2010). A saúde agora estava incluída naquela que seria apelidada de Constituição Cidadã, no capítulo que contempla a seguridade social, mencionando com afincos que “a saúde é direito de todos e é dever do Estado”.

Novos horizontes se abriam com a nova Carta Magna. Sua materialização trouxe o arcabouço que direcionou a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, ao passo que a Constituição havia sido promulgada, o país sentia o agravamento da instabilidade econômica, com a hiperinflação e a crise fiscal do Estado, o que se traduziu em grandes

percalços para a implantação das mudanças tão sonhadas pelo movimento sanitário (SILVA et al., 2010).

ENTRE O TRADICIONAL E O NOVO: A EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE SUS

Após a inserção da saúde como direito postulado na Carta Magna brasileira, fazia-se então necessário materializá-la por intermédio da construção de um novo sistema de saúde que respeitasse os preceitos constitucionais. Nesse sentido, o país assistiria, no despertar da década de 1990, um palco fértil de lutas que buscariam legitimar e expandir o SUS.

Ao se deixar influenciar por essa nova tendência, a Educação em Saúde vislumbrou-se como importante estratégia de mudança na sociedade. Contribuiu para fermentar as lutas sociais, não apenas para defender questões relativas às condições estritas de saúde, mas também para proporcionar a garantia de um debate amplo acerca do respeito à conquista da cidadania, de modo a observar todos os fatores que impactam diretamente na vida dos indivíduos, como moradia, cultura, lazer, trabalho e educação (PEDROSA, 2001).

Logo, para além de um desenvolvimento pedagógico, as ações de Educação em Saúde devem despertar os indivíduos para reflexão crítica, comprometida com a transformação da sociedade (ALVES; AERTS, 2011). Com esses pressupostos, ela adquire relação estreita com a participação popular, que entra em cena com o papel de ser um dos protagonistas do SUS, legalmente embasado pela Lei nº 8.142, de 1990 (BRASIL, 1997), possibilitando que múltiplos atores possam ser responsáveis por influenciar na sua construção, bem como participar da fiscalização e avaliação das políticas públicas para o setor saúde.

Havia uma necessidade de se repensar as agendas da Educação em Saúde a partir da consolidação do SUS, de modo a estar em consonância com as novas diretrizes para o setor. Outra concepção do processo saúde-doença estava posta, calcada nos mais variados estilos de vida dos

brasileiros, o que se percebia nos diferentes modos de viver, adoecer e morrer no país.

Nesse sentido, atores ligados a movimentos sociais, serviços de saúde, universidades, entre outros, se organizaram para formar a Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, forjada naquele que seria o I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, realizado no ano de 1991 na cidade de São Paulo (VASCONCELOS, 1999).

Era de extrema importância que a atenção básica adquirisse novos contornos no seu modo de atuação, uma vez que o modelo de atenção clássico assumido no Brasil, caracterizado pelo tecnicismo centrado no indivíduo e no hospital como lugar de referência para a prestação de cuidados de saúde, já não correspondia mais aos anseios da população. Desse modo, o Programa Saúde da Família (PSF) entra em cena como aposta do Ministério enquanto modelo de atenção à saúde, de modo a reorientar a atenção básica no Brasil.

Assim, o PSF possui origem no ano de 1991, quando o Ministério da Saúde (MS) institucionaliza o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Através do entendimento da importância do trabalho dos agentes nos serviços básicos de saúde junto às famílias, o MS faria então a opção pelo PSF no ano de 1993 (VASCONCELOS, 1999).

A amplitude de tal proposta era tão grande que, ainda que tenha nascido com status de programa, o PSF assumiria, na prática, o posto de estratégia ministerial:

Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997).

Por intermédio de um detalhado diagnóstico da situação de saúde local, a ESF propõe uma participação ativa da comunidade frente às diversas demandas que influenciam cotidianamente a qualidade de vida da população. Essas características que particularizam a ESF exigem um

modelo de educação em saúde afinado e comprometido com os princípios do SUS (ALVES, 2005; CARVALHO; PEDROSA, 2010).

No que se refere a prevenção, torna-se dever de todos os profissionais da ESF desenvolverem, no cotidiano de suas ações, práticas educativas que vislumbre o aprimoramento do autocuidado dos indivíduos. Assim, é oportuno destacar que a educação em saúde não exige um lugar próprio para que ela ocorra. De modo contrário, seu desenvolvimento pode e deve ocorrer em todos os espaços, conforme orienta a Carta de Ottawa, documento que contém um resgate da dimensão da Educação em Saúde, em que o diálogo e a troca de experiências ocorram de modo confortável e acessível para os profissionais e indivíduos (ALVES, 2005; BRASIL, 1997, p.15).

Apenas com o advento da Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, a Educação em Saúde foi definida como procedimento de atenção e cuidado, se inserindo, assim, na tabela de pagamentos de procedimentos do SUS (BRASIL, 2009).

Em relação à educação popular em saúde, a aproximação feita no início da década de 1990 e que originou a chamada Articulação Nacional de Educação Popular persistiu ao longo de toda a década e, em 1998, passa a se chamar de Rede de Educação Popular e Saúde, materializando-se em um espaço de grande importância para a troca de experiências e propostas para a melhoria do trabalho em saúde.

Atualmente, em muitas instituições públicas, vários profissionais de saúde insistem em incorporar, aos seus processos de trabalho, práticas de Educação em Saúde orientadas por um processo dialógico e em construção com a comunidade, mas que, entretanto, esbarram na lógica ainda hegemônica do funcionamento dos serviços, que insiste em cultivar a clínica e o saber do médico, além de mover-se por interesses políticos e econômicos dominantes (VASCONCELOS, 2004).

É necessário, evidentemente, não apenas levar em conta a mudança voluntária das leis, se as leis são desfavoráveis a população, mas principalmente, se se quiser favorecer a população ou conseguir que a população esteja numa relação justa com os recursos e as possibilidades de um Estado, e necessário agir sobre toda urna série de fatores, de elementos que estão aparentemente longe da própria população, do seu comportamento imediato, longe da sua fecundidade, da sua vontade de reprodução. (FOUCAULT, 2008b, p. 94).

Desse modo, observa-se, após a criação do SUS, a coexistência de práticas de Educação em Saúde embasadas em concepções distintas. A primeira seria chamada de um “modelo tradicional”, pois guarda as características hegemônicas focalizadas no indivíduo, de cunho biologicistas e que prima pela adoção de hábitos considerados saudáveis, segundo os preceitos dos técnicos. A segunda refere-se ao modelo dialógico, que emerge do encontro entre os sujeitos, sejam eles trabalhadores da saúde ou não, com a perspectiva de promover o debate através da reflexão crítica-cidadã, de modo a permitir aos indivíduos a possibilidade de fazerem suas próprias escolhas (ALVES, 2005).

Denominamos ser esse um movimento biopolítico, essa contraposição de práticas que é a própria tradução do jogo de forças estabelecida entre o Estado, que almeja a qualquer preço garantir a governabilidade e prover a manutenção do poder, e a população, que se reinventa ao longo do tempo em suas formas de resistência. “A biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder [...]” (FOUCAULT, 2002, p. 292).

Conforme expresso no documento Síntese do Relatório da Oficina Nacional de Educação em Saúde nos Serviços do SUS (BRASIL, 2008, p. 23):

[...] a educação em saúde no âmbito dos serviços é essencial para a melhoria da saúde individual e coletiva. No entanto essas práticas nem sempre são conduzidas de forma satisfatória, pois as concepções, objetivos e metodologias não favorecem mudanças produtoras de mais saúde. A Educação em Saúde como procedimento de atenção e de cuidado foi instituída pela NOB/96 que a define enquanto componente da tabela de pagamentos de procedimentos do SUS. Entretanto ainda permanece a fragilidade destas práticas, em parte pelo descaso que as instituições do SUS vêm tratando o tema.

Desse modo, com o intuito de reorganizar as ações de Educação em Saúde no país, o Ministério da Saúde cria, no ano de 2003, o Departamento de Gestão da Educação (DEGES), no qual foi estruturada a Coordenação de Educação Popular em Saúde com o propósito de incentivar os movimentos e práticas de educação popular em saúde em todo o país. Em 2005, essa coordenação é transferida para a o Departamento de

Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), integrado à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do MS (BRASIL, 2009; PEDROSA, 2006, 2008).

Assim, transcorridas mais de duas décadas da criação do SUS, grandes obstáculos ainda insistem em dificultar a sua consolidação. Sua lógica universal vai na contramão da tendência econômica global, que preza pelos cortes na área social. Entretanto, embora algumas dificuldades práticas surjam no meio caminho, os êxitos alcançados com o reconhecimento da saúde como direito e a possibilidade de participação social na política instituída abrem um leque de possibilidades para que as diretrizes do SUS possam ser atingidas, de modo que chegue a toda a população (SILVA et al., 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das práticas de Educação em Saúde em perspectiva histórica, por intermédio dos conceitos formulados por Foucault, sobretudo a biopolítica, possibilita a compreensão do complexo jogo de relações de força nas teias Estado-sociedade, que se estabelecem, neste caso, no campo da saúde.

Ao longo do século XX, a Educação em Saúde esteve intimamente relacionada às práticas desenvolvidas nos serviços de saúde. Para que se adequasse aos interesses específicos de cada época, foi estrategicamente pensada e utilizada pelo Estado para impor sua normalização. Essa apropriação utilitarista das ações conferiu a mesma uma polissemia de concepções ao longo do tempo, de modo à, ainda hoje, influenciar a maneira pelo qual os trabalhadores de saúde desenvolvem suas atividades, bem como interferem no processo pedagógico que servirá como estratégia de comunicação entre trabalhadores e a população. Todavia, dessas relações de poder, também nascem importantes focos de resistência ao longo do tempo, pois, ao passo que denunciemos as ações verticalizadas e coercitivas, também apresentamos um novo jeito de pensar a Educação em Saúde, reconhecendo os indivíduos em sua dimensão subjetiva e atentos às suas necessidades em saúde.

Esse movimento de pensar criticamente o passado se traduz em um importante exercício para todos aqueles que se incomodam com a perpetuação das estratégias de controle, as quais ainda servem como orientação pedagógica e nas quais também se constroem as práticas educativas do presente.

Há, portanto, uma necessidade urgente em radicalizar as práticas educativas em direção a concepção dialógica. Somente fará sentido pensar em uma Educação em Saúde que respeite e garanta os preceitos constitucionais de garantia e promoção da cidadania se ela, de fato, ocupar um lugar central entre os atores sociais. Esse também se tornará um exercício de radicalização da democracia no Brasil, por meio de uma política baseada na produção de relações lateralizadas, da afirmação do direito à diferença e da produção de relações que emergem dos acontecimentos e das experimentações do cotidiano. Relações não subjugados por saberes técnicos e normalizadores de condutas e comportamentos de indivíduos e populações.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Oficina Nacional de Educação em Saúde nos Serviços do SUS: Síntese do Relatório**. Brasília. Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

CANDEIAS, N. M. F. Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1925 a 1967. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 4, ago. 1988.

CARVALHO, P. M. G.; PEDROSA, J. I. S. Education in Health: practices the nurses who work for the Family Health Strategy: a descriptive study. **Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, p. 1-49, 2010.

COSTA, N. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário**: Origens das Políticas de Saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1986.

ESCOREL, S; BLOCH, R. A. de. **As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS**. In: LIMA, N. T. et al. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005. p. 83-119.

ESCOREL, S; NASCIMENTO, D. R. do; EDLER, F. C. **As origens da reforma sanitária e do SUS**. In: LIMA, N. T. et al. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005. p. 59-81.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert Lederer; RABINOW, Paul. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France, ano 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes, 2002. (Coleção tópicos).

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Biopolítica**: curso no Collège de France, ano 1977-1978. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, M. **Segurança, Território, População**: curso no Collège de France, ano 1977-1978. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 9. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz & Terra, 2019.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. et al. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2006. p. 27-58.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E, ONOCKO, R. organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

MOHR, A., SCHALL, V. T. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. **Cad. Saúde Pública**, v. 8, n. 2, p. 199-203, 1992.

PEDROSA, J. I. S. Educação Popular, Saúde, institucionalização: temas para debate. **Interface**. Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 137-138, 2001.

PEDROSA, J. I. S. Notas sobre a educação popular e a política de educação permanente em saúde. **Saúde em Debate**, v. 30, p. 179-188, 2006.

PEDROSA J. I. S.. Educação Popular em Saúde e Gestão Participativa no SUS. **Revista de APS**, v. 11, p. 303-313, 2008.

SILVA, C. M. da C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOARES, N. R. F.; MOTTA, M. F. V. As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde. **Revista de Educação Pública**, v. 6, p. 215-228, 1997.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular em tempos de democracia e pós-modernidade: uma visão a partir do setor saúde. In: COSTA, M.V. organizadora. **Educação popular hoje**. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: HUCITEC, 1999.

VASCONCELOS, E. M. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: VASCONCELOS, E. M., organizador. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec; 2001.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jun. 2004.

17

JOEL HIRTZ DO NASCIMENTO NAVARRO
JÉSIO ZAMBONI
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

**A CONVERSA
COMO DISPOSITIVO
PARA ESCREVER
NARRATIVAS COM
AS TRAVESTIS**

[...] nunca se sabe aonde uma conversa pode levar... uma conversa não é algo que se faça, mas algo no que se entra... e, ao entrar nela, pode-se ir aonde não havia sido previsto... e essa é a maravilha da conversa... que, nela, pode-se chegar a dizer o que não queria dizer, o que não sabia dizer, o que não podia dizer... (LARROSA, 2003, p. 212)

A *conversa* movimentou essa pesquisa¹ desde o início... Mudou rumos, criou tumultos, amizades e alianças. Me conectou com memórias, inventou textos, encontrou vozes e silêncios. Me expôs ao novo, à abertura para coisas não pensadas previamente, ao inacabamento. Permitiu-me ouvir histórias que sofrem tentativas de apagamento...

A todo o momento conversamos em nossas vidas. Com poucos anos de idade, começamos a balbuciar nossas primeiras sílabas para conversar e nos conectarmos com o mundo. Fazemos gestos, expressões faciais e corporais que conversam. Convocamos nossos (des)afetos para conversar, conversamos com nós mesmos, para conseguirmos um emprego, para decidirmos o que vamos comer... Temos conversas tristes, conversas felizes... Etimologicamente, a palavra conversar vem da união de “cum”

-
1. Este capítulo faz parte da tese de doutorado intitulada “Envelhecer travesti: narrativas de vidas que importam” de autoria do pesquisador Joel Hirtz do Nascimento Navarro no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo sob orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Angélica Carvalho Andrade e coorientação do Prof. Dr. Jélio Zamboni.

que quer dizer “com” e “versare” que quer dizer “dar voltas com o outro”, dando a ideia de “virar sua atenção para alguém” (CONVERSAR, s.d.). Com o tempo, essa palavra, que se refere à aproximação com outras pessoas, também passou a significar “falar com alguém”. Dessa forma, considero a *conversa* como essa rede de relações corporais e faladas que estabelecemos em nosso dia a dia, como um dos componentes que tornam a vida humana possível – vida que é movimentada por essa arte dos encontros, das conversações, dos gestos –, como um elemento que dá acesso ao compartilhamento de experiências, pois possibilita a produção das nossas narrativas.

E se a *conversa* é um dispositivo que auxilia a manter nossas vidas, por que não a utilizarmos em nossas pesquisas? Por que não iniciarmos uma tese de doutorado com uma *conversa*? É possível pesquisar sem conversar? Nesse sentido, pesquisadores e pesquisadoras têm utilizado e sugerido a *conversa* como forma de produzir narrativas e, assim, conhecimento por meio dos seus trabalhos (RIBEIRO; SOUZA; SAMPAIO, 2018).

Skliar (2018, p. 11) diz que

Uma conversa não é o mesmo que um experimento de diálogo, segundo o qual as partes se revezam, esperam, perguntam e respondem com uma alternância serena. Uma conversa é a unidade mínima de uma comunidade de amizades, cuja síntese é a afeição, o tumulto, a sobreposição, o transbordamento. Uma conversa não tem tema específico. Se de verdade se conversa, em seguida o tema deriva para a deriva, e seu resultado é sempre a perplexidade ao perguntar-nos: sobre o que estávamos conversando?

Podemos observar que a *conversa* se constitui como um dispositivo que torna nossas práticas de pesquisa mais horizontais, permitindo encontros com outras pessoas a qualquer momento, levando a diversos caminhos ainda não pensados, possibilitando que estejamos expostos ao que virá e do que não temos conhecimento prévio, abertos às derivas, aos transbordamentos. Uma especial característica de uma *conversa* é que ela não tem a ver com “colocar-se no lugar do outro”, pois esse é o lugar do outro, o que ela nos possibilita é narrarmos esse lugar, torná-lo mais visível para quem o lê ou escuta (SKLIAR, 2018). Para Certeau (1998, p. 50)

[...] as retóricas da conversa ordinária são práticas transformadoras “de situações de palavra”, de produções verbais onde o entrelaçamento das posições locutoras instaura um tecido oral sem propriedades individuais, as criações de uma comunicação que não pertence a ninguém.

Nesse sentido, podemos entender que em uma conversa não há “um” e “outro”, mas ambos estão juntos, os lugares se colocam em mudança, em movimento, num plano comum que é o do deslocamento, não há um lugar fixo e demarcado. Em primeiro lugar, gostaria de destacar que a percepção da *conversa* e sua utilidade como um dispositivo metodológico para a escuta e a escrita das narrativas *com* as travestis² se deu no campo de pesquisa. O que quero mostrar com essa afirmação é o fato de que, em nossos encontros, por mais que eu inicialmente acreditasse que haveria um revezamento de falas, em que eu seria um pesquisador que perguntaria sobre determinados assuntos e, em seguida, teria respostas que se “ajustariam” aos “meus questionamentos”, não foi assim que aconteceu... Não houve alternância, mas sim sobreposições de falas, deslocamentos, em que diversos assuntos surgiram sem terem sido previamente pensados, de acordo com o que as travestis gostariam de contar em cada encontro. Apesar de, em um primeiro momento, eu anunciar que gostaria de conversar sobre seus *processos de envelhecimento*, quando nos encontrávamos, entrávamos em discussões sobre diversos

-
2. A Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) define que as travestis são “pessoas que foram identificadas como sendo pertencentes ao gênero masculino no nascimento, mas que se reconhecem como pertencentes ao gênero feminino e tem expressão de gênero feminina, mas não se reivindicam como mulheres da forma com que o ser mulher está construído em nossa sociedade” (BENEVIDES, NOGUEIRA, 2020, p. 11). Cabe ressaltar que existem diversas formas de identidades de gênero e que o respeito à autodeclaração de cada sujeito é fundamental (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020). Ademais, o uso correto de termos e o reconhecimento dessas identidades de gênero torna-se de extrema importância para que sejam alcançados avanços sociais em nível de políticas públicas. Por exemplo, algumas pessoas autodeclaram-se como *mulher travesti*, termo utilizado por Elis, uma das narradoras da referida tese de doutorado. Nesse sentido, sua identidade de gênero e das demais narradoras foram mantidas conforme sua autodeclaração.

temas que fazem parte das suas experiências coletivas³ e da produção das suas vidas, transbordando o tema do *envelhecer travesti*. Nossos encontros foram fluindo como conversas. Conversar permitiu meu encontro *com* as travestis, assim como uma escuta mais direcionada para *o que elas gostariam de contar*. Dessa forma, foi tecida uma rede de relações éticas e políticas que permitiram a escrita de outras histórias para além das que rotineiramente escutamos sobre suas vidas.

Em segundo lugar, a partir do entendimento da *conversa* como uma relação que torna nossas práticas de pesquisa mais horizontais, esse dispositivo também se tornou importante pelo fato de colaborar com a proposta de pesquisar *com* e não *sobre* as travestis. Entendo que conversar abre espaço para uma prática na qual o pesquisador pode fugir de formas autoritárias de pesquisar, pois ele não representa um “proprietário da conversa”, pelo contrário, a conversação tecida no encontro com outras pessoas parte de uma relação horizontal, saindo da lógica científica predominante, na qual questões específicas são regidas apenas por um entrevistador ou uma entrevistadora. Isso torna-se fundamental quando, atento aos discursos de algumas travestis, defendo como prática indispensável, ética e política, a escuta e o acolhimento das suas reivindicações, dentre elas a de que suas histórias sejam contadas a partir de suas próprias perspectivas e reflexões, dos temas que elas sentem vontade de falar e expor, muitas vezes negligenciados e não escutados por parte de pesquisadores e pesquisadoras cisgêneros⁴, que levam ao seu encontro concepções e narrativas prontas sobre suas vidas (MARILAC; QUEIROZ, 2019; SILVA, 2019; BEAUVOIR, 2018; MOIRA, 2019a, 2019b). Tais práticas tornam-se impositivas e negligentes com as vozes das travestis, produzindo interpretações descontextualizadas *sobre* suas vidas, quando não moralistas.

-
3. A proposta de Benjamin (1987) nega-se a entender a experiência enquanto produção individual, mas sim de forma coletiva, perspectiva adotada no presente estudo, no qual, apesar de na maioria das vezes terem sido realizadas conversas individuais com as travestis, suas narrativas são vistas como produções coletivas.
 4. Chamamos de “cisgênero” ou “cis” as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído antes ou no momento do nascimento (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020; JESUS, 2012). A “cisgeneridade” se refere à identidade de gênero das pessoas cisgênero/cis.

Silva (2019) elabora uma crítica sobre as narrativas que são produzidas *sobre* as pessoas trans⁵ em espaços biomédicos, jurídicos e outros de produção de conhecimento. Para a pesquisadora, em diversas investigações científicas, comumente são utilizadas ferramentas metodológicas tradicionais que colocam as pessoas trans como “objetos de estudo”, dando-lhes pouco retorno do que é produzido, deslegitimando suas potências e existências como produtoras de conhecimento, visto que desconsideram suas perspectivas e rotineiramente ocupam-se em explicar suas experiências, produzindo supostas verdades sobre suas vidas (SILVA, 2019). Ademais, diversos estudos negligenciam pensadores e pensadoras trans e suas produções, operando por meio de teorias e referências “ciscentradas”, nos termos de Silva (2019), ou seja, com textos produzidos exclusivamente por pessoas cisgêneras, os quais são geralmente insuficientes para pensar *com* as pessoas trans diversos temas que atravessam suas vidas e suas experiências coletivas. Essas práticas ciscentradas podem levar a trabalhos que não avancem para além das narrativas que comumente são produzidas de forma exaustiva sobre as pessoas trans, como as que enfocam sofrimento ou dificuldade (SILVA, 2019). São necessárias práticas que tenham como ética de pesquisa o respeito aos saberes produzidos por esses sujeitos, suas histórias e suas reivindicações, seja em debates dentro de ambientes acadêmicos, em movimentos sociais, em comunidades, em serviços de saúde, dentre outros locais (SILVA, 2019).

Dessa forma, apostei na *conversa* como um dos dispositivos para colaborar para que esse trabalho fosse realizado *com* as travestis o máximo possível. Defendi o uso da *conversa* para que a escrita das suas histórias se fizesse a partir das *suas* narrativas e do que acreditavam ser necessário contar, potencializando encontros mais horizontais e afastando-as da figura de “objetos de estudo”, como ressalta Silva (2019). Por meio da *conversa*, foi possível escutar as narrativas das travestis e, *a partir delas*, das suas próprias perspectivas e histórias e questionar as

5. Chamamos de “transgênero” ou “trans” as pessoas que não se identificam com o gênero que lhes foi atribuído antes ou no momento do nascimento (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020; JESUS, 2012). A “transgeneridade” se refere às identidades de gênero das pessoas transgênero/trans.

políticas públicas, os direitos sociais, os serviços de saúde, de educação e de assistência social, as práticas de pesquisa cisgêneras, o processo de envelhecimento no Brasil, dentre tantos outros assuntos que surgiram em nossos encontros.

A proposta da *conversa* para produzir a presente pesquisa foi ao encontro do pensamento de Benjamin (1987) e sua arte de narrar, em que uma narrativa não busca explicar cada detalhe dos acontecimentos contados. Esse dispositivo se tornou importante para o afastamento de práticas comumente realizadas em ambientes acadêmicos em que as vozes e os pensamentos das travestis são silenciados, como se não fossem capazes de refletir e narrar suas experiências coletivas por si mesmas. Nesse sentido, concordo com Ribeiro, Souza e Sampaio (2018) quando dizem que conversar pode desestabilizar e escapar de relações de poder verticalizadas e colonialistas, pois pressupõe a circulação da palavra, o que pode auxiliar na prática de pesquisar *com* e não *sobre* as travestis, com essas assumindo o papel de *narradoras* neste trabalho. A *conversa* permite ao pesquisador ou à pesquisadora se colocar disponível a ouvir, a pensar *com* outras pessoas, trata-se de um dispositivo que está muitas vezes fora dos manuais e das normas de pesquisa, mas que se propõe à troca e até mesmo a questionar esses modos de investigação (RIBEIRO; SOUZA; SAMPAIO, 2018).

A prática de pesquisar desafia-nos a percorrermos caminhos que não estão prontos e a *conversa* pode ser uma linha de fuga aos métodos que hegemonicamente são colocados como normas unívocas na produção do conhecimento, constituindo-se como um elemento que pode transformar o campo da ciência e da vida (MARQUES, 2018).

Deleuze e Parnet (1998) afirmam que é difícil explicar-nos em uma *conversa* que as questões que chegam em uma *conversa* não podem ser tratadas como algo que poderia ser previsto, pois é como se tivessem vida própria, constituem-se com elementos vindos de toda parte, não podem ser planejadas como se soubéssemos o que íamos dizer. Nesse sentido, uma *conversa* não é uma produção intencional, afasta-se de questões que são pré-fabricadas, determinadas anteriormente e colocadas para as pessoas de modo a ordenar seu discurso. A *conversa* pode ser o traçado de um devir e os devires são

[...] geografia, orientações, direções, entradas e saídas [...] é jamais imitar, nem fazer como, nem se ajustar a um modelo, seja ele de justiça ou de verdade. Não há um termo de onde se parte, nem um ao qual se chega ou se deve chegar (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 2-3).

Experimentar a *conversa* em minhas práticas de pesquisa como um devir, descobrindo caminhos que não foram previstos, me distanciando de modelos “dominantes” de produção de conhecimento, deixando de lado a ideia de que um pesquisador “de verdade” deve alcançar rigorosamente determinados “resultados” ou “conclusões”, partindo de premissas detalhadamente elaboradas, foi fundamental para que as narrativas das travestis fluíssem de acordo com a proposta desse trabalho, o qual foi elaborado *com* elas. No início do trabalho de campo, fui percebendo que deveria renunciar a muitas questões que pensava previamente para que, dessa forma, as travestis transbordassem as narrativas que rotineiramente escutamos... Percebi que o modelo tradicional de uma “entrevista” não dava conta. Lembro-me de Dandara⁶ que, ao ser questionada por mim sobre as possíveis violências que poderia ter sofrido ao longo da vida, imediatamente rompeu com a história universal que inicialmente eu pretendia buscar no campo de pesquisa. Desviando da minha interrogação, aquela travesti contou-me da sua amizade com sua mãe, com seus vizinhos, sobre a forma como foi escolhida para ser destaque em uma escola de samba, permitindo que diversos assuntos entrassem e saíssem em nosso encontro, sem necessariamente terem um ponto de partida ou chegada. Assim, Dandara passou a ser sujeito da pesquisa, a direcionar seus rumos, a me incitar, a modificar minha ação, a compor comigo uma outra relação, que não deixa de implicar lutas e poderes, tensionamentos e diferenciações, mas sustentadas por uma ética que nos permitia desequilibrar a verticalidade da ciência hegemônica, que busca objetificar seus sujeitos.

Eu passei a conversar no campo de pesquisa. Comecei a deixar em casa os papéis com questões previamente pensadas e acredito que esse gesto foi um dos elementos que me permitiram mergulhar em práticas de pesquisa *com* as travestis... Deslocando-me do papel daquele pesquisador

6. Elis, Dandara e Deusa, foram os nomes atribuídos a algumas das travestis narradoras da referida tese de doutorado.

que pretendia chegar com temáticas rigorosamente pré-estabelecidas a serem respondidas. Obviamente, não me isento e não defendo que não houve implicações e intenções minhas em nossos encontros, como em uma suposta e falaciosa produção de conhecimento com neutralidade, no entanto o que a *conversa* proporcionou foi um afastamento de práticas de pesquisa autoritárias, permitindo a produção de narrativas, indo ao encontro de um compromisso ético e político com as memórias, as experiências coletivas e as vidas das travestis.

Por muito tempo segui rigorosamente concepções de produção de conhecimento de forma irrefutável, sem questioná-las ou propor reformulações. Acreditava na ideia que

A entrevista, tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes a um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo (MINAYO, 2010, p. 261)

Nos encontros com as travestis, pude perceber que as conversas que tivemos não cabiam plenamente nesse conceito de entrevista. A multiplicidade de relações e a flexibilidade das suas histórias iam além das questões, das hipóteses, dos pressupostos ou dos objetivos que eu havia pensado previamente. Foi necessário questionar o que é considerado como “pertinente” em uma pesquisa, visto que foi justamente a fuga dessas questões pré-estabelecidas – por meio das quais eu obteria respostas e alcançaria objetivos previamente traçados – e a abertura para o novo que trouxeram a boniteza desse trabalho. Que alegria ter encontrado as travestis em conversas! E esse encontro implicou em deslocamentos na referida tese de doutorado, desconfortos para mim enquanto pesquisador, vertigens, mas também, com esse inesperado, a possibilidade de uma relação de cuidado e criação *com* as travestis. Perguntas semiestruturadas não deram conta. Nesse sentido, apostei na narração de experiências coletivas por meio de conversas, estando no campo da memória, do que se fez surgir nos encontros com as travestis que me contaram suas histórias.

É interessante lembrarmos que, para Benjamin (1987), o desenvolvimento do capitalismo trouxe mudanças na nossa forma de comunicação, fazendo surgir a *informação*. A todo momento, chegam a nós notícias de diversos acontecimentos repletos de informações, as coisas já nos chegam detalhadamente explicadas... E isso nos torna pobres em histórias surpreendentes e que gerem *reflexão*, visto que as coisas já nos chegam prontas! Para o autor, uma das características fundamentais da *arte de narrar* é evitar explicações. O que as narrativas irão suscitar será a *reflexão e*

A informação só tem valor no momento em que é nova. Ela só vive nesse momento, precisa entregar-se inteiramente a ele e sem perda de tempo tem que se explicar nele. Muito diferente é a narrativa. Ela não se entrega. Ela conserva suas forças e depois de muito tempo ainda é capaz de se desenvolver (BENJAMIN, 1987, p. 204).

Fica evidente em seu pensamento que as informações pretendem operar com fatos prontos, com uma realidade supostamente dada, óbvia, imutável, já explicada. O que implica recusar perspectivas parciais e locais, abrindo espaços para histórias universais sobre o mundo. De encontro à produção de informações, o que propus, por meio da *conversa*, foi produzir narrativas que geram reflexões, ultrapassando a temporalidade unidimensional e descartável de uma informação. Dessa forma, as experiências coletivas das travestis poderão estabelecer uma conexão entre passado, presente e futuro, uma vez que sempre que contadas, lidas ou escutadas poderão gerar reflexões e, assim, *transformações*, visto que a história está aberta e inacabada (BENJAMIN, 1987).

Nesse contexto, a *conversa* permitiu a escrita *com* as travestis sobre outras histórias, para além das “verdades” que nos são impostas sobre suas vidas. Foi possível encontrar narrativas que, comumente, não são contadas pela *história universal* – essa forma de história criticada por Walter Benjamin (1987), que nos é apresentada como “oficial”, que conta intencionalmente os fatos considerados “grandiosos”, que ocupa lugar nos livros e documentos ditos “oficiais”, que lembra e exalta quase exclusivamente os mesmos personagens, que mostra narrativas “irrefutáveis” e “únicas” de alguns grupos; essa história dominante, que esconde lutas de vidas que importam, de corpos que coletivamente persistem e existem...

E foi por meio das histórias movimentadas das travestis, com perspectivas em diferenciação num plano comum – pois a conversa permite tanto um meio de encontro e de composição, mas que não opera apagando as diferenças, mas suscitando-as, fazendo tudo mudar –, que surgiram elementos para refletirmos e usarmos juntos e juntas para produzirmos mudanças radicalmente democráticas em nossa sociedade.

As circunstâncias que me fazem entrar e convidar vocês para todas essas conversas me remetem a uma tarde fria de inverno, quando, conversando *com* uma mulher travesti, mudamos alguns dos rumos dessa pesquisa. As pessoas andavam pelo centro daquela cidade com pressa, passos rápidos, cheias de roupas e acessórios para combater a baixa temperatura. Eu ouvia a sobreposição dos gritos dos ambulantes nas calçadas, gentes falando, artistas de rua, barulhos e fumaças de carros e ônibus. Em cada cantinho percorrido, eu via uma história nova sendo escrita. Cheguei a uma das esquinas mais famosas da cidade, um local que serve de ponto de encontro das manifestações dos diferentes grupos e movimentos que lutam por direitos sociais. Continuei caminhando e, ao passar por uma rua específica, lembrei-me de Elis. Não a via há alguns anos. Dessa forma, decidi alterar o trajeto que pretendia percorrer naquela tarde e visitá-la no seu local de trabalho.

Elis trabalhava em uma organização não governamental (ONG) de apoio às pessoas trans. Nosso primeiro encontro se deu quando eu participava voluntariamente de um grupo de conversas voltados a pessoas trans coordenado por ela naquela ONG há alguns anos. Aquela mulher travesti se lembraria de mim depois de tanto tempo? Naquele período, eu ainda não entendia a potência dos encontros, de uma conversa, que a história é inacabada, que aquele passado se relacionaria com meu/nosso presente e futuro e os transformaria...

Entrei na galeria onde se localizava a ONG e subi vários andares. A porta do elevador abriu e cheguei naquele corredor comprido e cinza, cheio de portas e alguns cartazes – uns velhos e rasgados, outros novos. No fundo, havia uma porta que se abria para uma grande sala. Ao adentrá-la, o cenário era outro, cheio de cores, de vida, de memórias por todos os lados, diversas fotos em um mural, desenhos, penduricalhos coloridos pelo teto, uma grande mesa de reuniões no centro. Lá estava ela. Elis procurava um documento que precisava assinar e, quando me

viu, olhou por baixo dos óculos e perguntou o que eu queria. Respondi que precisava conversar sobre a pesquisa que pretendia realizar. Pedi para eu esperar, pois estava muito ocupada. Aguardei... Minha intenção era conversar com Elis e saber o que ela, uma pessoa que durante quase toda a vida esteve à frente dos movimentos de luta pela vida e direitos das minorias sexuais e de gênero, pensava sobre meus interesses de pesquisa na minha tese de doutorado.

Chegou o momento. Elis se sentou ao meu lado e entramos em uma longa conversa. Quando falei que pensava em ouvir histórias de pessoas LGBTI+ idosas, observei que ela mudou de expressão e já não parecia mais tão preocupada com suas tarefas. Voltou seu olhar e escuta apenas para mim. Aquele encontro inesperado, naquela tarde fria de inverno, parecia agora mais interessante do que qualquer papel que Elis precisava assinar. Ofereceu-me um café, disse que se lembrava de mim. Senti que naquele momento foi formada uma aliança. “Por que tu não conta nossas histórias?”, disse ela, sugerindo que eu contasse histórias das travestis.

Uma reviravolta tomou forma com essa conversa! Alguns dos meus caminhos enquanto pesquisador mudaram desde então. A partir da sugestão de Elis, passaria a escutar e escrever histórias com foco no processo de envelhecimento das travestis. Sobre o *envelhecer travesti*. Nosso encontro produziu alianças, identificou uma demanda ética e política com a memória, com a vida das travestis. A vontade de narrar suas experiências com outras travestis, de contar suas histórias, muitas vezes não ouvidas e não mostradas na história universal, por exemplo, em escolas ou universidades, se fez presente.

Elis disse que tinha muitas histórias para contar. Começou a falar de algumas travestis que conhecia e que também poderiam narrar as experiências coletivas que compartilhavam entre elas. Imediatamente fez contato com algumas amigas, as quais também afirmaram que pensariam em outras travestis para me apresentar. Percebi que era preciso ouvir suas narrativas. Naquela ocasião, me presenteou com uma publicação em que foi uma das narradoras, contando sobre suas lutas. “Eu via as minhas amigas tudo morrerem aqui. Aí eu fui para a Itália. Todo mundo dizia que lá era melhor. Aí eu cheguei lá e vi que era pior. Fiquei dois anos e voltei para o Brasil. Bicha, eu nem sei como é que eu to viva!”, contou Elis, acrescentando que “tem poucas travestis idosas”.

Inesperadamente, outra travesti, Deusa, cruzou a porta da ONG acompanhada de uma bengala e com certa dificuldade para caminhar. Foi a primeira vez que a vi. “Olha essa aí! Vai conversar com ela que ela é bem antiga!”, disse Elis rindo, interrompendo nossa *conversa* e me apresentando para Deusa. Ao saber do meu então novo interesse de ouvir e escrever histórias das travestis com foco no seu processo de envelhecimento, entrou na *conversa* e não saiu mais: “Eu tenho história! Eu tenho uma história linda, mas a gente não é valorizada! Sabe como é né, meu filho?”. Contou que foi a primeira travesti a ganhar o título de cidadã da sua cidade. “Tu sabe o que é isso, guri? Ser cidadã para uma travesti? Tu sabe o que significa essa palavra? Cidadã? Eu tenho muitas histórias para te contar! E tudo que eu te falar é verdadeiro. Eu te falo uma coisa e te mostro um documento, uma foto. Ao contrário de muitas aí que ficam inventando coisas”. Pediu para que quando eu voltasse na cidade não deixasse de procurá-la, pois queria contar suas histórias!

Naquela tarde, percebi que começava a se desenvolver a prática que proponho de pesquisar *com* as travestis, a qual demandaria uma escrita feita por meio de diversas mãos, olhares e escutas. Eu precisaria inventar e questionar outras práticas e políticas de se fazer pesquisa, entender que a *conversa* cria infinitas possibilidades de conhecer, de nos conectarmos com o tempo, permite estranhamentos, desata os nós de histórias que são silenciadas, produz narrativas, saberes... *Que potência pode ter uma conversa!* Trago neste texto uma narrativa dos (des)encontros, das conversas, das amizades, dos movimentos, das alianças que foram produzidas. Foi por meio do encontro e das conversas com Elis e Deusa que o foco da referida tese de doutorado passou a ser o processo de envelhecimento das travestis. Essas duas travestis maravilhosas demandaram um trabalho, encomendaram uma pesquisa, toparam me contar suas histórias movimentadas e, até mesmo, me auxiliar em outros percursos, como na busca de outras travestis para contarem e narrarem suas experiências coletivas.

O encontro e as conversas com Elis e Deusa também provocaram outras mudanças, outras rupturas, para além daquelas relacionadas com os dispositivos metodológicos de produção de conhecimento que eu estava acostumado a utilizar. Minha perspectiva teórica também precisou ser desestabilizada. Foi a partir de nossas conversas, e posteriormente com minha orientadora e coorientador, que cheguei a conhecer outros

teóricos e teóricas, como Judith Butler, Gayle Rubin, Silvia Federici e Michel Foucault, acessar os conhecimentos produzidos por travestis e demais pessoas trans, buscar saberes que nem sempre estão em registros consagrados como referências de leitura... Lembro-me de Elis quando me enviou áudios pelo WhatsApp no início da pandemia da covid-19 no Brasil e, entre lágrimas e conversas, contou-me sobre as ações que estava realizando para levar cestas básicas às travestis da cidade, dentre as quais muitas trabalham como profissionais do sexo e ficaram sem renda durante esse período. Foi *com* essas travestis, suas relações cotidianas e redes de apoio que eu pude perceber seus afetos, seus saberes, suas resistências e produção de vida.

As conversas que propus na tese de doutorado me levaram a escrever narrativas de vidas que sofrem tentativas de apagamento, que comumente não estão na história universal, mas que importam, que resistem, que têm afetos, que envelhecem, que têm dificuldades, mas também têm potência em suas existências. Com as conversas em que entrei-entramos-entraremos, trouxe à tona as vidas das travestis e suas experiências coletivas, mostrei acontecimentos que questionam normas, que nos farão refletir, que fazem denúncias, que reivindicam condições nas quais a vida se torna possível, que podem mudar o presente e até mesmo o futuro e ajudar-nos a escrevermos uma outra história *com* as travestis. Não se trata de somente “escrever” e “contar”, mas também de estabelecer alianças e construir o compromisso ético e político que temos para com suas vidas, as quais ajudaram-ajudam historicamente a tornar as existências das minorias sexuais e de gênero mais possíveis. Essas travestis maravilhosas e suas histórias movimentadas têm muitas coisas para nos contar.

REFERÊNCIAS

BEAUVOIR, Atena. **Contos Transantropológicos**. Porto Alegre: Taverna, 2018.

BENEVIDES, B. G.; NOGUEIRA, S. N. B. ANTRA. **Dossiê dos assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2019**. São Paulo: Expressão Popular; ANTRA; IBTE, 2020.

BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política: Ensaio sobre literatura e história da cultura.** Obras escolhidas 1. 3. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano.** 3. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos.** São Paulo: Escuta, 1998.

CONVERSAR. In: DICIONÁRIO Etimológico: etimologia e origem das palavras. Matosinhos (Portugal): 7Graus, [s.d.] Disponível em: <https://www.dicionarioetimologico.com.br/conversar/>. Acesso em: 1 abr. 2020.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos.** Brasília: Jaqueline Gomes de Jesus, 2012.

LARROSA, J. A arte da conversa. In: SKLIAR, C. **Pedagogia (improvável) da diferença: e se o outro não estivesse aí?** Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

MARILAC, L.; QUEIROZ, N. **Eu, travesti.** Rio de Janeiro: Editora Record, 2019.

MARQUES, L. P. A conversa como caminho metodológico na pesquisa com os cotidianos. In: RIBEIRO, T.; SOUZA, R.; SAMPAIO, C. S. **Conversa como metodologia de pesquisa: por que não?** Rio de Janeiro: AYYU, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010.

MOIRA, A. **E se eu fosse puta?** São Paulo: Hoo Editora, 2019a.

MOIRA, A. **Quem tem medo de travesti?** | Amara Moira | TEDxUNESP Bauru. Palestra proferida no TEDxUNESP Bauru, 14 abr. 2018. Publicada pelo canal TEDx Talks, 26 mar. 2019b. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=_36gC35V-ko&t=14s. Acesso em: 24 ago. 2020.

RIBEIRO, T.; SOUZA, R.; SAMPAIO, C. S. **Conversa como metodologia de pesquisa: por que não?** Rio de Janeiro: AYYU, 2018.

SILVA, Yúna Vitória Santana da. **A cisgeneridade e o complexo do apesar de.** Medium: Yúna Vitória Santana da Silva. 25 nov. 2019. Disponível em: <https://medium.com/@yunavitria/a-cisgeneridade-e-o-complexo-do-apesar-de-be41a1c72e51>. Acesso em: 20 abr 2020.

SKLIAR, C. Elogio à conversa (em forma de convite à leitura). In: RIBEIRO, T.; SOUZA, R.; SAMPAIO, C. S. **Conversa como metodologia de pesquisa:** por que não? Rio de Janeiro: AYWU, 2018.

18

LETÍCIA OLANDIN HECK
ANA BEATRIZ RIZZO ZANARDO
BRUNA SORDI CARRARA
CARLA APARECIDA ARENA VENTURA

ADVOCACIA EM SAÚDE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA A ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS

INTRODUÇÃO

Com base nos princípios éticos da enfermagem, o papel político desenvolvido por enfermeiros juntamente aos usuários é reconhecido como advocacia em saúde (HAMRIC; BORCHERS; EPSTEIN, 2012; HANKS, 2010). A advocacia em saúde constitui um conjunto de ações que buscam reivindicar direitos relacionados à saúde de indivíduos e grupos sociais, principalmente os menos favorecidos. Representa importante iniciativa para a promoção da melhoria das condições de vida e saúde das pessoas, ao mesmo tempo que requer, por parte dos profissionais, ações orientadas pelos princípios norteadores de justiça e equidade (FARRER et al., 2015; COHEN; MARSHALL, 2017), especialmente em contextos de desigualdades e iniquidades sociais.

As desigualdades acarretam situações desvantajosas e injustiças sociais e, conseqüentemente, aumentam os casos de exclusão de pessoas e grupos sociais vivendo em situação de vulnerabilidade, caracterizada pela pobreza e por barreiras de acesso e iniquidades em saúde. Essas iniquidades em saúde são consideradas formas de injustiças, uma vez que poderiam ter sido historicamente evitadas (FIORATI; ARCENCIO; SOUZA, 2016). Quando as diferenças sociais e desigualdades existentes na sociedade se refletem nas possibilidades de acesso à saúde, materializam-se violações de direitos, especialmente do direito à saúde. Nos casos em que ocorrem violações de direitos, a advocacia em saúde é extremamente relevante (D AVILA; SALIBA, 2017).

A proteção de direitos ocorre por meio da legislação, do Estado e da sociedade civil, considerando o poder de pessoas e grupos que estão inseridos na sociedade (VENTURA et al., 2012). No âmbito da atuação

profissional em enfermagem, o termo advocacia em saúde pode ser considerado um princípio filosófico em enfermagem (VENTURA et al., 2012), relacionando-se às competências de enfermagem, principalmente ligadas à dimensão moral de algumas situações e a dilemas éticos enfrentados por enfermeiros no cuidado. Nesse sentido, a enfermagem atua no exercício da advocacia, tendo em vista a relação de proximidade com os usuários dos serviços de saúde, marcada pelo maior tempo de permanência nas instituições de saúde e maior interação com os usuários, facilitando o esclarecimento das ações terapêuticas e a defesa de suas necessidades (VAARTIO et al., 2009).

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), o papel do enfermeiro consiste no respeito aos direitos humanos, incluindo o direito à vida e à dignidade (HANKS, 2010). No Brasil, sabe-se que a contribuição da enfermagem para a reorientação do modelo assistencial possui grande significado, pois é a classe mais substantiva entre os trabalhadores da saúde em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando de forma contínua e assumindo o cuidado de indivíduos, famílias, grupos sociais e coletividades, especialmente os mais vulneráveis (OLIVEIRA; SILVA, 2018).

Nesse aspecto, apesar do direito à saúde ter sido assegurado constitucionalmente no Brasil em 1988, incluindo a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade, existem ainda inúmeros desafios para a saúde ser assegurada pelo Estado para toda população (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012). A advocacia em saúde, por meio do exercício profissional do enfermeiro na defesa dos usuários, apresenta-se como um ato de salvaguarda, avaliação, valorização, mediação e defesa da justiça social na prestação de cuidados de saúde (ABBASINIA; AHMADI; KAZEMNEJAD, 2020). Assim, ações dos enfermeiros na advocacia em saúde integram esforços para promover os interesses dos usuários, assegurando que estejam cientes de seus direitos e que tenham acesso às informações para tomada de decisões, bem como defendendo seus direitos, auxiliando-os a obter cuidados de saúde necessários e garantindo a qualidade do cuidado (NEGARANDEH et al., 2006; HAMRIC, 2000; COLE; WELLARTD; MUMMERY, 2014).

Em suma, a advocacia em saúde exercida pelos enfermeiros é imprescindível para a defesa dos usuários de serviços de saúde, especialmente

os mais vulneráveis. No entanto, advocacia em saúde é um processo complexo que exige muito dos profissionais enfermeiros (ABBASINIA; AHMADI; KAZEMNEJAD, 2020). Em sua prática profissional, os enfermeiros podem se deparar com desafios organizacionais e institucionais que podem dificultar sua atuação como defensores, assim como provocar resistência para reconhecerem e assumirem esse papel (BARLEM et al., 2013a).

Nesse sentido, este capítulo apresenta reflexões sobre desafios e possibilidades do enfermeiro para o exercício da advocacia em saúde por meio de ações de educação em saúde, liderança na tomada de decisão e participação política.

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DESAFIOS DO ENFERMEIRO PARA O EXERCÍCIO DA ADVOCACIA EM SAÚDE

A enfermagem apresenta-se como uma profissão que possui grande proporção de profissionais que atuam em diferentes espaços e desenvolvem funções variadas no contexto da saúde. Muitas vezes com falta de reconhecimento, a atuação da enfermagem possui potencial para criar, desenvolver, implementar e manter políticas de saúde, em nível curativo e preventivo. Ainda, a enfermagem constitui eixo fundamental de apoio a qualquer política de saúde que tenha o objetivo de prestar assistência com qualidade (BARBOSA et al., 2004). A enfermagem é também uma prática social que está determinada socialmente, pois o enfermeiro precisa acompanhar as transformações pelas quais a sociedade passa, o que exige um profissional comprometido e com competências técnicas, éticas, comunicacionais e políticas (NASCIMENTO, 2005).

Nessa perspectiva, a defesa dos direitos dos usuários de serviços de saúde carrega, inevitavelmente, o risco do insucesso e a necessidade de coragem por parte do enfermeiro que busca, por meio de suas atitudes, desempenhar essa função ética. Os desafios diante do exercício da advocacia do usuário são notórios, pautando-se na própria estrutura

organizacional das instituições de saúde e nas relações de poder entre equipes médica e de enfermagem, desafiando e desencorajando os profissionais a agirem de acordo com seus conhecimentos e consciências e implicando, muitas vezes, em situações reconhecidas de sofrimento moral (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2017).

Mesmo não sendo uma tarefa fácil, a ação de enfermagem é essencial para garantir que as informações sobre os pontos fortes, os recursos e as necessidades sejam incluídas na tomada de decisões e no planejamento dos cuidados (MARCELLUS; MACKINNON, 2016). Essas ações podem ser cruciais para a busca da garantia dos direitos dos usuários e devem ser realizadas, principalmente, quando usuários e seus familiares apresentam carências econômicas, culturais, instrutivas ou mesmo cognitivas (NEUTZLING et al., 2017). Dentre as diversas possibilidades de atuação do enfermeiro, destacam-se as funções de líder e educador na promoção da saúde e enfrentamento das disparidades em saúde, que se inserem no contexto da prática da advocacia em saúde.

Na Atenção Básica (AB), no Brasil, enfermeiros encontram espaço favorável para o desenvolvimento de ações de promoção em saúde e prevenção de doenças voltadas à comunidade, além de ampliarem sua inserção e assumirem a linha de frente em relação aos demais profissionais de saúde, ao desenvolverem atividades assistenciais, administrativas e educativas fundamentais à consolidação e ao fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito do SUS (SPAGNUOLO; BOCCHI, 2013).

No contexto da ESF, a advocacia em saúde apresenta-se como parte integrante da atuação profissional do enfermeiro na promoção do bem-estar ao usuário, bem como na construção da sua autonomia (BARLEM et al., 2013b; COLE; WELLARTD; MUMMERY, 2014), envolvendo diferentes dimensões, tais como comunicar, informar, educar, proteger, construir um bom relacionamento/vínculo, além de manter como foco as questões sociais (HANKS, 2011). Contudo, esse exercício envolve barreiras e desafios, muitos relacionados à falta de recursos materiais e financeiros, falta de infraestrutura para receber os usuários, sobrecarga de trabalho com demanda burocrática, falta de autonomia do enfermeiro, falta de continuidade do cuidado e falta de participação política do usuário (FIGUEIRA et al., 2018b).

Nesse contexto, a construção do enfermeiro depende de uma formação crítica, reflexiva e de comprometimento com o papel social, atuando em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (BARBOSA et al., 2004). Baseada em um projeto político com tais atributos para a profissão, a atuação do enfermeiro frente à participação política para representar as necessidades dos usuários pode ocorrer por meio de sua presença em órgãos deliberativos e/ou comissões de formulação e decisão política (BARROS et al., 1992). Os Conselhos Locais de Saúde (CLS), como órgãos de participação social vinculados aos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) são espaços em que os enfermeiros podem atuar e fazer política (MARTINS; SANTOS, 2012).

O enfermeiro, muitas vezes como gerente dos serviços de saúde, pode participar e estimular a participação da comunidade nos CLS, especialmente considerando seu conhecimento sobre saúde coletiva e sua condição de proximidade com a comunidade, representando suas reais necessidades. Nesse sentido, a participação do enfermeiro nos CLS ajuda a transmitir conhecimentos quanto ao funcionamento do SUS à população, bem como informações sobre seus direitos e deveres. Além do papel político, o enfermeiro pode contribuir para o oferecimento, a toda população sem distinção, de uma assistência de enfermagem qualificada, isenta de riscos para os usuários e para os próprios trabalhadores (MARTINS; SANTOS, 2012).

Outrossim, o enfermeiro vivencia desafios para a atuação política em seu cotidiano profissional, pois as condições de sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, dimensionamento pessoal insuficiente e restrição da autonomia são frequentes. Esse contexto exige o desenvolvimento de habilidades e estratégias que permitam ao profissional atuar de maneira crítica e comprometida com seu papel social (AMESTOY et al., 2017) e de exercer a advocacia em saúde.

No âmbito hospitalar, ações de educação em saúde perpassam o cotidiano do enfermeiro, considerando a recuperação, a prevenção e as necessidades de ensino do usuário internado. Assim, o enfermeiro precisa reconstruir sua prática de cuidado direto para um modelo mais abrangente, considerando a educação como parte da assistência. O desafio do enfermeiro hospitalar envolve, portanto, a compreensão de que a atenção e o cuidado devem transpassar o tratamento, incluindo o

retorno do paciente para o contexto social do qual faz parte (LUCENA et al., 2006).

Enfermeiros exercendo a advocacia em saúde no contexto hospitalar atuam na identificação da falta de informações oferecidas aos pacientes no que diz respeito aos tratamentos e cuidados com a saúde para o exercício da autonomia. Muitas vezes, apesar de contrariados pelos interesses da equipe ou da instituição de saúde, os enfermeiros possuem o dever ético e moral de garantir a autonomia e auxiliar na tomada de decisões dos usuários de seus serviços (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2016).

Há, portanto, barreiras para o exercício da advocacia em saúde por enfermeiros, que variam de acordo com o contexto de saúde, como a falta de apoio, recursos e tempo. Quando essas barreiras são burocráticas podem levar a que os enfermeiros tenham negadas oportunidades de expressar abertamente suas preocupações (TURALE; KUNAVIKTIKUL, 2019).

POSSIBILIDADES PARA O FORTALECIMENTO DO EXERCÍCIO DA ADVOCACIA EM SAÚDE POR ENFERMEIROS

O enfermeiro desempenha papel de agente político e de cidadania, sem comprometer sua atuação técnica (VENTURA et al., 2012), por meio do cuidado em saúde, que consiste em voltar-se à presença do outro, otimizar as interações, conquistando presença ativa, redes de diálogo e expansão de horizontes (AYRES, 2011). Percebe-se, portanto, a importância de o enfermeiro conscientizar-se sobre seu papel juntamente aos usuários dos serviços de saúde, em diferentes facetas de sua atuação.

Visando otimizar suas ações em diferentes instituições de saúde, torna-se fundamental o fortalecimento da atuação do enfermeiro na advocacia em saúde, que ocorre por meio do desenvolvimento de competências e habilidades, como o conhecimento da área em que atua, o fortalecimento da relação enfermeiro-usuários dos serviços de saúde, a obrigação moral e ética do profissional de enfermagem e a identificação de recursos das instituições de saúde (RAMOS et al., 2018).

Enfermeiros com conhecimento e domínio da área em que atuam são capazes de influenciar toda a equipe de saúde por meio de habilidades desenvolvidas e argumentos que possam efetivar a advocacia em saúde na defesa de usuários dos serviços de saúde. Conhecimentos específicos aliados ao conhecimento legal, social e político reforçam a obtenção de cuidados e direitos e podem ser alcançados por meio de educação continuada e capacitações (BETANCUR, 2015), fortalecendo a atuação do enfermeiro na advocacia em saúde.

A relação enfermeiro-usuários de serviços de saúde é extremamente relevante, pois o desenvolvimento de interações positivas favorece a construção da confiança e do vínculo, culminando na comunicação e diálogo, inerentes ao fortalecimento da atuação profissional na advocacia em saúde (JOSSE-EKLUND et al., 2014). No entanto, é imprescindível reconhecer que o papel do enfermeiro vai além do papel de cuidador, desenvolvendo a responsabilidade de construir uma relação com os usuários, suas famílias e comunidade, desempenhando ações de educação em saúde e compartilhando seus conhecimentos e habilidades.

O enfermeiro está à frente no processo de capacitação de outros atores do cuidado além do próprio usuário, como familiares. Nesse processo, a comunicação se faz necessária e é indissociável do processo de cuidado (DOS SANTOS et al., 2018), pois a advocacia em saúde também é exercida nos momentos de diálogo com os usuários, no auxílio à comunidade nas decisões sobre a saúde, objetivando a garantia da qualidade do cuidado. Dessa forma, é importante que todos os envolvidos, usuários e enfermeiros, considerem o contexto local, para que seja possível encontrar formas de exigir para a efetivação dos direitos dos usuários (FIGUEIRA et al., 2018b).

Ainda, as relações desenvolvidas entre enfermeiro e equipe multiprofissional têm potencial para gerar ações de advocacia em saúde, trazendo como elementos constitutivos a garantia do cuidado adequado, a troca de informações entre os membros da equipe multiprofissional e o conhecimento clínico da equipe multiprofissional. A troca de saberes e perspectivas entre a equipe multiprofissional constitui importante forma de gerar as ações de advocacia em saúde, como nas discussões de casos, uma vez que as trocas possibilitam um olhar ampliado sobre os problemas, com consequente melhoria dos resultados (FIGUEIRA et al., 2018a).

A atuação de acordo com a obrigação ética e moral da enfermagem e o respeito aos direitos dos usuários de serviços de saúde também podem fortalecer a advocacia em saúde (BETANCUR, 2015). A obrigação ética de defesa pelos usuários e famílias em diferentes contextos, principalmente em um sistema de saúde hierárquico, permite que enfermeiros reconheçam que tanto os usuários quanto as famílias necessitam de alguém que os defenda quando não são conseguem falar por si mesmos ou quando suas vozes não são ouvidas. Assim, a advocacia em saúde ocorre em busca do alcance da justiça social por meio de ações de saúde que envolvem a defesa da equidade, favorecendo, também, o desenvolvimento da autonomia de grupos sociais (OLIVEIRA; SILVA, 2018).

Considerando que a atuação do enfermeiro por meio da advocacia em saúde engloba uma série de fatores, sua atuação isolada, ou mesmo da instituição onde trabalha, pode não alcançar o efeito desejado. Dessa forma, o enfermeiro precisa ir além do seu contexto de atuação para o exercício da advocacia em saúde, como o desenvolvimento de parcerias com outros setores e serviços de saúde (ANDRADE; MELO, 2006). O fortalecimento da atuação do enfermeiro na advocacia em saúde ocorre, portanto, por meio de sua participação em espaços que auxiliem a elaboração de políticas, como os conselhos e comitês, espaços em que há representação pelas necessidades de parceiros de profissão e também de pacientes/usuários (WADDELL; ADAMS; FAWCETT, 2017). Ainda, parcerias entre enfermeiros líderes das organizações profissionais, universidades e ambientes de prática, com o objetivo de educar enfermeiros no envolvimento de políticas, são uma forma de fortalecer a participação de enfermeiros nas políticas e, consequentemente, na advocacia em saúde (PERRY; EMORY, 2017).

Diante do exposto, observa-se também que o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) pedem que os enfermeiros deem um passo à frente e se envolvam mais na liderança, no desenvolvimento de políticas e na defesa de direitos. Como os enfermeiros têm um conhecimento próximo dos usuários dos serviços de saúde, do seu estado de saúde e dos fatores que os afetam, podem fazer contribuições únicas e sustentáveis para a forma como a política de saúde é moldada. Em suma, a atuação do enfermeiro como influenciador de políticas que possam melhorar a prestação de

cuidados de saúde possui ligação direta com a defesa dos usuários, suas famílias e comunidades, ou seja, com a advocacia em saúde (TURALE; KUNAVIKTIKUL, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabendo que o exercício do direito à saúde é, muitas vezes, negligenciado, se faz importante conhecer e reconhecer o conceito de advocacia em saúde e suas aplicabilidades como ações que buscam reivindicar e/ou garantir direitos relacionados à saúde, principalmente das pessoas e grupos que, de alguma forma, não conseguem clamar por seus direitos ou não são ouvidos.

Nesses contextos, é indiscutível a contribuição e a importância da Enfermagem no modelo assistencial no Brasil, destacando-se seu potencial para defender diariamente os usuários dos serviços de saúde, por meio da advocacia em saúde, causando impacto positivo para a profissão. Com um papel fundamental no fortalecimento da profissão por meio da advocacia, os enfermeiros atuam efetivamente na defesa de pessoas, comunidades, de sua categoria profissional e da própria profissão.

Em suma, a ação de enfermagem é essencial para garantir que as informações cheguem a quem precisa e para que os recursos e as necessidades de pessoas e comunidades sejam considerados na tomada de decisões e no planejamento dos cuidados. Porém, advogar pelos interesses dos pacientes carrega consigo o risco do insucesso e a necessidade de coragem por parte do enfermeiro, assim como outros desafios.

Para superar esses desafios, enfatiza-se a importância da educação em advocacia, especialmente com foco em enfermeiros e na equipe de profissionais de saúde, visando que tenham instrumentos efetivos para lidar com os desafios mencionados, motivando-os a reconhecer a relevância da luta pelos direitos dos usuários dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABBASINIA, M.; AHMADI, F.; KAZEMNEJAD, A. Patient advocacy in nursing: A concept analysis. **Nursing Ethics**, v. 27, n. 1, p. 141-151, 20 fev. 2020. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733019832950>. Acesso em: 23 jan. 2021.
- AMESTOY, S. C. *et al.* Contribuições freirianas para entender o exercício da liderança dialógica dos enfermeiros no ambiente hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2017. v. 38, n. 1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100405&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 23 jan. 2021.
- ANDRADE, Raquel Dully; MELLO, Débora Falleiros de. Organizações sociais e instituições governamentais: perspectivas de parceria na atenção à saúde da criança através dos voluntários e da pastoral da criança. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 40, n. 1, p. 93-97, mar. 2006. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342006000100013>. Acesso em: 8 jan. 2021.
- AYRES, José Ricardo. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2011. 282p.
- BARBOSA, M. A. et al. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 1, p. 09-15, 2004. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/pdf/fl_coletiva.pdf.
- BARLEM, Edison Luiz Devos et al. Moral distress in everyday nursing: hidden traces of power and resistance. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 293-299, fev. 2013b. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692013000100002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jan 2021.
- BARLEM, Edison Luiz Devos et al. Moral distress in nursing personnel. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, spe, p. 79-87, fev. 2013a. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692013000700011>. Acesso em: 8 jan. 2021.

BARROS, S. M. P. F. et al. Projeto Político da Enfermagem Brasileira: oficina de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 45, n. 2/3, p. 98-104, abr./set. 1992.

BETANCUR, Martha Adileia. Cuidados al final de la vida: una oportunidad para fortalecer el patrón emancipatorio de enfermería. **Av. Enferm.**, v. 33, p. 124-32, 2015.

BRITO-SILVA, Keila; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 249-260, 2012.

COHEN, B. E.; MARSHALL, S. G. Does public health advocacy seek to redress health inequities? A scoping review. **Health & Social Care in the Community**, mar. 2017. v. 25, n. 2, p. 309-328. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.12320>. Acesso em: 24 jan. 2021

COLE, Clare; WELLARD, Sally; MUMMERY, Jane. Problematising autonomy and advocacy in nursing. **Nursing Ethics**, v. 21, n. 5, p. 576-582, 7 jan. 2014. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733013511362>. Acesso em: 27 jan. 2021.

D ÁVILA, L. S.; SALIBA, G. R. A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E SUA INTERFACE COM A JUSTIÇA SOCIAL. **Revista de Direito Sanitário**, 9 mar. 2017. v. 17, n. 3, p. 15. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/127772>. Acesso em: 27 jan. 2021.

DOS SANTOS, Andréa Aparecida et al. O papel do enfermeiro como educador na atenção primária á saúde: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 11, p. 1319-1324, 2018. http://dx.doi.org/10.25248/reas157_2018. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS157.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2021.

FARRER, L. *et al.* Advocacy for Health Equity: A Synthesis Review. **The Milbank Quarterly**, 4 jun. 2015. v. 93, n. 2, p. 392-437. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0009.12112>. Acesso em: 23 jan. 2021.

FIGUEIRA, A. B. *et al.* Ações de advocacia em saúde e empoderamento do usuário por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100422&tlng=pt. Acesso em: 26 jan. 2021.

FIGUEIRA, A. B. *et al.* Health advocacy by nurses in the Family Health Strategy: barriers and facilitators. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 57-64, fev. 2018a. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100057&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jan. 2021.

FIORATI, R. C.; ARCÊNCIO, R. A.; SOUZA, L. B. De. Social inequalities and access to health: challenges for society and the nursing field. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2016. v. 24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100316&lng=en&tlng=en. Acesso em: 26 jan. 2021.

HAMRIC, Ann B. What is happening to advocacy? **Nursing Outlook**, [S.L.], v. 48, n. 3, p. 103-104, maio 2000. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1067/mno.2000.107644>. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655400317006?casa_token=y7u40Hf-8OkAAAAA:DIuj_TEPd2A3gyFeHZdm7H2MLGpyAambQ_ogWFdrIsUoHiThO2UAjzAcSre96sr7Px6Sop-nTPU. Acesso em: 14 jan. 2021.

HAMRIC, Ann Baile; BORCHERS, Christopher Todd; EPSTEIN, Elizabeth Gingell. Development and Testing of an Instrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals. **Ajob Primary Research**, [S.L.], v. 3, n. 2, p. 1-9, abr. 2012. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/21507716.2011.652337>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/21507716.2011.652337>. Acesso em: 14 jan. 2021.

HANKS, Robert G. Social Advocacy: a call for nursing action. **Pastoral Psychology**, [S.L.], v. 62, n. 2, p. 163-173, 3 nov. 2011. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11089-011-0404-1>. Acesso em: 14 jan. 2021.

HANKS, Robert G. The Medical-Surgical Nurse Perspective of Advocate Role. **Nursing Forum**, [S.L.], v. 45, n. 2, p. 97-107, abr. 2010. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00170.x>. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1744-6198.2010.00170.x?casa_token=r9VzjCVuqLoAAAAA%3AlCvMttv3K6vjSKzfkJPor3-7WDomMLGzJp4GDI_041NT9Binq9NugPEBl7HH6GsGRiLgcNgPf-wdAugR. Acesso em: 14 jan. 2021.

JOSSE-EKLUND, Anna et al. 'Swedish nurses' perceptions of influencers on patient advocacy. **Nursing Ethics**, [S.L.], v. 21, n. 6, p. 673-683, 29 jan. 2014. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733013515488>. Acesso em: 13 jan. 2021

LUCENA, Amália de Fátima et al. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 40, n. 2, p. 292-298, jun. 2006. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342006000200020>. Acesso em: 8 jan. 2021.

MARCELLUS, L.; MACKINNON, K. Using an Informed Advocacy Framework to Advance the Practice of Family-Centered Care. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v. 30, n. 3, p. 240-242, 2016. Disponível em: <http://journals.lww.com/00005237-201607000-00019>. Acesso em: 20 jan. 2021.

MARTINS, Amanda de Lucas Xavier; SANTOS, Sueli Maria dos Reis. O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do conselho local de saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 21, supl. 1, p. 199-209, May 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jan. 2021.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. A prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345, abr./jun., 2005.

NEGARANDEH, Reza et al. Patient advocacy: barriers and facilitators. **Bmc Nursing**, v. 5, n. 1, 1 mar. 2006. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-5-3>. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-5-3?optIn=true#citeas>. Acesso em: 14 jan. 2021

NEUTZLING, B. R. da S. et al. Defending the rights of children in a hospital setting: nurses' advocacy in health. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20170025>. Acesso em: 27 jan. 2021.

OLIVEIRA, M.A.C; SILVA, T.M.T. Health advocacy in nursing: contribution to the reorientation of the Brazilian healthcare model. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 71, n. sup. 1, p. 700-703, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0615>. Acesso em: 20 jan. 2021.

PERRY, Cheryl; EMORY, Jan. Advocacy Through Education. **Policy, Politics, & Nursing Practice**, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 158-165, ago. 2017. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1527154417734382>. Acesso em: 27 jan. 2021.

RAMOS, Aline Marcelino et al. Preditores da advocacia em saúde identificados por enfermeiros no contexto hospitalar. **Aquichan**, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 355-365, 20 set. 2018. Universidad de la Sabana. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2018.18.3.9>. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7076969>. Acesso em: 08 jan. 2021.

SPAGNUOLO, Regina Stella; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Between the processes of strengthening and weakening of the Family Health Strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 3, p. 366-371, jun. 2013. (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672013000300010>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n3/a10v66n3.pdf>. Acesso em: 12 jan. de 2021.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. et al. Advocacia do paciente na enfermagem: barreiras, facilitadores e possíveis implicações. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300601&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 jan. 2021.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri et al. Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? - uma perspectiva foucaultiana.

Texto & Contexto - Enfermagem, v. 25, n. 1, 2016. (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600002560014>. Acesso em: 8 jan. 2021.

TURALE, Sue; KUNAVIKTIKUL, Wipada. The contribution of nurses to health policy and advocacy requires leaders to provide training and mentorship. **International Nursing Review**, v. 66, n. 3, p. 302-304, 20 ago. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12550>. Acesso em: 3 jan. 2021.

VAARTIO, Heli et al. Nursing Advocacy in Procedural Pain Care. **Nursing Ethics**, [S.L.], v. 16, n. 3, p. 340-362, maio 2009. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733009097992>. Acesso em: 8 jan. 2021.

VENTURA, Carla Aparecida Arena et al. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 6, p. 893-898, dez. 2012. (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672012000600002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 jan. 2021.

WADDELL, Ashley; ADAMS, Jeffrey M.; FAWCETT, Jacqueline. Exploring Nurse Leaders' Policy Participation Within the Context of a Nursing Conceptual Framework. **Policy, Politics, & Nursing Practice**, [S.L.], v. 18, n. 4, p. 195-205, nov. 2017. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1527154418762578>. Acesso em: 20 jan. 2021.

19

MAYCON CARVALHO DOS SANTOS
AMANDA DA SILVA COSTA
HILARIO SEIBEL JUNIOR
VANEZIA GONÇALVES DA SILVA
LUCIMAR ANDRADE CARDOSO MURI
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA
CÂNDIDA CANIÇALI PRIMO

**JOGOS
ELETRÔNICOS
EM SAÚDE:
UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

INTRODUÇÃO

A expansão da tecnologia de informação possibilitou que internet, jogos eletrônicos, programas de educação *online*, telefones celulares, redes sociais, *tablets* e outros dispositivos incluíssem os adolescentes como principais utilizadores dessas tecnologias de comunicação (BRANDÃO et al., 2019; SERAFIM et al., 2019).

Nessa perspectiva, a aprendizagem deve ser significativa, incluindo conteúdos que somam aos conhecimentos prévios dos adolescentes e favorecem reflexões e comportamentos saudáveis com autonomia e independência. Vale ressaltar que, para atingir esse público, é importante criar estratégias interativas e motivadoras que promovam informações de saúde sobre o cuidado diário (FRATICELLI et al., 2016; SERAFIM et al., 2019).

Diante de tais afirmações, pretende-se descrever o uso de jogos eletrônicos como ferramenta para educação em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que permite uma abordagem mais ampla de revisão, com a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para o entendimento do objeto do estudo. O processo foi dividido em seis fases: (1) elaboração da pergunta norteadora; (2) busca ou amostragem na literatura; (3) coleta de dados; (4) análise crítica dos estudos incluídos; (5) discussão dos resultados; e (6) apresentação da revisão integrativa (MENDES, 2008)

A primeira fase foi a identificação do objeto, com a elaboração da pergunta norteadora para a revisão: Quais as evidências científicas sobre o uso de jogos eletrônicos na educação em saúde?

A segunda fase foi a busca de artigos nas Bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): National Library of Medicine (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Delimitou-se como recorte temporal o período de publicações de artigos de 2010 a 2019, tendo em vista que não foi encontrada publicação sobre a temática no ano de 2010.

Como critérios de inclusão, foi estipulado considerar artigos publicados em inglês e português, disponíveis na íntegra e que abordassem jogos eletrônicos e a sua utilização na educação em saúde. Por outro lado, como critério de exclusão, foi determinado não incluir artigos de revisão ou de opinião, teses, dissertações, cartas ao editor, comentários, ensaios, manuais, artigos que relatavam o uso de jogos educativos não eletrônicos e trabalhos sobre jogos de educação para formação de profissionais de saúde (graduação e pós-graduação).

A terceira fase, coleta de dados, ocorreu de junho a setembro de 2020, direcionada pelos descritores selecionados no Portal de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) na BVS, norteado pela proximidade do objetivo em questão, chegando-se às seguintes combinações: *health education* AND vídeo game; promoção da saúde AND jogos de vídeo. Encontrou-se 589 publicações, sendo 559 na base MEDLINE; 27 na LILACS; e 3 na BDENF. Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, foram excluídos 226 artigos por serem repetidos e 333 artigos por não responderem à pergunta norteadora e não se enquadrarem na temática abordada. Assim, 30 deles entraram nos critérios estabelecidos.

A quarta fase consistiu na tabulação dos artigos no Software Microsoft Excel® 2010 para organização e sumarização das principais informações, para, assim, aplicar a análise da revisão. No quadro, os artigos foram ordenados pelo ano de publicação, considerando as seguintes variáveis: título do artigo, país e ano de publicação, tipos de jogos e conclusão do estudo.

Após o processo de seleção, os 30 artigos selecionados foram lidos na íntegra, fomentando a análise crítica dos resultados encontrados. Por fim, nas duas últimas fases, foi realizada uma análise da homogeneidade e heterogeneidade dos estudos analisados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Quadro 1 apresenta os 30 artigos analisados e mostra um crescimento nas publicações advindas de 2010 até 2019. O número de estudos publicados foram crescendo nos anos seguintes, começando com o mínimo de um artigo em 2011 e chegando ao máximo de seis publicações nos anos de 2015 e 2018. Assim, foram encontrados seis artigos nos anos de 2015 e 2018, cinco artigos em 2014 e 2017, quatro no ano de 2016, dois no ano de 2019, seguido de um nos anos de 2011 e 2013; e no ano de 2010 não houve nenhuma publicação referente ao tema proposto.

Em relação aos países de publicação foram 12 publicações dos Estados Unidos da América, 5 do Brasil, 2 da Espanha e da França, enquanto Indonésia, Itália, China, Suíça, Singapura, Austrália, Marrocos, Holanda e Reino Unido publicaram 1 artigo cada.

Encontrou-se uma prevalência de publicações de jogos voltados para práticas educativas com foco na Saúde da Criança e do Adolescente, com 22 publicações que relatam sobre a aplicabilidade dos jogos para esse público, destacada. Em sequência, foram encontrados seis artigos que relatam sobre *games* como instrumento para estimular a atividade física, seguido de *games* para orientação de cuidados com Diabetes Mellitus e, por último, orientações quanto ao câncer.

Após a análise dos artigos, foram organizadas as categorias seguindo a prevalências das temáticas abordadas nos jogos. Os artigos que ilustram cada categoria estão descritos seguindo a nomenclatura E1, E2, E3..., até E30, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição da síntese dos artigos da revisão, segundo título do artigo, país e ano de publicação, tipos de jogos e conclusão do estudo. Vitória, ES. Brasil. 2021.

Nº	Título	País / Ano
E1	Computer games to teach hygiene: an evaluation of the e-Bug junior game	2011 Reino Unido
E2	Efficacy and acceptability of an Internet platform to improve the learning of nutritional knowledge in children: the ETIOBE Mates.	2013 Espanha
E3	Effect of a novel video game on stroke knowledge of 9- to 10-year-old, low-income children.	2014 EUA
E4	Interactive video gaming compared with health education in older adults with mild cognitive impairment: a feasibility study.	2014 EUA
E5	Can exergames impart health messages? Game play, framing, and drivers of physical activity among children.	2014 Singapura
E6	The braking force in walking: age-related differences and improvement in older adults with exergame training.	2014 França
E7	Desenvolvimento de um <i>Serious Game</i> para crianças com hemofilia	2014 Brasil
E8	Qualitative evaluation of the relevance and acceptability of a web-based HIV prevention game for rural adolescents.	2015 EUA

	Tipo de Jogo / Conclusão
	Jogos de computador destinados a ensinar as crianças a lavar as mãos, higiene respiratória e resistência a antibióticos
	O objetivo deste estudo foi estudar a eficácia e aceitabilidade de um jogo <i>online</i> denominado ‘ETIOBE Mates’, que foi projetado para melhorar o conhecimento nutricional das crianças; além disso, comparar com o modo tradicional papel-lápis de entrega de informações.
	Videogame / Os videogames educacionais sobre Acidente Vascular Cerebral podem representar novos meios para melhorar e sustentar o conhecimento acionável das crianças sobre AVC.
	Jogos de Vídeo Interativo / Jogos de vídeo interativos são viáveis para idosos com prejuízo cognitivo leve, e o efeito médio em favor do grupo que foi aplicado o jogo através do Wii garantiu um resultado de maior eficácia no teste.
	Jogos de Vídeo, Wii / Crianças que jogaram wii durante as aulas de educação física, relataram atitude de atividade física mais positiva, autoeficácia e controle comportamental percebido do que aquelas que passaram por aulas regulares de educação física e foram expostas à mesma mensagem.
	Programa ativo de treinamento de videogames (usando o sistema Wii) / <i>Exergames</i> parecem ser uma maneira eficaz de treinar o controle postural em idosos. Devido à natureza multimodal da atividade, os <i>exergames</i> fornecem uma ferramenta eficaz para a remediação de problemas relacionados à idade.
	Desenvolvimento de jogos para Crianças com Hemofilia / Os experimentos realizados confirmaram que as crianças com hemofilia aprenderam mais sobre a doença com o jogo.
	Tipo de jogo. O objetivo deste estudo foi avaliar a aceitabilidade e relevância de um jogo de prevenção do HIV baseado na <i>web</i> para adolescentes rurais afro-americanos.

E9	The Effect Of Social Support Features And Gamification On A Web-Based Intervention For Rheumatoid Arthritis Patients: Randomized Controlled Trial.	2015 Itália/Suíça
E10	Effects of the Quest to Lava Mountain Computer Game on Dietary and Physical Activity Behaviors of Elementary School Children: A Pilot Group-Randomized Controlled Trial.	2015 EUA
E11	Promoting Sex Education Among Teenagers Through an Interactive Game: Reasons for Success and Implications.	2015 China
E12	Preventing Adolescents' Diabesity: Design, Development, and First Evaluation of "Gustavo in Gnam's Planet".	2015 Itália
E13	Using Videogame Apps to Assess Gains in Adolescents' Substance Use Knowledge: New Opportunities for Evaluating Intervention Exposure and Content Mastery.	2015 EUA
E14	Limites e possibilidades de um jogo <i>online</i> para a construção de conhecimento de adolescentes sobre a sexualidade	2016 Brasil
E15	Desenvolvimento de <i>serious game</i> como estratégia para promoção de saúde e enfrentamento da obesidade infantil	2016 Brasil

	<p>O objetivo deste estudo foi examinar os efeitos de uma intervenção baseada na <i>Web</i> que incluiu recursos de suporte social <i>online</i> e gamificação na atividade física, utilização de cuidados de saúde, uso excessivo de medicamentos, capacitação e conhecimento de Artrite Reumatóide de pacientes com o agravo. O efeito da gamificação no uso do site também foi investigado. Concluiu-se que a gamificação por si só ou com suporte social aumentou a atividade física e o empoderamento e diminuiu a utilização de cuidados de saúde.</p>
	<p>Para avaliar a viabilidade, aceitabilidade e efeitos do jogo de computador Quest to Lava Mountain (QTLM) em comportamentos alimentares, comportamentos de atividade física e fatores psicossociais entre crianças etnicamente diversas no Texas. O QTLM teve uma aceitação promissora e efeitos iniciais sobre os comportamentos de dieta e atividade física entre crianças na escola primária.</p>
	<p>A aplicação do jogo, “Fazer escolhas inteligentes”, foi desenvolvido para preencher a lacuna de limitações do conhecimento, utilizando-se de recursos de fácil acesso disponíveis em educação sexual em Hong Kong e disseminar o correto conhecimento e atitudes positivas em relação a sexualidade para adolescentes que utilizam plataformas populares tais como <i>tablets</i>, Facebook e a <i>web</i>.</p>
	<p>O objetivo do estudo foi projetar, desenvolver e avaliar um jogo para a saúde, “Gustavo no Planeta Gnam” (“Gustavo”), com o objetivo de aprimorar o conhecimento sobre alimentos saudáveis e aumentar o consumo de alimentos saudáveis. O estudo mostra que o “Gustavo” é uma ferramenta promissora para a educação em saúde, nas escolas ou em outros ambientes.</p>
	<p>Videogame / O objetivo deste estudo foi descrever como uma intervenção baseada em tecnologia pode produzir evidências objetivas e significativas de exposição à intervenção dentro de uma intervenção comportamental, avaliando ganhos no conhecimento sobre o uso de substâncias por adolescentes e o domínio do conteúdo.</p>
	<p>Jogo <i>online</i> para a construção de conhecimento em saúde dos adolescentes no campo afetivo-sexual e reprodutivos / Os resultados demonstram haver potencialidades motivacionais no Jogo Papo Reto para os alunos abordarem a temática do estudo.</p>
	<p>Jogos de Software / Especialistas avaliaram que o <i>game</i> tem grande potencial educacional e o consideraram como adequado para aplicação futura ao público-alvo, por ser um recurso didático tecnológico acessível para uso em escolas e unidades de saúde.</p>

E16	OC48 - Hurtology: an <i>online</i> course.	2016 EUA
E17	Impact of a Serious Videogame Designed for Flexible Insulin Therapy on the Knowledge and Behaviors of Children with Type 1 Diabetes: The LUDIDIAB Pilot Study.	2016 França
E18	<i>Game</i> terapia na Doença de Parkinson: influência da adição de carga e diferentes níveis de dificuldade sobre a amplitude de movimento de abdução de ombro	2017 Brasil
E19	An augmented reality game to support therapeutic education for children with diabetes.	2017 Espanha
E20	Training Behavioral Control in Adolescents Using a Serious Game.	2017 Holanda
E21	Improving Children's Mental Health with a Digital Social Skills Development Game: A Randomized Controlled Efficacy Trial of Adventures aboard the S.S. GRIN.	2017 EUA
E22	Patients' Acceptance of the Use of Serious Games in Physical Rehabilitation in Morocco.	2017 Marrocos

	Videogame e aulas em computador x aulas baseadas em computador / Este estudo explorou se um jogo de vídeo aumenta o aprendizado para ajudar os adolescentes tornarem-se mais receptivos a aprender sobre saúde mental. Os resultados mostraram que os jogadores demonstraram um aprendizado mais profundo em pelo menos uma medida avaliada.
	O jogo sério (ou jogo aplicado) “L’Affaire Birman” (“Arquivo do Sr. Birman”) (disponível em www.gluciweb.com) foi projetado especificamente como uma ferramenta educacional para o método de terapia com insulina. O uso não supervisionado do jogo sério “L’Affaire Birman” foi capaz de melhorar a titulação de insulina e a quantificação de carboidratos em crianças com diabetes tipo 1.
	Uso de Jogos Virtuais com console X box / Não houve diferença significativa na amplitude de abdução de ombro em relação ao uso de carga durante os jogos, aos níveis de jogo, bem como entre os membros superiores direito e esquerdo. A adição de carga e os diferentes níveis de dificuldade dos jogos virtuais também não promoveram mudanças significativas em indivíduos com Doença de Parkinson.
	Jogo de realidade aumentada para pacientes com diabetes. As crianças que utilizaram o jogo avaliaram que ele oferecia um alto grau de usabilidade, sendo identificado como um grande aliado no processo de educação em saúde para crianças com diabetes.
	Esse estudo desenvolveu e avaliou um <i>serious game training</i> (“The Fling”), com o objetivo de aumentar o controle comportamental em adolescentes, melhorando o controle sobre o uso de álcool. Demonstrou-se adequado para preencher a lacuna entre um paradigma de treinamento baseado em evidências e um ambiente de treinamento atraente e motivador.
	Jogo baseado em computador para melhorar as habilidades sociais e a saúde mental em crianças com déficits de habilidades sociais demonstra eficácia. As crianças com esses déficits poderão ser beneficiadas por aumentar a acessibilidade, uma vez que não existe barreiras físicas.
	<i>Serious game</i> para reabilitação física de pacientes. Conclui que exercícios de reabilitação dentro de jogos sérios parecem ser uma opção interessante para motivar os pacientes durante a reabilitação com um fisioterapeuta.

E23	Feed the Alien! The Effects of a Nutrition Instruction Game on Children's Nutritional Knowledge and Food Intake.	2018 EUA/Holanda
E24	Development and evaluation of 'Pure Rush': <i>An online</i> serious game for drug education.	2018 Austrália
E25	Arbi Care application increases preschool children's hand-washing self-efficacy among preschool children.	2018 Indonésia
E26	DECIDIX: meeting of the Paulo Freire pedagogy with the serious games in the field of health education with adolescents.	2018 Brasil
E27	Development and Feasibility Testing of a Video-game Intervention to Reduce High-Risk Sexual Behavior in Black and Hispanic Adolescents.	2018 EUA
E28	Efficacy of Bingocize®: A Game-Centered Mobile Application to Improve Physical and Cognitive Performance in Older Adults.	2018 EUA
E29	Teaching Patients with Advanced Cancer to Self-Advocate: Development and Acceptability of the Strong Together™ Serious Game.	2019 EUA
E30	Kaizen: Interactive Gaming for Diabetes Patient Education.	2019 EUA

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

	Videogame projetado para ensinar crianças do ensino fundamental sobre nutrição e escolhas alimentares saudáveis. Encontrou mudanças de curto prazo, mas pensa-se que não se muda comportamentos das crianças a longo prazo.
	Jogos de <i>Game</i> e corrida. Os alunos aproveitaram os dois formatos de jogos. Foi observado uma grande participação em algo ativo, que envolva os alunos.
	Aplicativo de jogo que previne a diarreia e auxilia na educação de lavagem das mãos para crianças. Conclusão: Jogo eficaz na educação dos escolares, assim podendo ser usando para lavagem das mãos e prevenção da diarreia.
	Jogo <i>Serious Game</i> intitulado DECIDIX para adolescentes. Conclusão: o jogo auxilia na construção de decisões de saúde para os adolescentes, em que as decisões podem acarretar danos ou ações de sucesso na saúde.
	Videogame móvel para diminuir o comportamento sexual de alto risco em adolescentes negros e hispânicos. Conclusão: demonstraram viabilidade e impacto preliminar com essa coorte de adolescentes negros ou hispânicos
	Um aplicativo de jogos para idosos. Conclusão: os idosos jogaram o aplicativo tipo bingo e aumentaram o desempenho funcional, cognição, conhecimentos sobre osteoartrite e riscos de queda. Demonstrou altos níveis de adesão a um programa de promoção da saúde em idosos, fato que é raro na população estudada, servindo como um canal para potencialmente melhorar múltiplos aspectos da qualidade de vida destes
	Jogos Sérios Strong Together para pacientes com Câncer / Observou-se que os jogos ajudaram os pacientes em suas necessidades e prioridades
	Os participantes foram extremamente positivos sobre a educação gamificada e sentiram-se capacitados a liderar discussões com seus profissionais de saúde sobre a educação de autocuidado do diabetes, no sentido de “inverter” o paradigma tradicional da educação do paciente clínico. Esses resultados sugeriram que uma abordagem clínica invertida poderia ser benéfica, empoderadora e envolvente para os pacientes.

Alguns estudos têm demonstrado que jogos podem ser usados no combate à obesidade e a maus hábitos alimentares, sobretudo em crianças e adolescentes, o que foi visto nos jogos dos artigos E2, E10, E12, E15 e E23.

Dias et al. (2016), no E15, desenvolveram e avaliaram um *serious game*, que é um tipo de jogo com propósitos mais voltado para fins educacionais do que de entretenimento, com o objetivo de enfrentar a obesidade infantil através de um jogo que aborda a temática de exercícios físicos e alimentação saudável. Apesar de o jogo não ter sido aplicado ao público-alvo, foi avaliado como positivo em relação aos gráficos, mecânica e jogabilidade pelos especialistas na área da saúde. Além disso, foi classificado como uma estratégia interessante para a promoção da saúde e com grande potencial educativo, podendo ser utilizado em escolas e unidades de saúde.

Baños et al. (2013), no E2, compararam o conhecimento adquirido no uso de um jogo *online* com um grupo e método tradicional com outro. As crianças foram divididas em dois grupos: um grupo experimental, que fizeram uso do jogo “ETIOBE Mates”, e um grupo controle, que estudaram por um folheto. Os dois grupos aumentaram suas pontuações para conhecimento nutricional. A interação grupo *versus* tempo também foi estatisticamente significativa, indicando que a aquisição de conhecimento nutricional foi superior no grupo experimental. As crianças consideraram a plataforma de *serious games* um meio útil para aprimorar seus conhecimentos nutricionais.

Já Hermans et al. (2018), no E23, buscaram avaliar o aumento do conhecimento sobre nutrição e mudança de alimentação em crianças holandesas através da aplicação do jogo “Alien Health Game” em duas versões diferentes: Kinect e jogo no computador. Foram realizados pós-testes imediato e tardio (após 2 semanas). Observou-se que, em ambas as versões, os participantes aprimoraram conhecimentos acerca dos macronutrientes de forma imediata, mas não tardiamente. Além disso, em ambos os formatos, as crianças foram capazes de identificar quais são os alimentos mais saudáveis e mais ricos em nutrientes. No entanto, a adesão a um grupo alimentar saudável não foi observada tardiamente.

A temática da sexualidade

Gariepy et al. (2018), no E27, desenvolveram e testaram a viabilidade de uma intervenção de um protótipo de jogo para reduzir o comportamento sexual de alto risco em adolescentes negros e latinos com idades entre 15 e 17 anos. Os jovens, portanto, afirmaram que jogariam o jogo novamente, que se sentiram mais responsáveis, devido às escolhas feitas no jogo, e que indicariam para os amigos jogarem também. Segundo Monteiro et al. (2018), no E26, mediante tabulação dos dados, o jogo “DECIDIX” auxilia na construção de decisões sobre sexualidade para os adolescentes, cujas decisões podem acarretar danos ou ações de sucesso na saúde. Os autores avaliaram a opinião de jovens após a implantação do jogo em escolas do Brasil.

Em contrapartida, Enah, Piper e Moneyham (2015), no E8, avaliaram um jogo da UNESCO sobre HIV a partir da perspectiva de jovens rurais afrodescendentes dos EUA. De acordo com o questionário aplicado, os jovens consideraram que o jogo não foi projetado idealmente para atender às necessidades dos jovens rurais afrodescendentes. Sendo assim, para que esses jogos sejam eficazes e relevantes, deveriam refletir o cotidiano e problemáticas dos usuários em potencial.

A temática drogadição e etilismo

Dentre as muitas abordagens temáticas que os jogos eletrônicos já se lançaram, estão as relacionadas ao uso de drogas e álcool, vistos em E13, E20 e E24. Stapinski et al. (2017), no E24, desenvolveram e avaliaram um jogo, “Pure Rush”, sobre o uso de drogas e suas consequências entre jovens de 13 a 17 anos. Houve o grupo experimental, que jogou, e o grupo controle, que recebeu uma aula sobre o assunto. A análise do conhecimento ocorreu com aplicação de pré e pós-teste em ambos os casos. Tanto o jogo quanto o grupo controle foram associados a um aumento significativo do conhecimento no pré e no pós-teste. Já nas meninas, o ganho de conhecimento foi maior no jogo “Pure Rush” em comparação ao grupo controle.

Boendermaker, Veltkamp e Peeters (2017), no E20, aplicaram e avaliaram o jogo “The Fling”, objetivando aumentar o controle comportamental

de adolescentes em relação ao uso de bebidas alcoólicas. O jogo foi comparado a um jogo placebo e uma versão de treinamento não jogo em um ensaio clínico randomizado. O controle do comportamento melhorou significativamente com o tempo, no entanto tal efeito também estava presente no jogo placebo. Isso sugere que as atividades do jogo sozinhas podem ter tido um efeito benéfico no controle em relação ao abuso do álcool.

A temática de atividade e/ou reabilitação física.

Diversos jogos que visam o exercício físico, reabilitação física, melhora cognitiva e fisioterapia obtiveram resultados considerados positivos, vistos em E5, E6, E9, E18, E22 e E28.

Lwin e Malik (2013), no E5, analisaram o efeito de *exergames* nas aulas de educação física combinados com mensagens de educação em saúde em três escolas primárias durante seis semanas. Os jogos eram de dança, boxe e tênis, pelo motivo de elevar a frequência cardíaca e promover gasto calórico. O estudo foi realizado em Singapura, uma cidade em que a tendência à obesidade e ao excesso de peso é uma grande preocupação. Os resultados revelaram efeitos significativos da intervenção combinada (aula de educação física, jogos e educação em saúde) nas atitudes das crianças, interesse em atividades físicas e aumento do conhecimento e preocupação com doenças relacionadas com a obesidade: diabetes, doenças cardíacas e AVC.

Bonnechère et al. (2017), no E22, observaram que foi possível motivar pacientes em fisioterapia com o uso do *serious game*, ainda que esses possuam baixa escolaridade e pouco conhecimento em informática. Além disso, constataram que a maioria dos pacientes prefere exercícios com jogos a exercícios convencionais de reabilitação.

Ao contrário dos estudos anteriores, Santos et al. (2017), no E18, identificaram se a aplicação de jogos no Xbox com Kinect aumentaria a abdução de ombros em indivíduos com doença de Parkinson. Ao final do estudo, foi observado que não houve diferença significativa independentemente do aumento de cargas e nível de dificuldade do jogo.

Shake et al. (2018), no E28, aplicaram a idosos o jogo “Bingocize®” com o objetivo de melhoras físicas e cognitivas. Os jogos eram realizados em pequenos grupos e foram aleatoriamente distribuídos para o grupo

experimental, em que jogavam o *game*, recebiam orientações em saúde e se exercitavam; e o grupo controle, que jogavam e se exercitavam. O grupo experimental apresentou ganhos de força muscular em membros superiores e inferiores superiores ao grupo controle. Ambos adquiriram conhecimento igual em osteoartrite e prevenção de quedas.

A temática saúde mental

Em relação à saúde mental, alguns jogos também foram elaborados para avaliar a eficácia: E16 e E21. Frechette e Frechette (2016), no E16, avaliaram se *games* são capazes de tornar os jovens mais abertos a aprender sobre saúde mental. Os resultados demonstraram que os jogadores adquiriram aprendizado e se tornaram mais acessíveis ao tratamento de questões de saúde mental.

Sanchez et al. (2017), no E21, identificaram que o jogo “Adventures aboard the SS GRIN” foi capaz de melhorar as habilidades e a saúde mental em crianças com déficits de habilidades sociais. Crianças de 7 a 11 anos participaram ativamente e havia também o grupo de controle que não jogava: em ambas foram aplicados pré e pós testes. Notou-se que, nos quesitos alfabetização, ansiedade, vitimização por *bullying* e satisfação social, as crianças que jogaram melhoraram significativamente do pré-teste para o pós-teste em comparação com as crianças que não jogaram, provando, portanto, que o jogo pode melhorar a saúde mental e habilidades sociais.

Doenças como câncer, AVC e hemofilia também foram abordadas em jogos de saúde: E3, E7 e E29. Williams et al. (2014), no E3, sobre a aplicação de um jogo educativo sobre sintomas de AVC para 210 crianças, observaram melhora nos conhecimentos acerca do assunto. As crianças foram expostas a um jogo de computador, com duração de 15 minutos, que consistia em uma nave destruidora de coágulos com navegação dentro de artérias, visando eliminar coágulos e placas ateroscleróticas que obstruem a passagem do sangue para o cérebro. Além disso, as munições da nave eram recarregadas durante o jogo através de perguntas e respostas. Após o jogo, foi aplicado pós-teste imediato e um pós-teste sete semanas depois do jogo na escola.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão descreveu o uso de jogos eletrônicos como ferramenta para educação em saúde e diversos temas foram abordados, como: combate à obesidade; melhora de hábitos alimentares; aumento do conhecimento nutricional; aumento do autocuidado e autonomia nos portadores de diabetes; ampliação das atitudes positivas nas relações sexuais; melhorias no conhecimento dos malefícios relacionados ao uso de drogas e álcool; reabilitação física, fisioterapia e melhora cognitiva; higienização das mãos; aprendizagem sobre saúde mental; melhorias nos déficits de habilidades sociais; prevenção ao sintomas de AVC; enfrentamento do câncer; e conhecimentos sobre hemofilia na perspectiva do portador.

Os estudos avaliados, em sua maioria, demonstraram bons resultados entre os usuários participantes das pesquisas. As habilidades que obtiveram melhoras significativas mais observadas dentre os estudos foram conhecimento, autonomia, autoeficácia, autocuidado, promoção e prevenção da saúde, autoavaliação no comportamento de risco e autoconhecimento. De um modo geral, os jogos obtiveram boa avaliação dos usuários em relação à jogabilidade e entretenimento. Tais habilidades e avaliações reforçam a importância e relevância dos jogos.

Os jogos na educação em saúde, apesar de benéficos e eficazes, são pouco explorados no que tange o desenvolvimento e a publicação de artigos científicos. A quantidade de jogos que se tem atualmente não supre a demanda de uma sociedade altamente inserida no uso de dispositivos eletrônicos. Através deste estudo, nota-se o quanto os jogos atuam aprimorando diversas habilidades do usuário. Visa-se, com ele, ampliar os horizontes de pesquisadores para produção de artigos e desenvolvimento de jogos que possam ser relevantes para toda a comunidade.

REFERÊNCIAS

- BAÑOS, R M et al. Efficacy and acceptability of an Internet platform to improve the learning of nutritional knowledge in children: the ETIOBE Mates. **Health Educ. Res.**, [s. l.], 28 abr. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22498924/>. Acesso em: 9 fev. 2021.
- BOENDERMAKER, Wouter J; VELTKAMP, Remco C; PEETERS, Margot. Training Behavioral Control in Adolescents Using a Serious Game. **Games Health J.**, 6 dez. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28926286/>. Acesso em: 8 fev. 2021.
- BONNECHÈRE, Bruno et al. Patients' Acceptance of the Use of Serious Games in Physical Rehabilitation in Morocco. **Games Health J.**, 5 out. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29035640/#:~:text=Results%20of%20this%20study%20show,games%20than%20conventional%20rehabilitation%20exercises.> Acesso em: 8 fev. 2021.
- BRANDÃO, Isabelle de Araújo et al. Jogos eletrônicos na atenção à saúde de crianças e adolescentes: revisão integrativa. **Acta paul. enferm**, 12 ago. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000400464. Acesso em: 8 fev. 2021.
- DIAS, Jéssica David et al. Serious game development as a strategy for health promotion and tackling childhood obesity. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, 15 ago. 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1015.2759>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100382&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 fev. 2021.
- ENAH, Comfort; PIPER, Kendra; MONEYHAM, Linda. Qualitative evaluation of the relevance and acceptability of a web-based HIV prevention game for rural adolescents. **J. Pediatr. Nurs.**, 30 abr. 2015. DOI 10.1016/j.pedn.2014.09.004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25245160/>. Acesso em: 9 fev. 2021.

FRATICELLI, Federica et al. Technology-based intervention for healthy lifestyle promotion in Italian adolescents. **Ann Ist Super Sanita**, [s. l.], 20 jan. 2016. Disponível em: https://www.iss.it/documents/20126/45616/ANN_16_01_20.pdf. Acesso em: 8 fev. 2021.

FRECHETTE, Casey; FRECHETTE, Barbara. OC48 – Hurtology: an online course. **Nursing Children and Young People**, 9 maio 2016. Disponível em: <http://journals.rcni.com/nursing-children-and-young-people/oc48-hurtology-an-online-course-ncyp.28.4.87.s79>. Acesso em: 9 fev. 2021.

GARIEPY, Aileen M et al. Development and Feasibility Testing of a Videogame Intervention to Reduce High-Risk Sexual Behavior in Black and Hispanic Adolescents. **Games Health J**, [s. l.], 7 dez. 2018. DOI 10.1089/g4h.2017.0142. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30299980/>. Acesso em: 8 fev. 2021.

HERMANS, Roel C J et al. Feed the Alien! The Effects of a Nutrition Instruction Game on Children's Nutritional Knowledge and Food Intake. **Games Health J**, [s. l.], 7 jun. 2018. DOI 10.1089/g4h.2017.0055. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29634366/>. Acesso em: 9 fev. 2021.

LWIN, May O; MALIK, Shelly. Can exergames impart health messages? Game play, framing, and drivers of physical activity among children. **J. Health Commun.**, [s. l.], 5 nov. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24191779/#:~:text=Results%20indicated%20that%20when%20children,education%20lessons%20and%20were%20exposed>. Acesso em: 8 fev. 2021.

MENDES, K.D.; SILVEIRA, R.C.; GALVÃO, C.M. Revisao integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MONTEIRO, Rosana Juliet Silva et al. DECIDIX: encontro da pedagogia Paulo Freire com os *serious games* no campo da educação em saúde com adolescentes. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2951-2962, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000902951&lng=en&nrm=iso. Acesso em 30 set. 2020.

SANCHEZ, Rebecca et al. Improving Children's Mental Health with a Digital Social Skills Development Game: A Randomized Controlled Efficacy Trial of Adventures aboard the S.S. GRIN. **Games Health J.**, 4 jan. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28051877/>. Acesso em: 8 fev. 2021.

SANTOS, Laudiane Reis. *Game* terapia na doença de Parkinson: influência da adição de carga e diferentes níveis de dificuldade sobre a amplitude de movimento de abdução de ombro. **R. Bras. Ci. e Mov**, [s. l.], 31 ago. 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.18511/rbcm.v25i4.6892>. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/6892>. Acesso em: 9 fev. 2021

SERAFIM, Andréia Régia Rodrigues de Matos et al. Construção de *serious games* para adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. **Acta Paul. Enferm.**, [s. l.], 20 ago. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1010828>. Acesso em: 8 fev. 2021.

SHAKE, Matthew et al. Efficacy of Bingocize ®: A Game-Centered Mobile Application to Improve Physical and Cognitive Performance in Older Adults. **Games for Health Journal**, [s. l.], v. 7, ed. 4, 15 ago. 2018. DOI 10.1089/g4h.2017.0139. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/326909213_Efficacy_of_Bingocize_R_A_Game-Centered_Mobile_Application_to_Improve_Physical_and_Cognitive_Performance_in_Older_Adults. Acesso em: 9 fev. 2021.

STAPINSKI, Lexine A et al. Development and evaluation of 'Pure Rush': An online serious game for drug education. **Drug Alcohol Rev.**, [s. l.], 6 out. 2017. DOI 10.1111/dar.12611. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28986963/>. Acesso em: 9 fev. 2021.

WILLIAMS, Olajide et al. Effect of a novel video game on stroke knowledge of 9- to 10-year-old, low-income children. **Stroke**, [s. l.], 30 jan. 2014. DOI 10.1161/STROKEAHA.113.002906. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24481976/>. Acesso em: 9 fev. 2021.

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

ALBINA DE FÁTIMA FANNI SANTOS

Odontóloga. Mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6049-4490>

ALEXANDRE ANDRADE ALVARENGA

Graduado em Relações Internacionais pela Universidade de Vila Velha. Doutorado em Relações Internacionais pelo PPGRI na Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Professor do Curso de Relações Internacionais da Universidade Veiga de Almeida no Rio de Janeiro.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6762-9282>

AMANDA DA SILVA COSTA

Graduanda em Enfermagem na Multivix Vitória. Bolsista de Iniciação Científica pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0395-382X>

ANA BEATRIZ RIZZO ZANARDO

Enfermeira. Mestranda em Ciências pelo Programa de Enfermagem Psiquiátrica na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde Global, Direito e Desenvolvimento (GEPESADES).

Orcid: <https://orcid.org/000-0002-6944-3905>

ANA CLARA GARCIA MARTON

Farmacêutica. Mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4762-2910>.

ANA CLAUDIA PINHEIRO GARCIA

Cientista Social. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4752-830X>

ANA INÊS SOUSA

Enfermeira. Doutora em Ciências (Saúde da Mulher e da Criança) pelo Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz). Professora Titular do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0214-0723>

ANA PAULA ARAÚJO FARIA

Fisioterapeuta. Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Fisioterapeuta no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM/UFES) e no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ). Membro do grupo de pesquisa CEPEP.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6941-7213>

ANDRÉ LUÍS BONIFÁCIO DE CARVALHO

Fisioterapeuta. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Gestor Municipal, Estadual e Federal pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Membro dos grupos de pesquisa GEPECS/UFPB e CEE/Fiocruz.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0328-6588>

ARLETE FRANK DUTRA

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública e Gestão de Sistema de Serviços de Saúde. Gerente de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ES. Membro do Grupo de Trabalho de Monitoramento da Sífilis de Vitória/ES.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7000-1354>

ASSIS LUIZ MAFORTOUVERNEY

Graduado em Ciências Econômicas pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). Doutor em Administração Pública (Políticas, Instituições e Governo) pela Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas (EBAPE/FGV). Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Membro do Observatório da Gestão Estadual do SUS.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8581-3777>

BRUNA LIGIA FERREIRA DE ALMEIDA BARBOSA

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0085-049X>

BRUNA SORDI CARRARA

Psicóloga. Doutoranda em Ciências no Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde Global, Direito e Desenvolvimento (GEPESADES).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1175-6634>

CÂNDIDA CANIÇALI PRIMO

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc) e do CuidarTech.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5141-2898>

CARLA APARECIDA ARENA VENTURA

Internacionalista e Advogada. Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Diretora do Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Chefe do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Vice-Coordenadora do Pólo do Instituto de Estudos Avançados de Ribeirão Preto. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde Global, Direito e Desenvolvimento (GEPESADES).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0379-913X>

CAROLINA DUTRA DEGLI ESPOSTI

Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Professora do Curso de Odontologia na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Laboratório de Projetos em Saúde Coletiva.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8102-7771>

CAROLINE FEITOSA DIBAI DE CASTRO

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6055-4804>

CRISTIANE LOVATIDALCOL AZEREDO

Graduada em Farmácia-Bioquímica pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Especialista em Vigilância em Saúde pelo Hospital Sírio Libanês, Especialista em Vigilância Sanitária pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES (EMESCAM), Especialista em Microbiologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG). Farmacêutica-Bioquímica na Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim/ES e no Laboratório de Análises Clínicas da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim/ES.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9151-2743>

DHERIK FRAGA SANTOS

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Enfermeiro no Hospital Evangélico de Vila Velha e Professor Titular no Centro Universitário FAESA. Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9351-7185>

ELDA DAMETAS

Diplomada em Ciências da Enfermagem pela Escola de Enfermagem Notre-Dame de la Sagesse, em Cap Haitien, Haiti. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Enfermeira do Justinien University Hospital em Cap Haitien, Haiti.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3180-9510>

ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA

Enfermeira e Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5128-3715>

ELOISIO MOULIN DE SOUZA

Graduado em Tecnologia em Processamento de Dados e Ciências Contábeis e Doutor em Psicologia. Professor Associado de Graduação e Pós-Graduação do Departamento de Administração da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0775-7757>

ERIKA MARIA SAMPAIO DA ROCHA

Médica. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Docente Adjunta da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) - Campus Paulo Freire. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4347-0531>

FABIANO NOVAES BARCELLOS FILHO

Estudante de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES (EMESCAM). Co-fundador da startup de conteúdo e de desenvolvimento de inteligência artificial na saúde “Dados e Saúde”. Cientista de Dados em projetos de inteligência artificial para mortalidade infantil, infarto, AVC e covid-19 para triagem em dados tabulares e detecção em raio-X e tomografia computadorizada.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1491-2700>

FABIOLA FERNANDES BERSOT MAGALHÃES

Fisioterapeuta. Mestra em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Especialista em Traumatismo-Ortopedia e Acupuntura e Eletroacupuntura Chinesa (MTC). Membro do grupo de pesquisa Rizoma: Saúde Coletiva & Instituições e do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2979-1120>

FERNANDA CORDEIRO SIRTOLIVANTIL

Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo. Enfermeira Assistencial da Unidade de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM/UFES) e Coordenadora da Qualidade do Hospital Estadual de Atenção Clínica Clínica (HEAC/SESA/ES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3601-3394>

FLAVIO IGNES TRISTÃO

Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Preceptor de estágio do curso de Fisioterapia da Universidade Vila Velha (UVV). Membro do Laboratório de Estudos em Educação Física (LESEF).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5964-8010>

FRANCIÉLE MARABOTTI COSTA LEITE

Enfermeira. Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas. Professora da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (Lavisa).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6171-6972>

FRANCIS SODRÉ

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professora Associada II do Departamento de Serviço Social da UFES. Membro do Núcleo de Pesquisa GEMTES.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4037-9388>

HÉRCULES LÁZARO MORAIS CAMPOS

Fisioterapeuta. Doutorando em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Professor e pesquisador do Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas (ISB/UFAM). Membro fundador e atuante do Laboratório de Estudos, Pesquisas e Intervenções em Saúde Coletiva (LEPISC) do ISB/UFAM. Membro do grupo de estudos Estudo de Saúde na Atenção Primária da População Amazônica (SAPPA).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6919-8161>

HIGOR HENRIQUE ARANDA COTTA

Estatístico e Graduado em Redes de Computadores. Doutor em Engenharia Ambiental pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), com período de co-tutela em Traitement du Signal et des Images pela Centrale Supélec, CS, França.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0322-2317>.

HILÁRIO SEIBEL JUNIOR

Doutor em Ciência da Computação pela Universidade de Campinas (Unicamp). Professor do Instituto Federal do Espírito Santo. Membro do Núcleo de Estudos em Teoria da Computação e Técnicas de Computação.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0099-6760>

JEANINE PACHECO MOREIRA BARBOSA

Arte-educadora. Mestra e Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Professora voluntária do Departamento de Terapia Ocupacional da UFES. Membro do grupo de pesquisa Rizoma: Saúde Coletiva e Instituições e do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1024-4378>

JEREMIAS CAMPOS SIMÕES

Enfermeiro. Doutorando em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3970-0819>

JÉSIO ZAMBONI

Psicólogo. Doutor em Educação pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Professor Adjunto do Departamento de Psicologia da UFES. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Subjetividade e Políticas (NEPESP) e Núcleo de Estudos e Pesquisas em Sexualidades (NEPS).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0360-7284>

JOEL HIRTZ DO NASCIMENTO NAVARRO

Fisioterapeuta. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8236-403X>

JONATHAN FILIPPON

Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública pela Queen Mary University of London, Lecturer International Health and Political Economy of Health and Healthcare Research Group.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3907-1992>

KARINA FARDIN FIOROTTI

Enfermeira. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Enfermeira da UFES. Membro pesquisadora do Laboratório de Estudo de Violência, Saúde e Acidentes (Lavisa).

Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-8461-2984>

LETÍCIA OLANDINHECK

Graduanda no Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde Global, Direito e Desenvolvimento (GEPESADES) e da Liga de Direitos Humanos e Saúde (LIDIHUS/EERP).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6060-1965>

LUANA CRUZ FREIRE

Psicóloga. Mestra em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Pós-Graduada em Educação na Saúde para Preceptores do SUS pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês. Chefe do Núcleo Especial de Apoio ao Planejamento Estratégico da Secretaria de Estado da Saúde/ES desde junho de 2016. Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2397-4487>

LUCIMAR ANDRADE CARDOSO MURI

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia. Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Participa do projeto de extensão Atenção Nutricional no Aleitamento Materno (ANAMATER) do Programa de Pós-graduação em Nutrição e Saúde do Centro de Ciências da UFES. Membro do CuidarTech: Laboratório de Tecnologias em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFES PPGENG/UFES.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4862-0677>

LUZIANE DE ASSIS RUELA SIQUEIRA

Psicóloga. Doutora em Educação. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia e da Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Grupo de Estudos Conectus.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7510-9148>

MANUELLA RIBEIRO LIRA RIQUIERI

Nutricionista. Mestra em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5276-7965>

MARA REJANE BARROSO BARCELOS

Médica. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Médica na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória e Professora Adjunta III no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia na UFES. Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7288-9468>

MARCOS BATISTA ARAÚJO HERKENHOFF

Graduando em Medicina na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1433-4365>

MARGARETH NUNES NEVES CONCEIÇÃO

Enfermeira e Graduada em Serviço Social. Mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3844-1675>

MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

Médica. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Professora Adjunta IV do Departamento de Medicina Social e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3690-6416>

MAYARA CICILIOTTI DA SILVA

Psicóloga. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3222-6904>

MAYCON CARVALHO DOS SANTOS

Enfermeiro. Doutorando em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Coordenador e Professor do curso de Enfermagem da Multivix Vitória. Membro do CuidarTech.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6135-7156>

PABLO CARDOZO ROCON

Doutor em Educação pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Membro do grupo de pesquisa GEMTES/UFES.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2696-5786>

PABLO DE ALMEIDA BOITEUX

Médico. Mestre e Doutorando em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Médico de Família e Comunidade na Unimed Vitória Cooperativa de Trabalho Médico.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0596-5373>

PAULO CESAR BARBOSA FERNANDES

Analista de Sistemas da Prefeitura de Vitória/ES. Mestre em Sistemas Baseados em Ontologias pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

RAYANA GILDA SCHARRA DE SOUZA

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Fisioterapeuta do Núcleo Especial de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Secretaria Estadual de Saúde/ES. Aluna Especial do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7786-6377>

RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Servidora pública federal, docente. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5931-398X>

RODRIGO BUBACK COVRE

Enfermeiro. Especialista em Gestão Estratégica de Negócios pela FUCAPE e Especialista em Gestão Pública da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8265-4299>

SHEILA CRISTINA DE SOUZA CRUZ

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Área técnica da saúde digital da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ES. Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5499-4405>

SILVANIR DESTEFANI SARTORI

Bacharel em Direito e Administração e Mestre em Administração pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Professor na Faculdade Municipal de Linhares (Faceli) e Multivix.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5156-5197>

TATIANE COMERIO

Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Enfermeira e Coordenadora de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ES.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9960-8080>

THAÍS CAMPOLINA COHEN AZOURY

Médica. Especialista em Estratégia de Saúde da Família pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Especialista em Medicina e Cirurgia Estética pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde e Especialista em Medicina do Trabalho pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES (EMESCAM).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6623-1843>

THIAGO DIAS SARTI

Médico. Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública de Universidade de São Paulo (FSP/USP). Professor Adjunto do Departamento de Medicina Social e Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1545-6276>

VERONICA DA FONSECA ALMEIDA

Farmacêutica. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Secretaria Municipal de Saúde de Jerônimo Monteiro/ES. Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc) e do NucFar.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0733-7346>

WELINGTON SERRA LAZARINI

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFES. Membro do grupo de pesquisa GEMTES/UFES.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2798-7223>

YAZARENI JOSÉ MERCADANTE URQUÍA

Nutricionista. Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Professora Voluntária no Departamento de Nutrição da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM – Diamantina, MG), Nutricionista na Fundação Bengoa para a Alimentação e Nutrição (Venezuela) e no Programa Nacional de Aleitamento Materno e Programa Nacional de Bancos de Leite Humano do Ministério da Saúde da Venezuela. Coordenadora de projeto na Associação Civil Brigadas Azules (Venezuela). Membro do Grupo de Pesquisa em Nutrição e Saúde/UFES.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9749-9036>

GESTÃO E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA: DA POLÍTICA À AÇÃO

PUBLICAÇÃO

Organização

Maria Angélica Carvalho Andrade

Rita de Cássia Duarte Lima

Jeanine Pacheco Moreira Barbosa

Thiago Dias Sarti

Ana Claudia Pinheiro Garcia

Eliane de Fátima Almeida Lima

Editora

Rede UNIDA

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial da Rede UNIDA

Editor-Chefe

Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados da Rede UNIDA

Ricardo Burg Ceccim, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.

Conselho Editorial da Rede UNIDA

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil). Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha). Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália). Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália). Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha). Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América). Denise Bueno (Universidade Federal do Rio

Grande do Sul, Brasil). Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil). Êrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil). Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil). Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil). João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil). Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil). Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil). Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina). Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil). Liliana Santos (Universidade Federal da Bahia, Brasil). Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).

Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil). Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil). Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil). Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália). Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil). Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil). Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil). Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil). Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil). Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil). Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil). Sara Donetto (King's College London, Inglaterra). Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil). Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil). Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil). Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil). Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil). Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial da Rede UNIDA

Alana Santos de Souza, Jaqueline Miotto Guarnieri, Márcia Regina Cardoso Torres e Renata Riffel Bitencourt.

Coedição

AREA27

Coordenação e Produção Editorial

Rodrigo Andrade Alvarenga

Autores

Albina de Fátima Fanni Santos

Alexandre Andrade Alvarenga

Amanda da Silva Costa

Ana Beatriz Rizzo Zanardo

Ana Clara Garcia Marton

Ana Claudia Pinheiro Garcia

Ana Inês Sousa

Ana Paula Araújo Faria

André Luís Bonifácio de Carvalho

Arlete Frank Dutra

Assis Luiz MafortOuverney

Bruna Ligia Ferreira de Almeida Barbosa

Bruna Sordi Carrara

Cândida Caniçali Primo

Carla Aparecida Arena Ventura

Carolina Dutra Degli Esposti

Caroline Feitosa Dibai de Castro

Cristiane LovatiDalCol Azeredo

Dherik Fraga Santos

Elda Dametas

Eliane de Fátima Almeida Lima

Eloisio Moulin de Souza

Erika Maria Sampaio da Rocha

Fabiano Novaes Barcellos Filho

Fabíola Fernandes Bersot Magalhães

Fernanda Cordeiro SirtoliVantil

Flavio Ignes Tristão

FranciéleMarabotti Costa Leite

Francis Sodré

Hércules Lázaro Morais Campos
Higor Henrique Aranda Cotta
Hilário Seibel Junior
Jeanine Pacheco Moreira Barbosa
Jeremias Campos Simões
Jésio Zamboni
Joel Hirtz do Nascimento Navarro
Jonathan Filippou
Karina Fardin Fiorotti
Letícia Olandin Heck
Luana Cruz Freire
Lucimar Andrade Cardoso Muri
Luziane de Assis Ruela Siqueira
Manuella Ribeiro Lira Riquieri
Mara Rejane Barroso Barcelos
Marcos Batista Araújo Herkenhoff
Margareth Nunes Neves Conceição
Maria Angélica Carvalho Andrade
Mayara Ciciliotti da Silva
Maycon Carvalho dos Santos
Pablo Cardozo Rocon
Pablo de Almeida Boiteux
Paulo Cesar Barbosa Fernandes
Rayana Gilda Scharra de Souza
Rita de Cássia Duarte Lima
Rodrigo BubackCovre
Sheila Cristina de Souza Cruz
Silvanir Destefani Sartori
Tatiane Comerio
Thaís Campolina Cohen Azoury
Thiago Dias Sarti
Veronica da Fonseca Almeida
Wellington Serra Lazarini
Yazareni José Mercadante Urquía

Design Gráfico

Luana Luna

Lucyano Palheta

[AOQUADRADO]

Revisão de Texto

Déborah Vasconcelos

Agradecimentos

Agradecemos a todos que colaboraram nesta tarefa delicada, longa e exigente que é a editoração científica. Em especial, somos gratos aos professores, discentes, pesquisadores e parceiros do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSC/UFES) pela confiança e generosidade em nos confiar seus textos.

Acesse o site do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo: <https://saudecoletiva.ufes.br/>

Este livro foi produzido pelas editoras Rede UNIDA e AREA27 em comemoração aos 20 anos do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc), do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em Vitória/ES, no ano de 2021. O texto foi composto nas fontes Antwerp e os títulos em Franklin Gothic.

Realização



Produção



