Maria Angélica Carvalho Andrade
Francis Sodré
Pablo Cardozo Rocon

DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE:

DEBATES CONTEMPORÂNEOS PARA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE:

DEBATES CONTEMPORÂNEOS PARA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Maria Angélica Carvalho Andrade
Francis Sodré
Pablo Cardozo Rocon

VITÓRIA - ES
2024

Série Interlocuções 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 interlocuções. A Série tem coordenação editorial de: Alcindo Antônio Ferla (Brasil), Gabriel Calazans Baptista (Brasil), Lisiane Bôer Possa (Brasil) e Vincenza Pellegrino (Itália).

D457

Desigualdades sociais em saúde: debates contemporâneos para construção de políticas públicas/Maria Angélica Carvalho Andrade; Francis Sodré; Pablo Cardozo Rocon (Organizadores)– 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.
552 p. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 63).
E-book: PDF.

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5462-165-6
DOI 10.18310/9786554621656

1. Fatores Socioeconômicos. 2. Política Pública. 3. Saúde Pública. 4. Política de Saúde. I. Título. II. Assunto.
III. Organizadores.

NLM WA 108-245

CDU 614

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 10

SAÚDE, DESIGUALDADE E TERRITÓRIO

1. A DETERMINAÇÃO SOCIAL DOS PROCESSOS SAÚDE-DOENÇA EM QUESTÃO: DISPUTAS DE NARRATIVAS NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA 20
Elis Borde

2. PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO: UMA APOSTA ESTRATÉGICA PARA SUPERAR AS DESIGUALDADE REGIONAIS EM SAÚDE 42
Fabiane Lima Simões, Jonathan Filippon, Elizabeth Artmann e Maria Angélica Carvalho Andrade

3. OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA: UMA ABORDAGEM ESCALÁVEL PARA MAPEAR INIQUIDADES EM SAÚDE URBANA 70
Amanda Silva Magalhães, Débora Moraes Coelho, Amanda Cristina de Souza Andrade e Waleska Teixeira Caiaffa

4. INFÂNCIAS NEGRAS ROUBADAS: DESIGUALDADES SOCIAIS E ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL 96
Ariane Silva Carvalho, Rita de Cássia Duarte Lima, Heloisa Ivone da Silva de Carvalho e Maria Angélica Carvalho de Andrade

SAÚDE, AMBIENTE E SEGURANÇA ALIMENTAR

5. REFLEXÕES SOBRE ÉTICA AMBIENTAL, SISTEMAS ALIMENTARES E DESIGUALDADES 122
Marcelo Eliseu Sipioni e Maria Angélica Carvalho Andrade

6. A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL AO LONGO DA HISTÓRIA 144
Eduardo Boarato Gonçalves e Francis Sodré

TRABALHO EM SAÚDE

7. RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO BRASIL: PERCURSO, PRECARIZAÇÃO E DESAFIOS 176
Lorena Estevam Martins Fernandes, Francis Sodré e Carlos Eduardo Gomes Siqueira

8. DESIGUALDADES E VIOLÊNCIA NO COTIDIANO DO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19 206
Stephania Mendes Demarchi, Rita de Cássia Duarte Lima, Erika Maria Sampaio da Rocha, Dherik Fraga Santos e Maria Angélica Carvalho Andrade

9. TRABALHADORES DA SAÚDE PRÉ E DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA REGIÃO NOROESTE DO ESPÍRITO SANTO 232
Gabriela Mantovanelli de Oliveira Giuberti e Francis Sodré

10. PNAES E EQUIDADE NA PERMANÊNCIA DE ESTUDANTES EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR: MAS E A SAÚDE? 252
Samara Nagla Chaves Trindade, Luciane Bresciani Salaroli, Mônica Rafaela de Almeida, Thiago Dias Sarti e Ana Paula Santana Coelho Almeida

11. REFORMA DO ESTADO E A POLÍTICA DE SAÚDE: UMA PROPOSTA DE EFICIÊNCIA DA GESTÃO PÚBLICA 274
Leandra Maria Borlini Drago e Francis Sodré

GÊNERO E SAÚDE

12. PRÁTICAS EM SAÚDE E PRODUÇÃO DE SUJEITOS LGBTQIAPN+: ENFRENTANDO AS INIQUIDADES EM SAÚDE EM PERSPECTIVA INTERSECCIONAL 300
Marco José de Oliveira Duarte, Sabrina Pereira Paiva, Brune Coelho Brandão e Mayara da Silva Saraiva

13. LEVANDO A SÉRIO OS SUJEITOS: SOBRE A NECESSIDADE DE DES-CIS-HETEROSSEXUALIZAR O SUS 322
Marcos Aurélio da Silva, Ana Paula Giostri de Andrade e Rayssa Karla Dourado Porto

14. DESIGUALDADES SOCIOASSISTENCIAIS COMO EFEITOS DA PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES DA SAÚDE SOBRE GÊNERO E SEXUALIDADE 346
Victoria Leocádia Rossetto Dreher, Larissa Mariana Bernardo Silva Toledo, Gislayne Cristina Figueiredo, Bruna Andrade Irineu e Pablo Cardozo Rocon

15. QUANDO AS TRAVESTIS ME DISSERAM NÃO: CONVERSAS SOBRE AS PRÁTICAS DE PESQUISA CISGÊNERAS 372
Joel Hirtz do Nascimento Navarro, Atena Beauvoir Roveda, Jésio Zamboni e Maria Angélica Carvalho Andrade

16. QUANDO HOMENS TRANS DESEJAM ENGRAVIDAR: QUAL O PAPEL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE? 394
Brida Luisa Torres Duque e Jandesson Mendes Coqueiro

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E VACINAÇÃO

17. DESINFORMAÇÃO E HESITAÇÃO VACINAL: O PAPEL ESTRATÉGICO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA GARANTIA DE DIREITO À VACINAÇÃO 426
Fabiana Turino, Jandesson Mendes Coqueiro e Maria Angélica Andrade Carvalho

18. "SOMMELIER DE VACINAS" COMO FORMA DE HESITAÇÃO VACINAL: UM DESAFIO CONTEMPORÂNEO PARA A SAÚDE COLETIVA 458
Carolina Strauss Estevez Gadelha, Maria Angélica Carvalho Andrade, Fabiana Turino e Valeria Valim

19. PLANO ESTRATÉGICO PARA RECUPERAÇÃO DAS COBERTURAS VACINAIS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA – ES 484
Tatiane Comério, Maria Angélica Carvalho Andrade, Charlla de Jesuz Medeiros, Fabiana Turino e Ethel Leonor Noia Maciel

20. O PODER DAS REDES SOCIAIS NA HESITAÇÃO VACINAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 504
Fabíola Fernandes Bersot Magalhães, Maria Angélica Carvalho Andrade, Fabiana Turino e Jandesson Mendes Coqueiro

APRESENTAÇÃO

Esta obra, denominada **Desigualdades Sociais em Saúde: debates contemporâneos para a construção de políticas públicas,** é uma produção coletiva de autores(as) de diferentes filiações teóricas e metodológicas implicados(as) em manter vivo e presente o debate sobre os efeitos e impactos das desigualdades sociais na saúde das populações, na organização de serviços e sistemas de saúde e no processo de trabalho e gestão em saúde e demais desigualdades de acesso e permanência à promoção, prevenção e proteção em saúde.

O livro que lhe convidamos à leitura é produto do Programa de Internacionalização da Universidade Federal do Espírito Santo (CAPES-Print), cujo tema foi "Projeto PrInt Ufes: Urban Environment for Today and Tomorrow" e que envolveu os programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Educação e Política Social. Esta coletânea, em especial, se vincula ao tema "Questão Social e os desafios contemporâneos às políticas públicas" e foi dividida em cinco partes, que reúnem um conjunto de análises sobre desigualdades em saúde a partir de 20 capítulos de pesquisadores e pesquisadoras de diferentes universidades brasileiras e estrangeiras organizados em torno dos eixos temáticos: 1. Saúde, Desigualdade e Território, 2. Saúde, Ambiente e Segurança Alimentar, 3. Trabalho em Saúde, 4. Gênero e Saúde, 5. Comunicação em Saúde e Vacinação.

A primeira parte, **Saúde, Desigualdade e Território**, é aberta pelo capítulo "**A determinação social dos processos saúde-doença em questão: disputas de narrativas no campo da Saúde Coletiva**", da autora Elis Borde. Este capítulo 1 apresenta um ensaio teórico

sobre disputas de narrativas no campo da Saúde Coletiva e uma manifestação do que vem sendo discutido como colonialidade do saber sobre o conceito da determinação social da saúde. Na sequência, é apresentado o capítulo 2, **"Planejamento regional integrado: uma aposta estratégica para superar as desigualdades regionais em saúde"**, das(os) autoras(es) Fabiane Lima Simões, Jonathan Filippon, Elizabeth Artmann e Maria Angélica Carvalho Andrade, que propõe discutir estratégias para superação das desigualdades regionais em saúde a partir do Planejamento Regional Integrado como base técnica para organização desse sistema em rede, como estratégia para reduzir desigualdades sociais e promover o direito à saúde. O debate segue com uma discussão no campo da saúde urbana com o capítulo 3, **"Observação sistemática: uma abordagem escalável para mapear iniquidades em Saúde Urbana"**, das autoras Amanda Silva Magalhães, Débora Moraes Coelho, Amanda Cristina de Souza Andrade e Waleska Teixeira Caiaffa. Nesse capítulo, é apresentada a metodologia da observação sistemática como estratégia para mapear e intervir nas características da vizinhança, que são importantes contribuintes para as iniquidades em saúde, tendo em vista que o local de moradia é fortemente modelado pela estrutura social das cidades e pela distribuição dos moradores nela. A parte 1 é encerrada com o capítulo 4, **"Infâncias negras roubadas: desigualdades sociais no impacto e enfrentamento à violência sexual"**, escrito por Ariane Silva Carvalho, Rita de Cássia Duarte Lima, Heloisa Ivone da Silva de Carvalho e Maria Angélica Carvalho de Andrade, que analisa, a partir do conceito da banalidade do mal de Hanna Arendt, dados de violência sexual nas vidas das crianças negras brasileiras.

Na segunda parte deste livro, nomeada **Saúde, Ambiente e Segurança Alimentar**, são apresentados dois capítulos. O primeiro, capítulo 5, **"Reflexões sobre ética ambiental, sistemas alimentares e tecnologia"**, de autoria de Marcelo Eliseu Sipioni e Maria Angélica Carvalho Andrade, apresenta um ensaio que objetivou refletir sobre uma necessária revisão ética direcionada à Natureza, especialmente no contexto do sistema alimentar hegemônico e das técnicas

predatórias frente à Natureza que são utilizadas, como forma de frear as consequências do Antropoceno e permitirmos moderar um pessimismo iminente sobre a vida futura na Terra. O capítulo 6, **"A segurança alimentar e nutricional ao longo da história"**, de autoria de Eduardo Boarato Gonçalves e Francis Sodré, analisa o percurso histórico da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) nos cenários internacional e brasileiro.

A parte 3 do livro se dedica às discussões em torno do eixo **Trabalho em Saúde.** Essa sessão é aberta pelo capítulo 7, **"Recursos Humanos em Saúde no Brasil: percurso, precarização e desafios"**. Nele, Lorena Estevam Martins Fernandes, Francis Sodré e Carlos Eduardo Gomes Siqueira apresentam um ensaio teórico-reflexivo, o qual traz informações acerca da importância da área de Recursos Humanos em Saúde (RHS) no Brasil e discute o lastro da precarização do trabalho causado pela (contra)reforma administrativa dos anos 1990. As discussões seguem com o capítulo 8, **"Desigualdades e violência no cotidiano do profissional da enfermagem em tempos de pandemia da covid-19"**, de autoria de Stephania Mendes Demarchi, Rita de Cássia Duarte Lima, Erika Maria Sampaio da Rocha, Dherik Fraga Santos e Maria Angélica Carvalho Andrade, no qual são analisados a experiência e os desafios dos profissionais de enfermagem em tempo de pandemia a partir da perspectiva teórica de Marie-France Hirigoyen sobre a violência perversa. O capítulo 9, de autoria de Gabriela Mantovanelli de Oliveira Giuberti e Francis Sodré, **"Trabalhadores da saúde pré e durante a pandemia de covid-19: profissionais de enfermagem em hospitais públicos da região noroeste do Espírito Santo"**, também reflete sobre os efeitos da pandemia de covid-19 no trabalho da enfermagem, analisando o perfil sociolaboral dos profissionais de enfermagem de hospitais públicos nos períodos pré e durante a pandemia de covid-19. No capítulo 10, **"PNAES e equidade na permanência de estudantes em Instituições de Ensino superior: Mas e a saúde?"**, as(os) autoras(es) Samara Nagla Chaves Trindade, Luciane Bresciani Salaroli, Mônica Rafaela de Almeida, Thiago Dias Sarti e Ana Paula Santana Coelho

Almeida analisam o acesso aos serviços de saúde entre beneficiários da Política Nacional de Assistência Estudantil, a qual visa apoiar a permanência de estudantes em situação de vulnerabilidade e apresenta a atenção à saúde como área de atuação. No encerramento dessa terceira parte, é retomado o debate dos impactos da reforma do estado nas políticas de saúde com o capítulo 11, **"Reforma do Estado e a política de saúde: uma proposta de eficiência da gestão pública"**, de Leandra Maria Borlini Drago e Francis Sodré, que analisa as variadas modalidades de gestão indireta da saúde pública atual, numa consequente ampliação do mercado privado de saúde e acirramento das desigualdades no acesso à saúde.

A parte 4 desta obra se dedica ao debate das desigualdades sociais em saúde a partir do eixo **Gênero e Saúde**. Nessa sessão, o debate é aberto pelo capítulo 12, **"Práticas em saúde e produção de sujeitos LGBTQIAPN+: enfrentando as iniquidades em saúde em perspectiva interseccional"**, de autoria de Marco José de Oliveira Duarte, Sabrina Pereira Paiva, Brune Coelho Brandão e Mayara da Silva Saraiva. Nele, os(as) autoras(es) analisam as formulações críticas sobre iniquidades em saúde, em perspectiva interseccional dos marcadores sociais das opressões e diferenças, como gênero, sexualidade e raça, para problematizar como o cisheterossexismo e o racismo são constitutivos na determinação social da produção de saúde e sofrimento de LGBTQIAPN+. As discussões seguem com o capítulo 13, **"Levando a sério os sujeitos: sobre a necessidade de des-cis-heterossexualizar o SUS"**, de Marcos Aurélio da Silva, Ana Paula Giostri de Andrade e Rayssa Karla Dourado Porto, no qual os(as) autoras(es) apresentam problematizações sobre numa produção de conhecimento que desafia os saberes da biomedicina e do próprio SUS ao levar a sério o que pensam, dizem e fazem os sujeitos em seus devires identitários. No capítulo 14, **"Desigualdades socioassistenciais como efeitos da percepção de trabalhadores da saúde sobre gênero e sexualidade"**, Victoria Leocádia Rossetto Dreher, Larissa Mariana Bernardo Silva Toledo, Gislayne Cristina Figueiredo, Bruna Andrade Irineu e Pablo Cardozo Rocon analisam

os efeitos das representações sociais para gênero e sexualidade entre profissionais da saúde na produção de um acesso desigual aos serviços de saúde para população LGBT. O debate segue com o capítulo 15, **"Quando as travestis me disseram não: conversas sobre as práticas de pesquisa cisgêneras"**, escrito por Joel Hirtz do Nascimento Navarro, Atena Beauvoir Roveda, Jésio Zamboni e Maria Angélica Carvalho Andrade, no qual são apresentados elementos teóricos para que os dispositivos de poder que produzem os corpos/gêneros cisgêneros como normais e verdadeiros sejam questionados. Essa sessão se encerra com o capítulo 16, **"Quando homens trans desejam engravidar: qual o papel do Sistema Único de Saúde?"**, de autoria de Brida Luisa Torres Duque e Jandesson Mendes Coqueiro, que apresenta um ensaio sobre discutir o papel do Sistema Único de Saúde quando homens trans desejam engravidar, destacando o contexto histórico de luta e resistência.

O livro é encerrado pelas discussões apresentadas na parte 5, **Comunicação em Saúde e Vacinação.** O debate se inicia com o capítulo 17, **"Desinformação e hesitação vacinal: o papel estratégico dos profissionais de saúde na garantia de direito à vacinação"**, de autoria de Fabiana Turino, Jandesson Mendes Coqueiro e Maria Angélica Andrade Carvalho, que se propõe a analisar a relação entre a hesitação às vacinas, a desinformação e o papel dos profissionais de saúde, enfatizando três elementos considerados fundamentais para essa análise: a desinformação e a hesitação vacinal; o papel estratégico do profissional de saúde, com foco no profissional médico; e o direito à vacina. Na sequência, no capítulo 18, **"*Sommelier de vacinas* como forma de hesitação vacinal: Um desafio contemporâneo para a saúde coletiva"**, Carolina Strauss Estevez Gadelha, Maria Angélica Carvalho Andrade, Fabiana Turino e Valeria Valim problematizam a hesitação vacinal como comportamento de escolha de vacinas, também chamado de *sommelier de vacinas*, que veio à tona na pandemia da covid-19. No capítulo 19, **"Plano estratégico para recuperação das coberturas vacinais no município de Vitória – ES"**, as(os) autores(as), Tatiane Comério, Maria Angelica Carvalho

Andrade, Charlla de Jesuz Medeiros, Fabiana Turino e Ethel Leonor Noia Maciel, analisam a queda na cobertura vacinal da cidade de Vitória, Espírito Santo, apontando esse cenário como um possível efeito movimentos antivacina e propagação de *fake news*. Esse eixo de discussões é encerrado pelo capítulo 20, **"O poder das redes sociais na hesitação vacinal: uma revisão integrativa"**, escrito por Fabíola Fernandes Bersot Magalhães, Maria Angélica Carvalho Andrade, Fabiana Turino e Jandesson Mendes Coqueiro, que, por meio de uma revisão integrativa de literatura, analisa o impacto da desordem informacional e discute suas implicações na hesitação vacinal, bem como suas consequências no campo da saúde pública.

Nessa direção, querido(a) leitor(a), o livro que lhe convidamos a ler é composto por textos escritos por muitas mãos que se unem na proposta de discutir, analisar e propor estratégias para o enfrentamento das desigualdades sociais em saúde, um desafio sempre atual que solicita o permanente posicionamento crítico às estruturas de poder e ao modo de produção de desigualdades que a ela engendra.

Desejamos boa leitura.

SAÚDE, DESIGUALDADE E TERRITÓRIO

1

A DETERMINAÇÃO SOCIAL DOS PROCESSOS SAÚDE-DOENÇA EM QUESTÃO: DISPUTAS DE NARRATIVAS NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

ELIS BORDE

INTRODUÇÃO

Em 2021, uma renomada pesquisadora da área de Saúde Coletiva provocou uma polêmica ao propor, nos *Cadernos de Saúde Pública*, uma discussão sobre o uso acrítico da expressão "determinação social de saúde". Maria Cecília de Souza Minayo buscou "demostrar a impropriedade desse conceito para representar a complexidade do fenômeno e das situações de saúde/doença e todas as questões que envolvem o campo da Saúde Coletiva" (Minayo, 2021a, p. 1).

As provocações da autora foram respondidas em três comentários (Almeida Filho, 2021; Breilh, 2021a; Ianni, 2021), mas o debate não se encerrou ali. Ecoa em salas de aula e artigos científicos (Correia; Mendes; Carnut, 2022) e provocou reflexões que também norteiam este ensaio, que se constrói a partir da defesa incontestável da categoria "determinação social" e, mais do que da categoria, de uma escola de pensamento crítico latino-americano, sem me esquivar da necessidade de ampliar a categoria como estamos fazendo (Borde, 2022; Borde; Torres-Tovar, 2017).

Essa defesa e o debate que proponho aqui não se limitam à contraposição entre "determinantes sociais da saúde" e "determinação social", que discutimos em outros trabalhos (Borde; Hernández, 2018; Borde; Hernández-Álvarez; Porto, 2015; Borghi *et al.*, 2018; Morales-Borrero *et al.*, 2013) e que continua sendo relevante ao apontar as limitações inerentes à lógica do causalismo, que reduz

os determinantes sociais a fatores externamente conectados sem estabelecer o nexo histórico-territorial entre as dimensões e sem explicitar os processos "definidores do conjunto do tecido social e de sua lógica" (Correia; Mendes; Carnut, 2022, p. 11) ou as totalidades que dão sentido. Nesses apontamentos se incluem, por exemplo, a aceleração das dinâmicas de acumulação, a concentração da propriedade privada, a financeirização da economia e outras dinâmicas que marcam processos de exploração e polarização social e também promovem processos de adoecimento e morte (Borde; Ferreira; Morais, 2024) dentro do modelo de desenvolvimento capitalista dominante.

A ideia que busco desenvolver aqui é que a polêmica que provocou Minayo precisa ser compreendida como uma disputa de narrativas e uma expressão do que tem sido discutido como colonialidade do saber. Para isso, torna-se necessário retomar a polêmica de 2021 como exemplo, mas certamente não como ponto isolado ou excecional dentro do campo da Saúde Coletiva dentro e fora do Brasil.

A partir dos comentários desenvolvidos em resposta ao artigo de Minayo, destaco alguns aportes fundamentais do pensamento crítico latino-americano e, mais especificamente, do conceito ou da abordagem da determinação social dos processos saúde-doença. Este ensaio finaliza com uma discussão sobre os reflexos da colonialidade do saber e das disputas de narrativas na polêmica supracitada para concluir com uma reflexão sobre o pensamento crítico latino-americano em saúde e, mais especificamente, a Medicina Social e Saúde Coletiva latino-americana como perspectivas e práticas contra-hegemônicas e decoloniais.

REVISITANDO UMA POLÊMICA

No artigo intitulado "Determinação social, não! Por quê?", Cecilia Minayo, pesquisadora do CLAVES/ENSP/FIOCRUZ, que

vem ganhado amplo reconhecimento no campo da Saúde Coletiva pelo trabalho sobre violência e saúde e suas sistematizações ao redor das metodologias qualitativas em saúde, buscou criticar o conceito de "determinação social" e constatar sua "impropriedade", dando sequências às criticas realizadas em outros momentos da longa trajetória da autora, em que vinha insistindo na "necessidade de trazer a subjetividade para reflexão do campo" (Minayo, 2021a, p. 2). De modo geral, a autora acusa a "determinação social" de ser desatualizada e determinista, ora com críticas endereçadas especificamente à obra de Jaime Breilh, ora a todos os que se alinham de alguma forma à Medicina Social e Saúde Coletiva latino-americana. Minayo conclui sugerindo "que eliminemos de nosso vocabulário o termo 'determinação social'" (p. 9).

A argumentação da autora parte de uma revisão superficial de supostos avanços da ciência e uma constatação de uma complexidade que não é explicada, mas que, segundo a autora, torna as proposições, que ela atribui à "determinação social", ultrapassadas e irrelevantes. Ela afirma "que a fonte da noção de 'determinação social' está no positivismo" (Minayo, 2021a, p. 8), por supostamente replicar lógicas deterministas. Minayo defende a necessidade de uma maior consideração do sujeito e da autonomia neste mundo complexo. Cabe citar um trecho da defesa que a pesquisadora desenvolve para orientar abordagens mais apropriadas às necessidades atuais no campo da Saúde Coletiva:

> Todas as teorias contemporâneas mostram que nada exime o ser humano de fazer escolhas, nem pessoal nem socialmente. Pois ele constrói sua vida, faz sua história, ainda que no interior de estruturas genéticas e molduras contextuais que não foram por ele criadas e sobre as quais tem escasso controle. É a criatividade que lhe permite desvendar os quebra-cabeças pessoais e impessoais. Por isso, a ideia de superação é fundamental para qualquer pessoa vencer limitações que pareçam condenações naturais e agregar importantes níveis de complexidade a seu próprio desenvolvimento (Minayo, 2021a, p. 8).

Surpreende a ausência de referências concretas a abordagens alternativas alinhadas à visão sugerida pela autora. Mas surpreende ainda mais a visão ingênua (liberal) de um "mundo de mil escolhas" que Minayo projeta diante da perversa concretude e materialidade do hipercapitalismo globalizado, dos seus processos de reprodução e das suas estruturas nas interseções entre classe social, gênero e raça, entre outros marcadores sociais, como nos ensinam o feminismo negro e as abordagens interseccionais.

As respostas de Naomar Almeida-Filho (2021), Jaime Breilh (2021a) e Aurea Maria Zöllner Ianni (2021) trazem ainda outras reflexões, das quais destaco alguns pontos para revisitar a polêmica. Ianni desenvolve um argumento interessante sobre teoria em um campo interdisciplinar como a Saúde Coletiva e constata que houve um "recuo do ímpeto interdisciplinar original, arrojado, inovador, instigante e conflituoso" (Ianni, 2021, p. 2). Por mais que a reflexão sobre a "acomodação interdisciplinar restrita; sobretudo nos encontros e parcerias das categorias científicas das diferentes matrizes teórico-epistemológicas, uma complementando ou agregando-se à outra – prática fundamental e necessária ao exercício interdisciplinar–, porém ausente de crítica" (p. 2) seja uma autocritica necessária, a argumentação de Ianni (2021) parece distanciada dos desenvolvimentos atuais dentro do campo da Saúde Coletiva. Da mesma forma, as concordâncias da autora com algumas colocações de Minayo refletem um olhar desatualizado sobre os desenvolvimentos e a própria evolução dentro da Medicina Social e Saúde Coletiva latino-americana.

Neste espaço limitado, me permito avançar para os outros dois comentários que julgo mais relevantes para o objetivo deste ensaio. O comentário intitulado "A categoria determinação social como ferramenta emancipatória: os pecados da 'expertise', no que diz respeito ao viés epistemológico de Minayo" (2021), de Jaime Breilh, inicialmente parte de uma constatação de supresa e decepção diante da forma como Minayo desenvolveu a crítica e destaca que "a determinação social da saúde é um potente recurso de interpretação dialética do movimento da vida social e da relação que é gerado de

forma dialética e não determinista"(Breilh, 2021a, p. 1, tradução nossa). Breilh corrige as descrições erróneas do artigo de Minayo, explicando que

> A epidemiologia crítica contemporânea que ajudamos a fundar, não assume a totalidade como uma categoria determinista — como é concebida pelas correntes do determinismo histórico —, nem assume, inversamente, as partes (coletivos, indivíduos e seres vivos) como portadoras de uma essência cognoscível — como estabelecem as ciências naturais e sociais do determinismo cartesiano e a investigação positivista. Assumimos, portanto, a determinação social como um movimento complexo em vários sentidos: (a) implica a presença geradora de processos em múltiplas dimensões interdependentes; (b) porque esse movimento se desenvolve na oposição entre as relações de subsunção do mais complexo em direção ao menos complexo e a possibilidade de autonomia relativa do menos complexo; e (c) porque, como defendemos desde 1977 e ao longo de nossas publicações — até o livro recente na Oxford University Press —, a determinação social, princípio do movimento complexo, incorpora não apenas a contradição entre processos saudáveis e insalubres, mas também subsume outras formas de movimento que caracterizam a vida social, os ecossistemas e a saúde humana, como os de: causação, retroalimentação, estocasticidade e, inclusive, incerteza (Breilh, 2021a, p. 2).

Naomar Almeida-Filho (2021) afirma na mesma linha que Breilh que "Minayo confunde propositalmente o princípio filosófico do determinismo, a categoria determinação e a noção de determinante", o que Almeida Filho considera "um caso flagrante de 'falácia de pressuposto'" , especialmente porque o modo como apresenta um resumo da obra de alguns notórios teóricos europeus induz o/a leitor/a a concluir que os formuladores da teoria da determinação social da saúde não defendem a abertura paradigmática das ciências nem a complexidade dos objetos de conhecimento da saúde-enfermidade-cuidado. Trata-se aqui de outra modalidade de falácia, a

´falácia da falsa atribuição´, facilmente desmascarada pela produção sobre complexidade e saúde de vários autores a quem ela duramente critica, como, por exemplo, Breilh (Almeida Filho, 2021, p. 1).

Assim como Jaime Breilh (2021a), Naomar Almeida Filho (2021) aproveita o comentário para retificar colocações errôneas e recuperar alguns dos desenvolvimentos teórico-conceituais que vêm marcando a Medicina Social e Saúde Coletiva latino-americana, incluindo uma importante discussão do conceito de "sobredeterminação". Nesse sentido, o pesquisador afirma que o conceito de sobredeterminação é criticamente contraposto à ideia de "determinação essencial", pois "devemos buscar entendê-lo não como uma contradição estrutural, e sim pensá-lo na perspectiva gramsciana, como um complexo histórico-social mais amplo, de natureza conjuntural e contextual" (Almeida Filho, 2021, p. 2). Em seguida, retoma um autor fundamental para a Medicina Social e Saúde Coletiva latino-americana, Juan Samaja, para quem "a sobredeterminação é um conceito-chave para compreensão da reprodução social de processos saúde-enfermidade como objetos complexos, regidos por lógicas plurais" (p. 2).

Naomar Almeida-Filho também aborda as complexidades da causalidade, que tem sido objeto de amplas revisões na Medicina Social e Saúde Coletiva latino-americana, na qual é possível falar de sobredeterminação "como uma categoria geral cujas modalidades seriam formas particulares de 'sínteses de muitas determinações" (Almeida Filho, 2021, p. 3) e, dessa forma, dialoga com a tipologia da causalidade geral de Bunge (1969), "que propôs distinguir determinação causal, determinação dialética e determinação estrutural, entre outras", e desenvolvimentos mais recentes de Jaime Breilh, que consegue superar concepções "estáticas, de desfechos inexoráveis e refém do conceito clássico de causalidade" (Almeida Filo, 2021, p. 3), como afirmam os autores da resenha do livro mais recente de Jaime Breilh (Pinheiro; Ribeiro F.; Ribeiro A., 2023).

De forma geral, Breilh e Almeida-Filho coincidem na constatação de distorções e omissões propositais que permeiam a revisão das bases teóricas e do "percurso da ideia de determinação social"

(Almeida Filho, 2021, p. 2) proposto por Minayo. É justamente sobre isso que proponho ampliar a discussão, buscando situar a polêmica em um contexto mais amplo de disputas de narrativas no campo da Saúde Coletiva e como reflexos da colonialidade do saber.

COLONIALIDADE DO SABER NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA: DISPUTAS DE NARRATIVAS, DISTORÇÕES E A PRODUÇÃO DE AUSÊNCIAS

Embora, atualmente, haja um consenso sobre a importância de abordar os efeitos da dimensão social na saúde (Barata; Almeida-Filho; Barreto, 2012) e que, graças à mobilização ao redor dos Determinantes Sociais da Saúde, as iniquidades sociais em saúde sejam reconhecidas como sistemáticas, evitáveis, injustas e desnecessárias (CNDSS, 2008), a compreensão dos processos envolvidos na determinação social das iniquidades sociais em saúde continua sendo limitada. As intervenções para combatê-las são insuficientes e continua predominando uma "invenção do outro", a partir de narrativas biologicistas e culturalistas e uma construção de conhecimento fragmentada sobre os processos sociais implicadas no adoecimento e na morte.

Além de se mostrarem insuficientes para captar a complexidade inerente na determinação social dos processos saúde-doença, as abordagens dominantes têm contribuído para a naturalização das iniquidades sociais em saúde, na medida em que são notadas e lamentadas, mas efetivamente separadas dos processos sócio-históricos e, particularmente, das injustiças sociais no contexto das quais surgem.

Nesta parte do ensaio, passo da discussão concreta da polêmica ao redor do artigo publicado pela professora Minayo nos *Cadernos de Saúde Pública* para aspectos mais amplos que estão implicados nas

críticas desenvolvidas pela autora, particularmente na medida em que prescreve a "eliminação total do termo 'determinação social', a ser 'extirpado' do referencial científico da Saúde Coletiva" como nos lembra Almeida Filho (2021, p. 1). Trata-se e uma exploração inicial de algumas instâncias discursivas e construções epistemológicas presentes na crítica de Minayo, que compreendemos como exemplares de processos que vêm sustentando a construção de ausências e silêncios sobre os processos gerativos das iniquidades em saúde. Nesse caso específico, isso se da por meio do "cancelamento" de uma escola de pensamento crítico em saúde, representado por um conceito que vem buscando

> compreender (e não somente explicar) as raízes, determinações e contingências dos processos de saúde-enfermidade-cuidado, numa reflexão própria (e não submetida à vanguarda eurocêntrica), aplicando uma abordagem pluralista (mas não eclética) de forma livre e criativa, mas sempre radicalmente crítica (Almeida Filho, 2021, p. 3).

Como já afirmei anteriormente, trata-se de reconhecer que o artigo (e suas respostas) representa uma oportunidade rara de evidenciar disputas de narrativas no campo da Saúde Coletiva. Rara não porque essas disputas sejam inexistentes, mas porque geralmente não se manifestam de maneira tão explícita (e, eu diria, agressiva) nos textos acadêmicos.

Primeiramente, cabe retomar o propósito do artigo em discussão. Minayo afirma, no resumo, que busca

> provocar uma discussão sobre o uso acrítico da expressão 'determinação social de saúde' e demonstrar a impropriedade desse conceito para representar a complexidade do fenômeno e das situações de saúde/doença e todas as questões que envolvem o campo da Saúde Coletiva, frente ao contexto das profundas mudanças da sociedade pós-industrial" (Minayo, 2021a, p. 1)

E conclui dizendo que sugere "eliminar de nosso vocabulário o termo 'determinação social'" (Minayo, 2021a, p. 9). Quero me deter aqui na conclusão, pois contradiz radicalmente ao propósito inicial e encerra a discussão. Mesmo a réplica que Minayo publicou em resposta aos comentários, com um título mais ameno – "Dialogando sobre o conceito de determinação social" (2021), não reabre o debate na medida em que se limita lamentar a "fúria" que provocou o texto, sem verdadeiramente dialogar com os argumentos de Breilh (2021a) e Almeida Filho (2021). A autora chega a distorcer, mais uma vez, a crítica dos comentaristas, ao dizer que ela unicamente criticou que "ele (determinação social) se tornou uma frase feita para falar das mazelas e das dificuldades da população pobre, substituindo problematizações e distinções que buscam a compreensão da realidade" (Minayo, 2021b, p. 1). Essa crítica tem seu lugar e concordo que é necessário ter uma leitura crítica dos usos de conceitos dentro do campo da Saúde Coletiva. No entanto, não foi esse o argumento que Minayo desenvolveu no artigo, que focou a crítica no conceito (e na Medicina Social e Saúde Coletiva latino-americana) em si e não apenas nos seus usos inapropriados por outros.

Quando responde a Jaime Breilh, que aceita as críticas mas não pode concordar, e afirma que apenas "propus a discutir um conceito que, sem explicar, nomeia repetidamente uma visão estática de temas sociais fundamentais, excluindo a historicidade e as múltiplas possibilidades dos seus diferentes atores, inclusive as dos pobres" (Minayo, 2021b, p. 2), não somente repete a redução, invisibilização e ridiculização da obra do autor e de tanto outros que desenvolveram e ampliaram a abordagem e suas múltiplas expressões práticas, mas também se veste de uma ingenuidade que, para uma figura como Maria Cecilia Minayo, com tantos anos de experiência e reconhecimento não é acreditável nem permissível.

Isso também se aplica à resposta sobre a crítica que Breilh formulou sobre o excessivo foco em autores europeus na crítica de Minayo para "aleccionarnos sobre una explicación supuestamente no-positivista" (Breilh, 2021a, p .2). Minayo (2021b, p. 2) responde

que o conhecimento para ela "não tem pátria, é universal", que é algo que Breilh certamente concordaria e eu concordo. No entanto, não tem como negar o caráter político implicado no ato de citar, não tem como a autora não compreender que a crítica que Breilh e Almeida-Filho fazem sobre o excessivo foco em autores europeus na crítica que ela desenvolve não é sobre esses autores e sim sobre a "carteirada" academicista eurocêntrica que é mobilizada para desfazer uma construção desenvolvida na América Latina, com referências das realidades sociais concretas do continente e especialmente das lutas sociais que vem ampliando o corpo teórico-conceitual e as práticas da Medicina Social e Saúde Coletiva latino-americana.

Para situar essa discussão, cabe retomar algumas colocações do pensamento decolonial articulado pelo Grupo Modernidade/Colonialidade (M/C), especificamente o que reconhece que, para além do legado de desigualdades e injustiças sociais profundas do colonialismo e do imperialismo, há um legado epistemológico do eurocentrismo que tem negado a diversidade epistêmica no mundo e tem imposto monoculturas do saber (Lander, 2005). Afirma-se que a desqualificação e a subalternização de povos, saberes e práticas têm assumido um papel central na construção, justificação e manutenção de relações de dominação, inerentes na colonização e também na colonialidade do poder, saber e ser. Nesse sentido, Mignolo (1996) considera a subalternidade como efeito das relações de poder e, partindo de um reconhecimento semelhante à proposta de considerar a "monocultura cientifica" enquanto pilar-base da persistência de relações coloniais de subalternização, como é colocado por Meneses (2008), propõe uma leitura crítica da subalternidade no âmbito científico. Destacam-se as noções predominantes em relação ao potencial de exportação e importação de teorias, que refletem uma clara subalternização de saberes (e teorias) produzidos no Sul, enquanto a universalidade de propostas teóricas provenientes do Norte é assumida como natural (e superior). A pretensão de universalidade, portanto, implica uma invisibilização e marginalização de outros saberes. Nesse sentido, Grosfoguel (2012) coloca que o pensamento ocidental sempre tentou

definir o que é bom para todos a partir de uma visão hierarquizada do saber e, em certos casos, uma ideia paternalista, ou, ainda, a partir da ideia do "fardo do homem branco".

Para Santos (2007, p. 86), uma das mais bem consolidadas premissas da epistemologia hoje dominante, que segundo o autor é um "pensamento abissal", é a da "crença na ciência como única forma de conhecimento válida e rigorosa", que é legitimada a partir da referência à neutralidade e à objetividade, que alegadamente a caracteriza. Nesse sentido, supõe um conhecimento sem sujeito ou no qual o sujeito toma distância de si para evitar a "contaminação" por particularidades, ideologia e interesses, como apontam (Restrepo; Rojas, 2010). Assume, dessa forma, um ponto de vista que não tem ponto de vista ou, como aponta Morin (2007, p. 43), se assume como um "sujeito tudo-nada", no sentido de que "nada existe sem ele, mas tudo o exclui: ele é como o sustentáculo de toda verdade, mas ao mesmo tempo ele não passa de 'ruído' e erro frente ao objeto". Nesse sentido, o sociólogo colombiano Santiago Castro-Gómez se refere à "hybris do ponto zero" e, retomando a figura bíblica da "hybris" como pecado da desmesura, afirma que o maior pecado do ocidente é: "Pretender hacerse un punto de vista sobre todos los demás puntos de vista, pero sin que de ese punto de vista pueda tenerse un punto de vista" (Castro-Gómez, 2005, p. 83).

Esse "saber-de-lugar-nenhum, que se quer universal" (Porto-Gonçalves, 2005, p. 3) oculta a posição desde a qual produz conhecimento e nega sua origem, instalando o conhecimento ocidental como universal enquanto nega esse status ao conhecimento produzido na "periferia"/ "Sul"/..., que é condenada para ser conhecimento local. Do mesmo modo, também se reduziu o "indígena" a "crenças fossilizadas e imutáveis que servem apenas no espaço histórico que ocupam", como aponta Masolo (2010, p. 328).

No caso da crítica de Minayo, as referências não são as da neutralidade ou objetividade. Pelo contrário, ela advoga, nesse e em outros trabalhos, pela centralidade das subjetividades e agências, que se

atrela a ideias liberais e pós-modernos. Aqui é importante reconhecer como as narrativas vem se sofisticando. Santiago Castro-Gómez (2005, p. 85), nesse sentido, afirma:

> A morte dos metarelatos de legitimação do sistema-mundo não equivale à morte do sistema-mundo, equivale, a uma transformação das relações de poder no interior do sistema-mundo, o que gera novos relatos de legitimação (...) Só que a estratégia de legitimação é diferente: já não se trata de metarelatos que mostram o sistema, projetando-o ideologicamente num macro-sujeito epistemológico, histórico e moral, e sim de micro-relatos que o deixam de fora da representação, ou seja, que o invisibilizam.

A invisibilização da totalidade (ou de outras alternativas de totalidades possíveis) é talvez a construção epistemológica mais relevante na construção de desconhecimentos que abordamos neste capítulo e, especificamente, para compreender a naturalização da ordem social imposta a partir da colonialidade do saber. De acordo com Castro-Gómez (2005, p. 86), "o sistema-mundo permanece como esse grande objeto ausente da representação" e parece "como se nomear a totalidade se houvesse transformado num tabu para as ciências sociais e a filosofia contemporânea, do mesmo modo que para a religião judia constituía um pecado nomear ou representar a Deus". Dessa invisibilização decorre uma naturalização tanto do privilégio quanto da subalternidade e das categorias básicas da exploração/dominação.

Minayo entrega um prato cheio para esta discussão, ao afirmar:

> [...] o que me recuso a aceitar é, por exemplo, que os efeitos do colonialismo sejam uma determinação social, que o patriarcalismo conforma uma determinação social, que a discriminação de gênero é uma determinação social ou que a organização da sociedade em classes deriva de determinações sociais. Para mim, tudo isso é a ação humana na História, isto é, na economia, na política e na cultura. É a mesma ação

> humana que supera os obstáculos, as opressões, as desigualdades e as discriminações contra as quais nós, ativistas sociais, lutamos. (Minayo, 2021b, p. 3).

A ação humana, e não a ação coletiva ou a pressão popular por movimentos sociais organizados. Simplesmente a ação humana, lá, no vácuo da história, fazendo e desfazendo o que mesmo? Estruturas sociais? Motivado pelo livre arbitro?

Aqui cabe retomar a noção dos "regimes de verdade" erigidos pela ciência moderna que, segundo Foucault (2012), podem assumir forma mais sutis. Argumento que é, nessa linha, que devem ser entendidos tanto ensaio e quanto a réplica dos comentários de Minayo. Em relação aos discursos sobre a sexualidade que Foucault analisa na *História da Sexualidade* (2012), o autor aponta que:

> não se deve fazer divisão binária entre o que se diz e o que não se diz; é preciso tentar determinar as diferentes maneiras de não dizer, como são construídos os que podem e os que não podem falar, que tipo de discurso é autorizado ou que forma de discrição é exigida a uns e outros. Não existe um só, mas muito silêncios e são parte integrante das estratégias que apoiam e atravessam os discursos (Foucault, 2012, p. 33).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Além de identificar conhecimentos silenciados, desacreditados e marginalizados pela ciência moderna, Foucault (2012) propõe interrogar os discursos em relação à sua produtividade tática (que efeitos recíprocos de poder e saber proporcionam) e em relação a sua integração estratégica (que conjunto e que correlação de forças tornam necessária sua utilização em tal o qual episódio).

Iniciei este ensaio dizendo que o debate ecoou em salas de aula, artigos científicos e provocou reflexões, mas, pensando nas

interrogações que propõe Foucault, temo dizer que o ensaio de Minayo possivelmente tem contribuído para cimentar divisões internas no campo da Saúde Coletiva e contribuiu para produzir ausências, na medida em que deslegitimou os desenvolvimentos teórico-conceituais da Medicina Social e Saúde Coletiva e os relegou ao passado. Além disso, obrigou quem trabalha a partir da perspectiva da determinação social a se manter no exercício da explicação das contribuições da Medicina Social e Saúde Coletiva latino-americana para um público acomodado por estar trabalhando nas narrativas e metodologias dominantes do campo. Com o trabalho de Minayo, esse mesmo público (colegas professores e pesquisadores, estudantes, etc.) agora ainda é reafirmado em não se interessar, fazer suposições superficiais ou sequer reconhecer a existência dos desenvolvimentos ao redor da "determinação social" pelo "juízo final" sobre a sua insignificância, proclamada por quem tem poder sobre o campo e suas narrativas, principalmente porque tem um papel estratégico em uma revista de peso e se tornou referência quase que única dos métodos qualitativos e do debate sobre violência e saúde no campo da Saúde Coletiva. Ausências se produzem assim.

Em 2023, José Ricardo Ayres publicou um ensaio no qual propôs a noção de "aldeamento" para (re)construir a unidade do campo da Saúde Coletiva em sua pluralidade. Ele, especificamente, estava preocupado com as tendências atomizadoras que marcam a divisão do campo em área, assim como as hierarquias entre as áreas, e perguntou:

> Será que, ao adotarmos essa leitura disciplinar (de disciplinas científicas), não estaremos caindo na armadilha do substancialismo no modo de entender os fenômenos que estudamos e, de modo relacionado, do objetivismo na compreensão do que fazemos quando produzimos conhecimento – o que faz, mesmo a contragosto, o positivismo ingênuo entrar pela porta dos fundos da discussão? (Ayres, 2023, p. 2).

Ayres recupera a noção do "aldeamento" e sintetiza que

> [...] a expressão engloba vários sentidos: ao mesmo tempo que remete a se fazer presente nas instâncias decisórias, nos núcleos de poder, tornando visível o modo de vida, valores e necessidades das populações indígenas, significa também reunir diferentes tribos em uma única aldeia, que transcende territórios, etnias, línguas. Como que invertendo o sentido colonial original de uma territorialização imposta desde fora, o aldear político significa romper barreiras que preservam pelo isolamento, reorganizando-se por dentro, borrando fronteiras e tornando-as permeáveis a trocas, a interações, negando a alternativa entre exclusão ou descaracterização (Ayres, 2023, p. 8).

Quero, a título de conclusão, arriscar que, além dos "aldeamentos" necessários para (re)construir a unidade do campo entre as três grandes áreas, é necessário reconhecer as disputas internas dentro do campo e "aldear" as narrativas da Saúde Coletiva. Nas palavras de Ayres, isso significa "superar territórios fenomênico-metodológicos, reunindo os 'povos' desse campo em uma solidariedade normativo-proposicional em que cada diferente tradição científica possa enriquecer, com suas leituras próprias, onde se situa hoje o espaço público da saúde e qual papel político cabe ao conhecimento científico na reconstrução emancipadora desse espaço público" (Ayres, 2023, p. 9), no qual definitivamente não cabe o apagamento ou a negação da determinação social. Pelo contrário, é necessário recuperar a memória coletiva do campo, reconhecer os aportes da determinação social para a Saúde Coletiva e, sim, continuar sua ampliação, como vem fazendo os propositores "originais" (Breilh, 2021b) e tantos outros que estamos trazendo as releituras e ampliações a partir de um estudo profundo do que vem sendo desenvolvido (Borde, 2014, 2022; Borde; Hernández-Álvarez, 2022; Borghi *et al.*, 2018; Casallas, 2017; Correia; Mendes; Carnut, 2022; Eslava-Castañeda, 2017; Flores *et al.*, 2024; Gomes; Gurgel; Fernandes, 2022; Jaramillo, 2018; Viapiana; Gomes; Albuquerque, 2018).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar. Mais além da determinação social: sobredeterminação, sim! **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 12, 2021.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. A Saúde Coletiva e suas áreas: territórios ou aldeamentos? **Interface: Communication, Health, Education**, v. 27, 2023.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Sobre o risco**: para comprender a epidemiología. São Paulo: Hucitec, 1997.

BARATA, Rita; ALMEIDA-FILHO, Naomar; BARRETO, Mauricio. Epidemiologia social. In: ALMEIDA-FILHO, Naomar; BARRETO, Mauricio (org.). **Epidemiologia e saúde.** Fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2012.

BORDE, Elis Mina Seraya. **Notas para uma reinterpretação crítica dos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde**. 2014. 140 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

BORDE, Elis. **Violencia urbana como sintoma**. Determinación social de los procesos salud-enfermedad y muerte en Bogotá y Rio de Janeiro. Bogotá: Editorial Universidad Nacional De Colombia, 2022.

BORDE, Elis; FERREIRA, Karynna Maria da Silva; MORAIS, Lidia Maria de Oliveira. Determinação social da morte: sobre a vulnerabilização e inviabilização de vidas, necropolítica e indiferença. **ACENO - Revista de Antropologia do Centro-Oeste**, v. 11, n. 25, p. 253-264, 2 set. 2024.

BORDE, Elis; HERNÁNDEZ, Mario. Revisiting the social determinants of health agenda from the global South. **Global Public Health**, v. 1692, p. 1-16, 2018.

BORDE, Elis; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, Mario. Fractured lives in fractured cities: Towards a critical understanding of urban violence in the context of market-driven urban restructuring processes in Bogotá and Rio de Janeiro. **Social Science and Medicine**, v. 298, 1 abr. 2022.

BORDE, Elis; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, Mario; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da Medicina Social e Saúde Coletiva latino-americana. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 106, p. 841-854, set. 2015.

BORDE, Elis; TORRES-TOVAR, Mauricio. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. **Saúde em Debate**, v. 41, n. Especial, p. 264-275, 2017.

BORGHI, Carolina Michelin Sanches de Oliveira *et al*. Determinação ou Determinantes Sociais da Saúde: Texto e Contexto na América Latina. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 869-897, 2018.

BREILH, Jaime. A categoria determinação social como ferramenta emancipatória: os pecados da "expertise", no que diz respeito ao viés epistemológico de Minayo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 12, 2021a.

BREILH, Jaime. **Critical epidemiology and the people´s health.** New York: Oxford University Press, 2021b.

CASALLAS, Ana Lucía. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. **Revista Ciencias de la Salud**, v. 15, n. 3, p. 397-40, 2017.

CASTRO-GÓMEZ, Santiago. **La hybris del punto cero:** ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2005.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniqüidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em 11 nov 2024.

CORREIA, Daniele; MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Determinação social do processo saúde-doença no contexto latino-americano: a importância do pensamento crítico em saúde. **Crit. Revolucionária**, v. 2, e002, 25 ago. 2022. Disponível em: https://criticarevolucionaria.com.br/revolucionaria/article/view/11. Acesso em 10 nov 2024.

ESLAVA-CASTAÑEDA, Juan Carlos. Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. **Rev. Salud Pública**, v. 19, n. 3, p. 396-403, 2017.

FLORES, Mariana Gurbindo *et al*. Processos críticos protetores e destrutivos no trabalho das pescadoras artesanais do litoral Pernambucano, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 29, p. 1-11, 2024.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**. Vol I. A vontade de saber. São Paulo: Edições Graal Ltda, 2012.

GOMES, Wanessa da Silva; GURGEL, Idê Gomes Dantas; FERNANDES, Saulo Luders. Determinação social da saúde numa comunidade quilombola: análise com a matriz de processos críticos. **Serviço Social & Sociedade**, n. 143, p. 140-161, abr. 2022.

GROSFOGUEL, Ramón. El concepto de “racismo” en Michel Foucault y Frantz Fanon: ¿teorizar desde la zona del ser o desde la zona del no-ser. **Tabula Rasa**, v. 16, p. 79-102, 2012.

IANNI, Aurea Maria Zöllner. Saúde Coletiva e historicidade do conhecimento: teoria, interdisciplinaridade e o sujeito contemporâneo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 12, 2021.

JARAMILLO, Astrid Natalia Molina. Território, espaços e saúde: Redimensionar o espaço em saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, 2018.

LANDER, Edgar *et al* (org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo, ciências sociais perspectivas latino-americanas.** Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO, 2005. Colleción Sur Sur.

MASOLO, Daniel. Filosofia e conhecimento indígena: uma perspectiva africana. In: SANTOS, Boaventura de Souza; MENESES, Maria Paula (org.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez Editora, 2010. p. 313-337.

MENESES, Maria Paula. Mundos locais, mundos globais: a diferença da história. In: CABECINHAS, Rosa; CUNHA, Luís (org.). **Comunicação intercultural. Perspectivas, dilemas e desafios**: actas da Conferência Internacional. Braga, Portugal, 2008. 1ª ed. Porto: Campo das Letras, 2008.

MIGNOLO, Walter. Espacios geográficos y localizaciones epistemológicas: la ratio entre la localización geográfica y la subalternización de conocimientos. **Revista Geographia**, v. 13, 1996.

MINAYO, Maria Cecília. Determinação social, não! Por quê? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 12, 2021a. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/qCJn9YH3zYqFSWt5dcvPfqC/. Acesso em: 10 nov 2024

MINAYO, Maria Cecília. Dialogando sobre o conceito de determinação social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 12, 2021b. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/YZqM3qFbB5ZcrN3WvSCrr4z/. Acesso em: 10 nov 2024

MORALES-BORRERO, Carolina *et al*. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. **Revista de Salud Pública**, v. 15, n. 6, p. 797-808, 2013. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf. Acesso em: 10 nov 2024

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo.** Porto Alegre: Sulina, 2007.

PINHEIRO, Tarcísio Márcio Magalhães; RIBEIRO, Fátima Sueli Neto; RIBEIRO, Adalgisa Peixoto. Epidemiologia crítica e saúde coletiva: rupturas e reconstruções. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 8, 2023.

PORTO-GONÇALVES, Carlos Walter. Apresentação da edição em português. In: LANDER, Edgar *et al.* (org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo, ciências sociais perspectivas latino-americanas.** Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO, 2005. Colleción Sur Sur.

RESTREPO, Eduardo; ROJAS, Axel Alejandro. **Inflexión decolonial**: fuentes, conceptos y cuestionamientos. Popayan: Samava, 2010.

SANTOS, Boaventura de Souza. Para além do Pensamento Abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 78, p. 3-46, 2007.

VIAPIANA, Vitória Nassar; GOMES, Rogério Miranda; ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe4, p. 175-186, dez. 2018.

2

PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO: UMA APOSTA ESTRATÉGICA PARA SUPERAR AS DESIGUALDADE REGIONAIS EM SAÚDE

FABIANE LIMA SIMÕES, JONATHAN FILIPPON,
ELIZABETH ARTMANN E MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

INTRODUÇÃO

Uma das características marcantes do Brasil é a desigualdade socioeconômica entre indivíduos e regiões. Do ponto de vista regional, observa-se uma maior ou menor concentração relativa e a fragmentação de ações e serviços. Em decorrência da fragmentação de suas ações e serviços, o Sistema Único de Saúde (SUS) encontra dificuldades em operar sua diretriz organizativa, a Regionalização. A fragmentação é representada pela anomia dos fluxos no processo de cuidado, tendo como consequência a falta de integração entre serviços assistenciais e ações cotidianas de prevenção, promoção e proteção da saúde, fragilizando a capacidade de resposta desse sistema, podendo contribuir para mortes que poderiam ser evitadas.

A superação da lógica de sistemas fragmentados requer o fortalecimento da Regionalização, que se materializa por meio da organização do sistema em Redes de Atenção à Saúde (RAS) regionalizadas, a partir da efetivação do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI). Para superar a lógica fragmentada, é necessário também combater desigualdades e iniquidades em saúde que perpassam várias dimensões, como a política, econômica, técnica e de gestão do SUS, com objetivo de efetivar a integralidade (OPAS, 2018).

Por outro lado, os desafios do planejamento se expressam na baixa institucionalidade de seus instrumentos e sua pouca efetivação

no território regional (Viana *et al.*, 2017), especialmente no que se refere às suas práticas, ainda predominantemente normativas e influenciadas por agendas decisórias estaduais e federais, sem a participação efetiva dos municípios.

O planejamento não adquiriu certo grau de coerência com a trama das relações políticas nas regiões de saúde (Pinafo; Carvalho; Nunes, 2016; Almeida; Lima, 2015), ou seja, com os atores relevantes, dificultando a concretização da diretriz de Regionalização. Essa concretização exige um processo de planejamento realmente ascendente e participativo em um dado território geográfico. Para Medeiros *et al.* (2017), mesmo os avanços normativos significativos não foram suficientes para diminuir ou eliminar o caráter clientelista, privatista e ineficiente do sistema.

Nos achados de Viana *et al.* (2017), os reflexos dessas fragilidades são percebidos nas dificuldades para implementação do processo de PRI, que, muitas vezes, se distancia das reais necessidades de saúde da população (Pinafo; Carvalho; Nunes, 2016), tornando quase sem efeito as regras normativas em favor de uma gestão regionalizada centrada em acordos de cooperação interfederativa (Peixoto; Coelho; Peixoto, 2016), negligenciando a dinâmica de poder regional e das relações políticas que se estabelecem nesse território (Silva; Gomes; 2014; Aleluia; Medina; Vilasbôas, 2022).

Estudos envolvendo o tema PRI e Regionalização têm se ocupado de investigar os produtos do planejamento. Entre eles estão o de Carli *et al.* (2019), ao averiguar a potencialidade dos planos regionais de saúde enquanto ferramenta de gestão e sua aptidão em promover maior equidade entre as regiões de saúde; o de Duarte *et al.* (2015), ao contribuir com o debate sobre a política de Regionalização do SUS e a constituição das regiões de saúde no Brasil; e o de Medeiros *et al.* (2017), ao identificar potencialidades e entraves no processo de PRI na Região de Saúde 29 do Rio Grande do Sul. Outros estudos revelam impasses importantes no processo de pactuação entre as instâncias federativas, com destaque para os pactos regionais, pois eles não conseguem organizar serviços em redes com garantia de acesso a

todos os pontos de atenção ou representam apenas adesões formais aos instrumentos de planejamento (Peixoto; Coelho; Peixoto, 2016; Moreira, Tamaki, 2017).

Nosso estudo tem por objeto de investigação o processo do PRI e como, na prática, se tem buscado concretizar a diretriz de Regionalização. A partir disso, este capítulo tem por objetivo compartilhar os achados iniciais da pesquisa ao analisar o processo de Planejamento Regional Integrado na Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo e, ao fazê-lo, revelar quais instrumentos operados na prática contribuem para ajudar os atores envolvidos a avançarem no fortalecimento da diretriz de regionalização e no enfrentamento às desigualdades em saúde.

Sistemas fragmentados são desafios complexos para a gestão do SUS, requerendo esforços coletivos e investimentos no processo de PRI como uma grande aposta de intervenção, buscando superar a lógica fragmentada do sistema para uma lógica em rede.

REGIONALIZAÇÃO E PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO (PRI)

A Regionalização, diretriz organizativa do SUS, reafirma-se como estratégia para o reordenamento da política de saúde, configurando-se como reguladora da estrutura organizativa desse sistema, do planejamento em saúde, da assistência e da articulação interfederativa (Medeiros *et al.*, 2017).

O tema Regionalização vem se destacando no debate nacional na perspectiva da eficiência e da racionalidade de recursos, visando atender aos princípios da equidade e da integralidade e superar a fragmentação do sistema, que necessita ser organizado em redes para ganhar eficiência e escala necessária na oferta de ações e serviços, a partir da criação de regiões de saúde, observando as características epidemiológicas de uma população que vive em determinado espaço e tempo (Duarte *et al.*, 2015).

O planejamento ascendente e integrado na saúde apresenta-se como um requisito legal e como mecanismo relevante para assegurar a unicidade e os princípios e diretrizes constitucionais do SUS. Importa ressaltar que o planejamento como enfoque, ao ofertar diferentes ferramentas, tanto favorece a definição de responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território, orientando as atividades, quanto opera na dimensão funcional, para que haja complementaridade e organicidade dos serviços, evitando duplicidade de ações e projetos em algumas áreas e ausência em outras (Brasil, 2016).

Portanto, o Planejamento Regional Integrado (PRI) expressa as prioridades e responsabilidades sanitárias comuns estabelecidas entre gestores de saúde de uma determinada Região de Saúde, buscando a integração da organização sistêmica do SUS na garantia de acesso e da integralidade da atenção, constituindo-se na base técnica do processo de Regionalização, no qual o caráter integrado de suas atividades valoriza a autonomia dos entes federados, uma vez que todo processo deve ser conduzido de maneira ascendente desde os municípios até a esfera federal (Brasil, 2016).

Mesmo com adesão tardia da Regionalização na agenda nacional, que se deu por volta dos anos 2000 na edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde 2001/2002, suas principais contribuições foram a asserção de instrumentos para operacionalização do planejamento regional e a introdução de ambientes que proporcionassem debates sobre a organização de redes hierarquizadas de serviços de saúde, conforme apontam Dourado e Elias (2011), mesmo que tímido o papel coordenador do Estado.

Em contrapartida, a incisiva persistência de uma estrutura política municipalizada contribuiu para acirrar a competição entre estados e municípios (Dourado; Elias, 2011) e para uma excessiva lógica normativa nos instrumentos de planejamento, que se afastaram do contexto político institucional das relações intergovernamentais e interfederativa (Aleluia; Medina; Vilas-Bôas, 2022).

Mesmo os esforços políticos e normativos para o reposicionamento da diretriz de Regionalização na agenda tripartite não foram suficientes para avançar no planejamento regional, como apontam *Viana et al*. (2017). Isso porque as práticas de planejamento são fortemente influenciadas por agendas de conveniência entre os entes estaduais e federais, tornando-os descompassados em relação à dinâmica do território vivo regional, incoerente com as necessidades desse território (Almeida; Lima, 2015; Pinafo; Carvalho; Nunes, 2016).

O processo de descentralização da política de saúde ampliou o contato do sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores à frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão (Brasil, 2011).

Para a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada, faz-se necessário a pactuação, entre todos os gestores e atores envolvidos, do conjunto de responsabilidades individuais e compartilhadas e das ações complementares, sendo o planejamento regional integrado o grande indutor desse processo. Assim, compreender como o processo de planejamento regional integrado se desenvolveu em uma determinada Região de Saúde pode evidenciar elementos práticos do processo capazes de explicar como o PRI avança na Regionalização.

CONTRIBUIÇÕES PARA O CAMPO DA ANÁLISE DE POLÍTICA DE SAÚDE

O campo de análise do processo de implementação de política configura-se com certo grau de complexidade ao considerar o modo como uma instituição se organiza frente às necessidades da política. Ao abordar a implementação, uma das etapas do processo político proposto pelo modelo teórico do Ciclo de Política,

traduzida como política institucional, sugere-se um aprofundamento na análise, pois é "o momento crucial do ciclo da política, em que as propostas se materializam em ação institucionalizada mediante a atuação dos agentes implementadores. Essa etapa é o momento de se colocar em prática as ações e projetos de governo" (Pinto; Silva; Batista, 2014).

O método de análise estratégica a que se propõe tem como base a obra de Strategor – *Política global da empresa: estratégia, estrutura, decisão e identidade* (2000) –, uma forma de ler a Política Geral Organizacional que, ao abordar o enfoque da política institucional por meio de quatro grandes áreas (decisão, estratégia, identidade e estrutura), traz uma contribuição teórica na análise estratégica e se supõe importante, por possibilitar a ampliação da discussão desse enfoque no nível local – Região de Saúde –, lócus de operacionalização das políticas, tornando-o singular e apropriado como método de análise do processo de implementação de políticas públicas de saúde.

O objetivo da abordagem da política institucional, ao considerar a instituição como ator econômico/social, propõe conhecer seus determinantes endógenos e exógenos, explicar os seus comportamentos passados, prever e, sobretudo, orientar os seus comportamentos futuros. A mudança organizacional é, portanto, centrada nos processos com visão dinâmica e não nos modelos preestabelecidos (Strategor, 2000).

O método aborda o conceito de estratégia como a forma de escolher os domínios da atividade em que a empresa/organização entende estar presente e empregar recursos de modo que se sustente e desenvolva com eles, devendo seus dirigentes focarem na capacidade de mobilização das sinergias internas para alcance de resultados, no fortalecimento da cultura organizacional, na convergência dos fins e na motivação. Conforme afirma Thévenet (1993), a identidade e a cultura são abordadas de forma entrelaçada, respeitando traços culturais das organizações e não os confrontando diretamente (Simões; Andrade; Artmann, 2021).

Assim, a identidade, a estratégia, a decisão e a estrutura que compõem a política da empresa/instituição consistem em um sistema vivo, sendo tarefa primordial dos dirigentes garantir a sua coerência interna e externa, conjugando movimento e flexibilidade na busca das mudanças organizacionais necessárias, em que a capacidade da organização em transformar uma dada realidade depende da clareza sobre o cenário, das opções e, sobretudo, da motivação profunda dos seus dirigentes (Raquel; Sales, 2012).

Considerando a complexidade do SUS e as tramas do território regional, o método, ao ser aplicado na lógica de atuação de redes de serviços, cenário em que a política de saúde se opera em ações e práticas e no qual atuam os agentes implementadores, especialmente os profissionais de saúde, revela-se apropriado, ao permitir uma discussão mais ampla de análise do processo de implementação da política no contexto local (Tenório; Santos, 2018).

Na etapa da implementação, a política sofre alterações para ser adaptada a cada realidade, tornando a análise dessa etapa primordial para compreender os determinantes que aí se apresentam, com métodos de análise que permitam compreender questões que estão presentes no comportamento institucional em todos os níveis, nem sempre perceptíveis e identificáveis em instrumentos de avaliação tradicionais, sendo, portanto, uma escolha apropriada ao que se pretende analisar (Dalfior; Lima; Andrade, 2015; Dalfior *et al.*, 2016).

Os aspectos que posicionam esse método como proposta inovadora e potente de análise de política fundamentam-se na possibilidade de ampliar o leque de análise, apontando para particularidades do processo de tomada de decisão, da complexidade humana presente dentro das instituições, da dinâmica da estrutura institucional e, a partir daí, de uma análise da estratégia assumida pela instituição para implementar determinada política (Viana, 1996).

METODOLOGIA

Está é uma pesquisa de cunho exploratório, aplicada, de abordagem qualitativa, ancorada no método Estudo de Caso, tendo por objetivo analisar o processo de Planejamento Regional Integrado na Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo (ES) a partir do olhar dos atores que protagonizaram esse processo regional no período de agosto de 2022 a dezembro de 2023. Como referencial teórico, tem-se o enfoque dos determinantes da política institucional abordados por Strategor (2000).

Para tanto, partiu-se do seguinte questionamento: como o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) tem buscado, na prática, concretizar a diretriz de Regionalização nesse território Regional?

A opção pela pesquisa exploratória pretendeu proporcionar maior familiaridade com o PRI, buscando entender suas características e possíveis relações com a diretriz de Regionalização, a partir do objetivo traçado. O que sustentou a natureza aplicada foi o compromisso de gerar conhecimentos para aplicação prática das demais regiões de saúde que compõem o SUS, gerar novas formas de enfrentamento do problema da fragmentação do sistema no espaço regional e identificar em que medida as desigualdades são reveladas nesse processo.

A pesquisa qualitativa se dedica ao estudo de fenômenos em que a quantificação não é apropriada ou em que não seja conveniente reduzir o objeto estudado a variáveis e padrões de medida. Ao interagir com a realidade, o pesquisador realiza um processo contínuo de interpretação e transformação (Birochi, 2015).

As ciências da saúde, em aproximação com as ciências sociais, apresentam-se com alto grau de complexidade no estudo dos fenômenos que as circulam. Questões relativas ao SUS, por si só, trazem uma complexidade de cenários, fatores, variáveis e contexto, e a temática que aborda o PRI e a Regionalização, inseridos nessa

complexidade, merecem acomodar diferentes paradigmas e diferentes estilos de pesquisa.

Esses temas proporcionaram que os pesquisadores explorassem diferentes níveis de análise, à medida do envolvimento de técnicos e gestores das secretarias municipais e estadual de Saúde, esta última no nível central e regional, em recortes espacial e temporal dinâmicos, evidenciando a Região de Saúde como lócus de desenvolvimento do planejamento integrado.

Os diferentes níveis de análise requisitaram métodos mistos, na proposição ousada do que os autores Bansal e Corley (2011) chamam de uma abordagem mais inovadora. Pois falar do PRI implicou em trazer à tona a forma como a Região de Saúde organiza sua Rede de Atenção à Saúde (RAS), usando os achados empíricos qualitativos para aprofundar, por exemplo, narrativas que contribuíram como trama causal que influenciaram o crescente número de óbitos maternos na Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo, a partir dos relatos dos gestores e técnicos nos encontros do Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) e das implicações para organização da Rede de Atenção à Saúde Materno e Infantil.

Além disso, a implicação da pesquisadora no campo de observação e suas experiências com o PRI e vivências no processo de implementação da política de Regionalização no Espírito Santo geraram inquietações que circularam a pesquisa e instigaram o processo investigativo.

Silva e Menezes (2001), quanto a abordagem qualitativa, apontam que, entre o real e a subjetividade dos sujeitos, há relações indissociáveis, não sendo possível traduzir tais relações em números, já que sua interpretação envolve a compreensão dos fenômenos e a atribuição de significados por parte do pesquisador. A opção pela abordagem qualitativa neste estudo tornou-se, portanto, a mais adequada.

O CAMPO DE PESQUISA

Por se tratar de um processo singular, apesar do PRI ser desenvolvido nas três regiões de saúde do Espírito Santo, cada território regional tem características e particularidades únicas.

Assim, a opção foi delimitar o campo da pesquisa a uma das regiões de saúde, a Região de Saúde Metropolitana, por concentrar maior densidade tecnológica para a rede de serviços do SUS; por integrar municípios mais populosos, em contraste com aqueles de pequeno porte que historicamente apresentam problemas na infraestrutura; e por integrar a capital Vitória.

OS SUJEITOS (INFORMANTES) E O MÉTODO PARA COLETA DE DADOS

A pesquisa contou com a participação de 21 sujeitos, no entanto, ao iniciar a análise dos dados e informações, foi possível extrair os primeiros achados, a partir do olhar de 7 sujeitos participantes, técnicos e gestores da Secretaria Estadual de Saúde que participaram das atividades do Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM). Duas foram as fontes de dados utilizadas, a análise documental e entrevistas.

Todos os sujeitos declararam vínculo com administração pública direta, dos quais cinco lotados em secretarias municipais de saúde, um lotado na Superintendência Regional de Saúde e um lotado na Secretaria Estadual de Saúde. O tempo de atuação no SUS variou de 13 a 33 anos.

O INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E INFORMAÇÕES (ROTEIRO SEMIESTRUTURADO)

Para as entrevistas, foi construído um instrumento, roteiro semiestruturado, versando sobre os temas Regionalização e PRI, com perguntas objetivas e subjetivas, divididas em quatro domínios, sendo eles: *Introdução, Regionalização, PRI e GTM (composição e funcionamento)*, em que cada domínio teve um objetivo específico.

O domínio 1 teve por objetivo caracterizar a *Introdução* e criar um ambiente de empatia, caracterizando os sujeitos, revelando suas

trajetórias no SUS, oportuno por produzir pistas que reorientaram as perguntas desse bloco, gerando informações relativas ao grau de maturidade técnica dos entrevistados. O domínio 2 reuniu um conjunto de questões objetivas versando sobre a temática *Regionalização*, explorando o conhecimento prévio dos sujeitos sobre esse tema e a trajetória política institucional, bem como o contexto em que estão inseridos. O domínio 3 tratou de questões relacionadas diretamente ao processo do *PRI*, protagonistas do processo no GTM. Por fim, o domínio 4 abordou o *GTM, composição e funcionamento*.

O instrumento foi igualmente aplicado a todos os sujeitos participantes, no entanto, a cada entrevista, houve necessidade de ajustes (modificação, exclusão e inclusão) de perguntas, frases ou fragmentos que completassem seus sentidos, como inserção de notas explicativas de conceitos trabalhados. Houve exclusão de itens que não puderam ser avaliados porque o processo não avançou para a fase em que esses itens foram trabalhados ou não se aplicaram ao contexto que foram inseridos, como exemplo a pergunta 15, pois no GTM não há representantes do Ministério da Saúde, tornando-se, portanto, sem sentido.

ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, utilizou-se o método Codificação (Glaser; Strauss, 2006), escolhido por ser mais apropriado ao permitir não somente a codificação dos dados e sistematização para análise, mas a conjugação de esforços para a construção da teoria.

Essa construção deu-se a partir da comparação dos dados com conceitos e construtos do método de análise estratégica de implementação de política de saúde, a partir dos determinantes da política institucional de Strategor (2000), utilizados como categorias de análise no processo de codificação, sendo eles: estratégia, estrutura, identidade e decisão.

A construção da teoria deu-se durante o processo, à medida da codificação dos dados e não somente no início da pesquisa, proporcionando a emergência de conceitos relacionados ao fenômeno do

PRI e à Regionalização, sem amarras a conceitos iniciais pré-definidos. A análise e a conceitualização foram obtidas através do processo principal de coleta de dados, as entrevistas, prosseguindo a comparação constante, no qual cada parte dos dados foi comparada com construtos e conceitos existentes dos determinantes da política institucional (estratégia, estrutura, decisão e identidade), visando enriquecer as categorias existentes (Petrini; Pozzebon, 2009).

A partir das entrevistas, a primeira etapa consistiu em primeira leitura atenta das respostas por sujeito e numa segunda leitura para registro de observações, de percepções, sendo identificados 13 códigos – *trajetória no SUS; gestão; apoio institucional; sistema de saúde; ideologia; regionalização processo; planejamento; regionalização política; estratégia de gestão; PRI processo; PRI coordenação; institucionalidade regional e governança* –, que proporcionaram melhor leitura da realidade apresentada pelos sujeitos. Na segunda etapa, foram destacados os códigos identificados e respectivos fragmentos de falas. Na terceira etapa, os fragmentos de falas foram agrupados por códigos. A quarta etapa consistiu no agrupamento dos 13 códigos em 11 subcategorias e 4 categorias, que foram estabelecidas a partir dos determinantes da política institucional, sendo: estratégia (subcategorias autorreconhecimento e contexto), estrutura (subcategorias especificação, coordenação e formalização), identidade (subcategorias centros operacionais e tecnoestrutura) e decisão (subcategorias paradigma da medicina, paradigma do serviço público e paradigma profissional).

Na quinta etapa, buscou-se as relações entre as subcategorias e sua respectiva categoria, identificando-se que o PRI se desenvolveu em contexto institucional de acúmulo técnico e político quanto à dimensão política da Regionalização e do planejamento institucional, sendo inédito no território regional, de forma tripartite e com o apoio de projetos de desenvolvimento institucional do SUS. As interações dos técnicos no território regional como potência para o PRI tomaram formato na fala dos sujeitos, mas o desafio do levantamento de necessidades para esse território de igual modo

constituiu-se nessas falas. Por fim, na sexta etapa, foi possível, após identificação de contexto, ações e interações, criar uma categoria única, agregada a partir das quatro categorias pré-determinadas, que representaram os quatro determinantes da política institucional, permitindo a fundamentação e construção do argumento central, à medida do diálogo entre o método de análise, a teoria, os achados das entrevistas e a proposta metodológica de análise estratégica pelo método Strategor (2000).

ACHADOS INICIAIS

O argumento central construído a partir dos achados inicias revelou a figura do apoiador institucional como facilitador do processo de trabalho em grupo, dos encontros e diálogos promovidos entre técnicos/profissionais de saúde do nível central e do nível regional, do próprio processo de planejamento de forma inédita para o território regional, do diagnóstico das necessidades em saúde e fragilidades na rede, o alto nível de qualificação da equipe técnica, a integração dos instrumentos de planejamento, a (re)discussão do plano diretor de regionalização.

O referencial teórico Strategor (2000) aborda a política institucional em quatro grandes áreas, estratégia, estrutura, decisão e identidade, o que não significa que essas áreas ocorram em momentos distintos e segmentados, mas tão somente uma divisão metodológica. Dessa forma, os resultados serão apresentados a partir dessas áreas, apontando as evidências por área, correlacionando-as entre si na perspectiva de compreender as questões presentes no ambiente institucional.

ESTRATÉGIA

A definição da estratégia está relacionada ao autorreconhecimento de potencialidades e fraquezas e em quais campos ou áreas

se identifica maior força, sendo necessário conhecer o ambiente externo, identificando as ameaças e oportunidades.

Nessa abordagem, os entrevistados reconheceram a qualificação técnica dos profissionais de saúde como potencialidade, tanto daqueles que atuam no nível central quanto no nível regional. Também identificaram dificuldades no apoio técnico das equipes do nível central para o nível regional, mas destacaram o reconhecimento do apoio institucional, como na percepção dos sujeitos "C" (dentista, técnica municipal), que mencionou "muito legal todo mundo participando (cada município), levantamento de que a RAS precisa de atenção, pensar no regional é difícil"; e "B" (dentista, técnica regional), que apontou "a ideia de ter um apoiador para conduzir em sinergia com demais apoiadores, foi muito bom!".

Outro fator importante foi a identidade com o acúmulo técnico do estado do Espírito Santo (equipe técnica de gestão) nos processos de planejamento em saúde, sendo o PRI o desafio de fazer o planejamento considerando as particularidades regionais.

Por outro lado, em relação ao reconhecimento da potência técnica da equipe profissional, se queixaram quanto a necessidade de um desenho formal da estrutura do PRI direcionada para resultados.

ESTRUTURA

A categoria "estrutura" basicamente consiste na distribuição de tarefas e as ligações existentes entre os responsáveis pelas tarefas. Assim, o acúmulo técnico dos profissionais foi um facilitador do processo, pois, ao trazer as áreas técnicas específicas para o diálogo, rompeu-se com a hegemonia do saber isolado, centrado, o que facilitou a discussão, mesmo considerando desafiador o volume e a intensidade de informações que precisavam ser analisadas para identificar as necessidades de saúde da população na Região de Saúde. No entanto, há desafios quanto ao modo e organização do trabalho, pois, ao mesmo tempo que se reconhece o acúmulo técnico dos profissionais no planejamento em saúde, esse acúmulo não se torna visível nem de fácil percepção.

Isso traz à tona a discussão sobre o grau de colaboração entre as unidades. Se, anteriormente ao PRI, o planejamento institucional acontecia em planos paralelos, municípios e estado, com o PRI, houve a necessidade de aproximação dos atores estratégicos na Região de Saúde, sendo um marco expressivo para a institucionalidade do planejamento no território regional.

Mesmo ao reconhecer que o GTM possuía certo grau de autonomia na tomada de decisão, houve o entendimento coletivo da importância do PRI, mas também desafios quanto a sua institucionalização, de fato, como mencionam o sujeito "F" (dentista, técnica municipal): "está institucionalizado por portaria sim, mas serão necessários grandes arranjos com relação a prestação de serviço para sua consolidação".

Outro desafio que se apresentou diz respeito a conjugação dos espaços de Comissão Intergestores Regional (CIR) e de Colegiado de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMES), o que trouxe certa confusão de competências. As definições ficaram sob a competência do GTM, mas a decisão/pactuação só se consolidariam nos espaços de CIR, nos quais os atores do GTM não têm participação. E ainda, como seria a articulação com o COSEMES?

No entanto, as decisões tomadas nesse coletivo repercutem para todos os setores e áreas. Isso toma como consequência que o GTM, como centro operacional, reuniu um conjunto de saberes. Cada um desses centros operacionais tem suas próprias regras institucionalizadas, mas a CIR reconhece que o GTM opera no campo técnico e que os produtos do PRI darão subsídios para sua tomada de decisão.

Uma boa estratégia reconhecida foi ampliar a difusão do PRI para outros espaços e fóruns diversos, como a divulgação na Comissão Estadual de Integração Ensino Serviços (CIES), instância constituída de vários segmentos, inclusive instituições de ensino e conselhos, aproveitando também os espaços no qual se reúnem aos coordenadores municipais da Atenção Primária à Saúde (APS), conforme menciona sujeito "B" (dentista, técnica nível central): "existe o entendimento coletivo da importância, tem o pensamento,

mas não a operação, e a dificuldade de integrar as redes de atenção e a APS, são muitas caixinhas".

DECISÃO

A decisão está fortemente relacionada a estratégia e nas escolhas da instituição. Os espaços apresentados (GTM, CIR, Comissão Intergestores Bipartite – CIB e COSEMS) são revestidos de responsabilidade e poder, e essas escolhas são determinadas por uma liberdade política daqueles que as fazem em processos de decisão, que não se explicam por problemas colocados a nível de estratégia e de estrutura, mas sim pela maneira como a instituição trata esses problemas. Por meio das decisões, são expressos sentimentos, ideias, desejos e ambições dos indivíduos.

Conjugados a pouco autonomia do GTM, os sujeitos acreditam na importância do PRI, mas têm dificuldade de entender a diferença entre o Grupo Condutor Estadual (CGE) e o GTM, como expressa o sujeito "C": "os dois pareciam duas coisas distintas, mas acha que precisa ter pessoas do GTM do GCE, levando as coisas para o GTM; tem pessoas, mas o GCE não deu suporte".

A intensidade e o volume de informações também foram outros pontos trazidos pelos sujeitos, como demonstra a fala do sujeito "A" (médica, técnica regional), ao mencionar: "diagnóstico é um processo difícil de se realizar/fazer. Não dispomos de todas as informações necessárias para uma análise mais profunda e isso pode interferir/afetar a tomada de decisão [...] transformar isso tudo em uma forma concreta para tomar decisões em relação à política".

No processo de PRI, sendo seu lócus operacional o GTM, do ponto de vista técnico, esse centro operacional tem certo grau de autonomia para as decisões operacionais e processuais, mas não alcança as decisões políticas, pois essas se consolidam em instância interfederativa (CIR), com a presença de outros atores e em consonância com o arranjo de governança do SUS. O reconhecimento de outros atores com governabilidade pressupõe fator-chave de sucesso para o planejamento real.

IDENTIDADE

A identidade recupera a função ideológica das representações institucionais e sua lógica de poder. Assim, ficou muito claro, na fala dos sujeitos, que os múltiplos olhares, de vários campos e áreas do saber, foram importantes para o PRI, interferindo na hegemonia do saber médico, pois o percurso dos participantes do GTM revelou acúmulo suficiente para perseguir uma visão coletiva e partilhada.

A adoção de uma metodologia de trabalho no GTM foi uma boa estratégia para que todos se percebessem no processo, mantendo o foco na população, como uma ideologia de que o SUS pode e deve garantir acesso universal e equânime, agora com o olhar voltado para o território regional, como destaca "B", ao perceber que "é uma construção coletiva, tem muito disso, construir para o máximo de pessoas, devolver o que recebemos, responsabilidade social", e na percepção de "E" (contadora, técnica municipal) que destaca "os desafios diários, a vontade de fazer a diferença e poder contribuir com a população".

Há uma valorização da complementariedade de competências, com o serviço público devendo racionalizar seus recursos e trabalhar em rede. A formação e atualização profissional são elementos-chave da competência profissional, e os participantes do GTM reúnem uma diversidade de áreas e alta qualificação profissional que se somam as suas experiências e trajetórias no SUS.

Para o reconhecimento das necessidades em saúde, o PRI promove a análise da situação de saúde, que necessita de múltiplos saberes no campo técnico para a melhor tomada de decisão, rompendo com o paradigma do serviço sobre a necessidade de racionalizar recursos pensando na dimensão econômica.

Os sujeitos apontaram que, nessa perspectiva, o saber único, centrado principalmente no saber médico, não dá conta de romper com essa lógica e reconheceram como facilitador do processo o acúmulo técnico dos múltiplos saberes dos profissionais, como uma potência para aprimorar e desenvolver a análise da situação de saúde.

DISCUSSÃO

As instituições, ou atores institucionais, perseguem objetivos que lhe são próprios, por meio de caminhos por elas traçados, trazendo uma liberdade para identificar e definir seus objetivos, aos quais pretendem alcançar desenhando estratégias mais adequadas para esse fim.

Justamente a escolha da estratégia se refere a um complexo exercício para se alcançar, na prática, os objetivos, especialmente em se tratando de instituições públicas da área da saúde. No entanto, ter objetivos definidos não significa garantir sua implementação, sendo sua efetivação extremamente dependente das estratégias adotadas para viabilização das ações para concretizá-los na prática.

Para a equipe do Strategor (2000), elaborar a estratégia representa escolher o campo de atividade em que a instituição deseja estar presente e aplicar esforços e recursos para que ela se sustente e desenvolva. No caso das instituições públicas de saúde, seu posicionamento deverá se ancorar nos princípios e diretrizes do SUS. E aqui optamos por complementar o conceito de estratégia a partir de outro autor consagrado do planejamento, Carlos Matus (1993), já adaptado para a saúde e que incorpora a ética pública relacionada à melhoria das condições de saúde da população. Para ele, o conceito de estratégia se refere tanto à grande estratégia, que define e aponta a direção para o alcance da situação objetivo desejada e definida pelos atores envolvidos (arco direcional), como a diferentes opções estratégicas para viabilizar o plano de ação. Essas opções ou ações estratégicas se relacionam tanto a como lidar com o outro, a depender se é um opositor, um aliado ou um ator indiferente, mas importante para o plano, como a diferentes dimensões ou recursos, como econômicos, organizacionais, tecnológicos ou políticos (Matus, 1993; Artmann, 2000).

O fato do Planejamento Regional Integrado (PRI) se operacionalizar no lócus regional, demonstra uma estratégia escolhida para alcançar a consolidação da diretriz de regionalização, somada

a experiência do planejamento em saúde e no acúmulo técnico indispensáveis ao PRI.

Outra estratégia adotada se configurou na oferta da tecnologia do apoio institucional como uma ferramenta de gestão para apoiar coletivos de trabalho a perseguirem os objetivos institucionais (Campos *et al.*, 2017; Falleiro, 2014), ampliando o debate técnico em grupos e fortalecendo o processo de planejamento das atividades e pactuação da agenda de trabalho. O apoio institucional, arranjo metodológico que possibilita organizar as práticas e facilitar a apropriação dos trabalhadores em relação ao seu fazer cotidiano (Campos, 2006, 2007; Campos *et al.*, 2017), transformou processos de trabalho, operando como método estratégico indutor de novos modos de fazer gestão, ao ampliar a democracia institucional, impactando na construção da Análise da Situação de Saúde regionais qualificadas, instrumentalizando a organização da rede de atenção e reforçando a diretriz de Regionalização.

A promoção dos encontros regionais com a implantação do Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) foi uma decisão estratégica importante, na medida em que proporcionou maior interação e reflexão dos gestores e técnicos, efetivando transformações nos processos de trabalho e contribuindo para mediar desejos frente às responsabilidades assumidas na adesão aos objetivos do PRI, ao mesmo tempo que aperfeiçoou a capacidade técnica regional, tornando o processo ascendente, participativo e colaborativo, fortalecendo a Regionalização.

Na percepção dos atores, o PRI se desenvolveu no ambiente político favorável, pois se insere na pauta tripartite do SUS, comprometendo os gestores nacional, estaduais e municipais a desenvolvê-lo, promovendo a participação de indivíduos e grupos em complexas relações sociais e de poder, fortalecendo a dinâmica política da Regionalização.

Sugere-se que o acúmulo técnico do estado do Espírito Santo nos processos de planejamento em saúde e sua trajetória na Regionalização contribuíram para o desenvolvimento técnico do PRI.

Um dos objetivos do PRI para fortalecer a diretriz de Regionalização é o reconhecimento da necessidade de racionalização de recursos e do trabalho em rede, e a análise da situação de saúde apontada pelos sujeitos tendeu a analisar os recursos disponíveis e as necessidades em saúde da população no território regional.

Sugere-se que o processo teve potencial para fortalecer a dinâmica política da Regionalização ao mediar as relações intergovernamentais e interfederativa, buscando formas de operar que se assentem em processos decisórios compartilhados, lidando com elementos como solidariedade, cooperação, conflito e competição para efetivar a implantação do SUS, em um contexto democrático, em uma realidade plural e, em geral, marcada por desigualdades regionais importantes.

Nesse contexto, o PRI apresentou-se como forte indutor do processo de governança no espaço regional, contribuindo para aperfeiçoar a capacidade de gestão, sob olhar ascendente do planejamento, fortalecendo a Regionalização.

A formação e atualização profissional são elementos-chave da competência profissional, e os participantes do GTM reúnem múltiplos olhares, de vários campos e áreas da saúde, interferindo na hegemonia do saber médico, uma vez que o percurso desses profissionais pressupõe acúmulo suficiente para perseguir uma visão coletiva e partilhada.

A Regionalização busca transpor os desafios quanto à assimetria de poder na relação interfederativa, o que exige empoderamento dos atores na arena decisória. O PRI, ao subsidiar tecnicamente a CIR, colabora para o equilíbrio de poder nesse espaço decisório, promovendo um ambiente mais solidário, cooperativo e democrático, privilegiando as necessidades regionais em detrimento das necessidades individuais dos entes federados, fortalecendo o espaço regional e a diretriz de Regionalização.

O processo do PRI, mantido o foco nas necessidades do território regional e reconhecendo sua capacidade operacional, tende a diminuir a anomia dos fluxos nos processos de cuidado, rompendo

a fragmentação das ações e serviços de saúde, valorizando a complementariedade de competências, racionalizando recursos, transpondo a lógica de sistema fragmentado para sistema em rede regionalizada.

A proposta abarca o território regional, visando contribuir para o aprimoramento e desenvolvimento institucional dos trabalhadores, gestores e profissionais de saúde e, portanto, para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS.

Os resultados apontaram que o processo do PRI buscou alcançar a diretriz Regionalização através da estratégia do apoio institucional, do acúmulo político e técnico da Secretaria Estadual de Saúde no processo de planejamento, da alta qualificação profissional e experiência dos participantes na difusão do processo para outros espaços e fóruns técnicos, da revisão dos instrumentos de gestão, da aproximação dos atores estratégicos na Região de Saúde, do fortalecimento dos espaços de pactuação interfederativa e da proposição de intervenções que diminuam as desigualdades loco regionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão de desigualdades sociais acaba se refletindo nas medidas compensatórias de políticas públicas. A Regionalização se constitui em diretriz fundamental para a organização das ações e serviços de saúde no SUS para garantir integralidade ao ser reconhecida como um movimento de caráter social que envolve a participação de indivíduos e grupalidade em relações sociais e de poder extremamente complexas, pois abrange as dimensões técnica, política, econômica e ideológica, sendo necessário o envolvimento e a integração dos diferentes atores sociais que vivem nessas regiões (Matus, 1991, 1993; Aleluia; Medina; Vilasbôas, 2022)

A concretização dessa diretriz assenta-se no processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) que, ao identificar as necessidades de saúde e prioridades sanitárias de um dado território regional,

promove a organização em rede de atenção, fortalecendo a diretriz, buscando romper com a fragmentação do sistema para garantir o cuidado integral.

Ao analisar o processo de implementação do PRI na Região de Saúde Metropolitana do estado do Espírito Santo, tomando como foco os determinantes da política institucional, observou-se que esse processo foi capaz de concretizar a diretriz de Regionalização por meio das estratégias: apoio institucional; indução de uma governança solidária; reconhecimento das necessidades do território regional; implantação do Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM); indução do PRI como pauta prioritária tripartite; promoção de espaços de discussão plural e ascendente; e fortalecimento dos espaços de negociação e pactuação interfederativa.

Observou-se que persistem desafios e fragilidades no apoio técnico dos profissionais do nível central para o regional, com incipiente institucionalidade do PRI, embora o grupo de trabalho reconheça sua importância, baixa capilarização dos produtos do PRI, principalmente para as secretarias municipais de saúde, e baixa percepção dos municípios para um olhar integrado no território regional.

Alguns potenciais indutores do PRI foram percebidos, como o acúmulo político e técnico da Secretaria Estadual de Saúde no processo de planejamento, a alta qualificação profissional e a experiência dos participantes do GTM, importantes na difusão do processo para outros espaços e fóruns técnicos, na revisão dos instrumentos de gestão e na aproximação dos atores estratégicos na Região de Saúde, podendo, portanto, constituir-se em objeto de investigações futuras.

Ressalta-se que não cessa aqui o aprofundamento da investigação sobre a temática do PRI, pois, da formulação a avaliação dos resultados, uma política/processo percorre longa cadeia de atores que estão presentes nas mais diversas instâncias e atuam como potências que contribuem ou não para alcance dos resultados esperados, o que se reconhece como um limite do desenho desta pesquisa, pois a análise foi circunscrita ao olhar dos participantes do GTM.

Analisar o processo do PRI permitiu lançar um novo olhar sobre a implementação de políticas públicas de saúde, ao se buscar compreender os determinantes intrínsecos desse processo, as estratégias adotadas pelos gestores, as questões presentes no ambiente institucional, os caminhos escolhidos para seu desenvolvimento, os demais atores envolvidos e os instrumentos que deram orientação à diretriz de Regionalização. Os múltiplos contextos de desigualdades, que desafiam a conformação de regiões de saúde, justificam o investimento nessa investigação.

REFERÊNCIAS

ALELUIA, Í. R. S.; MEDINA, M. G.; VILASBÔAS, A. L. Q. Desafios da gestão regionalizada no Sistema Único de Saúde. **Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa**, v. 20, n. 2, p. 104-120, 2022.

ALMEIDA, A. P. S. C.; LIMA, L.D. O público e o privado no processo de regionalização da saúde no Espírito Santo. **Saúde em Debate**, v. 39, n. esp., 2015, p. 51-63. DOI: 10.5935/0103-1104.2015S005187

ARTMANN, Elizabeth. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. **Cadernos da Oficina Social,** v. 3, n. 1, p. 98-119, 2000. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2153.pdf. Acesso em: 02 out. 2024.

BANSAL, P.; CORLEY, K. The Coming of Age for Qualitative Research: Embracing the Diversity of Qualitative Methods. **Academy of Management Journal**, v. 54, n. 2, p. 233–237, 2011.

BIROCHI, R. **Metodologia de Estudo e de Pesquisa em Administração**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração - UFSC; Brasília: CAPES; UAB, 2015.

BRASIL. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília: Casa Civil, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. v. 4. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Fiocruz, 2016. 138 p. il. Série Articulação Interfederativa.

CAMPOS, G. W. DE S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 19-32, 2006.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G. W. S; CASTRO, C. P; FERNANDES, J. A.; ANÉAS, T. V. (org.). **Investigação sobre cogestão apoio institucional e apoio matricial no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2017.

CARLI, P.; IVETE, C.; VIONE, B. O planejamento regional integrado enquanto gestão da política pública de saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL: Processos, Políticas e Transformações Territoriais, 9., Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, 11-13 Set 2019. **Anais...**, Santa Cruz do Sul (RS): UNISC, 2019, p. 1-21.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. C. D.; ANDRADE, M. A. C. Implementação de políticas públicas: metodologia de análise sob o enfoque da política institucional. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., dez. 2015, p. 283-297. DOI: 10.5935/0103-1104.2015S005316

DALFIOR, E. T. *et al*. Análise do processo de implementação de políticas de saúde: um estudo de caso baseado no enfoque da política institucional. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, 2016, p. 128-139. DOI: 10.1590/0103-1104201611110

DOURADO D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, 2011, p. 204-211. DOI: 10.1590/S0034-89102011000100023

DUARTE, L. S. *et al*. Regionalização da Saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, 2015, p. 472-485. DOI: 10.1590/S0104-12902015000200007.

FALLEIRO, L. de M. (org.). **Experiências de apoio institucional no SUS**: da teoria à prática. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 263 p. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. **The Discovery of Grounded Theory**: Strategy for Qualitative Research. New Burnswick, London: Aldine, 2006.

MATUS, C. O Plano como Aposta in Fundação SEADE. **Revista São Paulo em Perspectiva**, v. 5, n. 4, p. 28-42, out/dez 1991. Disponível em:http://www.saopaulo.sp.leg.br/escoladoparlamento/wp-content/uploads/sites/5/2015/07/O-Plano-como-Aposta-Matus.pdf. Acesso em: 02 out. 2024.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MEDEIROS, C. R. G *et al*.. Planejamento regional integrado: A governança em região de pequenos municípios. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, 2017, p. 129-140. DOI: 10.1590/S0104-12902017162817

MOREIRA, L. C. O.; TAMAKI, E. M. A. Programação pactuada e integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS. **Interações**, v. 18, n. 4), p. 99-108, 2017.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Informe Estratégico sobre o Programa Mais Médicos e Saúde Universal**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2018.

PEIXOTO, L. T.; COELHO, T. C. B.; PEIXOTO, M. T. Caminho da Programação Pactuada Integrada (PPI 2009) na Bahia. In: COELHO, T. C. B. (org.). **Regionalização, articulação e regulação do SUS**: valorizando os aportes locais. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016. p. 83-130.

PETRINI, M.; POZZEBON, M. Usando Grounded Theory na construção de modelos teóricos. **Revista Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 10, n. 1, p. 1-18, 2009.

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, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015215.18942015

PINTO, I. C. M.; SILVA, L. M. V.; BATISTA, T. V. F. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM. J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva***:* teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 69-81.

RAQUEL, S.; SALES, G. **Transformação Organizacional**: Um estudo de caso sobre a percepção dos gestores em uma mineradora no Brasil. 2012. Dissertação (Mestrado Mestrado Profissional em Administração) – Fundação Pedro Leopoldo, 2012.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. 121p.

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, 2014, p. 1383-1396. DOI: 10.1590/S0104-12902014000400021

SIMÕES, F. L.; ANDRADE, M. A. C.; ARTMANN, E. Análise do

processo de implementação de políticas de saúde sob o enfoque da política institucional no contexto da pandemia de Covid-19. In: ANDRADE, M. A. C. *et al.* (orgs.). **Gestão e práticas em saúde coletiva no contexto da pandemia de covid-19**. Porto Alegre: Rede Unida; Rio de Janeiro: AREA27, 2021. p. 196-215.

STRATEGOR. **Política Global da Empresa**: estratégia, estrutura, decisão, identidade. Lisboa (Portugal): Dom Quixote, 2000.

TENÓRIO, E. C. H.; SANTOS, J. M. Reflexões sobre o processo de implementação da política pública de saúde no Brasil. **Espaço Público**, v. 2, dez. 2018, p. 18-25.

THÉVENET, M. **La Culture d'Entreprise**. Paris (França): Presses Universitaires de France, 1993. Col: que sais-je?

VIANA, A. L. D. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, 1996, p. 5-43. Disponível em: https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/8095. Acesso em: 6 out. 2023

VIANA, A. L. D. *et al.* O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 17, supl. 1, 2017, S45–S61. DOI: 10.1590/1806-93042017000S100003

3

OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA: UMA ABORDAGEM ESCALÁVEL PARA MAPEAR INIQUIDADES EM SAÚDE URBANA

AMANDA SILVA MAGALHÃES, DÉBORA MORAES COELHO,
AMANDA CRISTINA DE SOUZA ANDRADE
E WALESKA TEIXEIRA CAIAFFA

INTRODUÇÃO

Os estudos na área de Saúde Urbana enfatizam o papel das características da vizinhança na saúde, considerando os elementos do ambiente físico (construído e natural) e social, uma vez que eles podem afetar os fatores de risco de doenças que, tradicionalmente, se acreditava serem determinadas totalmente pelo indivíduo (Diez Roux, 2016; Bird *et al.*, 2018).

Sabe-se que a saúde é uma construção complexa, resultante da interação de uma miríade de fatores, tanto conhecidos quanto desconhecidos, que abrangem múltiplos domínios inter-relacionados, incluindo aspectos genéticos, comportamentais e as condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem (WHO, 2008). Essas condições não são distribuídas aleatoriamente dentro das vizinhanças, o que resulta na criação de diferentes condições de vida, graus de vulnerabilidade, níveis de exposição a riscos e perigos ambientais e níveis de acesso a recursos, serviços e comodidades, que se expressam em iniquidades em saúde, já que são desigualdades injustas e possíveis de serem evitadas (WHO, 2008; Diez Roux *et al.*, 2019).

Nesse sentido, a vizinhança em que um indivíduo reside é um lugar privilegiado para explorar esses fatores e planejar intervenções capazes de melhorar a saúde, bem como reduzir as iniquidades. Ela constitui o componente geográfico básico de uma cidade,

caracterizada por posições sociais, características demográficas e habitacionais semelhantes. Ainda, representa a unidade espacial mais adequada para estudar e prever as atividades diárias dos residentes e as diversas exposições ao ambiente urbano, pois é o espaço exterior ao qual os habitantes estão mais frequentemente expostos (Zhang *et al.*, 2023).

No entanto, a delimitação espacial ainda é objeto de debate na literatura, o que torna difícil comparar os estudos (Schaefer-McDaniel *et al.*, 2010). A vizinhança pode ser delimitada a partir da percepção dos residentes ou de unidades geográficas, como setores censitários (Proietti *et al.*, 2008; Schaefer-McDaniel *et al.*, 2010; Célio *et al.*, 2014). Essa última pode ser facilmente identificada, delimitada e georreferenciada com diversos dados, permitindo a replicação dos achados (Schaefer-McDaniel *et al.*, 2010; Freitas *et al.*, 2013; Costa *et al.*, 2017).

As características do ambiente construído das vizinhanças podem influenciar no comportamento e desfechos em saúde de diversas maneiras, incluindo o incentivo ou desencorajamento à realização de exercícios e atividades recreativas, determinando o acesso a alimentos saudáveis e recursos de saúde e afetando o estresse e outros fatores psicossociais (Keralis *et al.*, 2020). Por exemplo, a facilidade de caminhar, a conectividade das ruas e vizinhanças mais compactas facilitam a atividade física e o envolvimento social (Bird *et al.*, 2018). Assim como o uso misto do solo, infraestruturas e instalações públicas, fatores estéticos e a segurança no trânsito, que também estão associados à prática de atividade física (Gomez *et al.*, 2015; Andrade *et al.*, 2019; Ferrari *et al.*, 2020).

O ambiente construído interage com o ambiente natural por meio dos recursos terrestres, hídricos e energéticos, bem como dos resíduos e emissões produzidos. Em uma meta-revisão sistemática, Zhang *et al.* (2023) observaram que espaços verdes e azuis e a facilidade de caminhar são fatores de proteção contra doenças cardiovasculares, câncer e outras doenças não transmissíveis. Os espaços verdes em áreas urbanas também foram observados como

fatores de proteção para mortalidade, marcadores cardiovasculares e violência (Kondo *et al.*, 2018).

Além disso, a poluição do ar pode agravar as condições respiratórias e cardiovasculares (Arcaya, Ellen e Steil, 2024). Na América Latina, cerca de nove em cada dez pessoas vivem em vizinhanças com níveis ambientais de dióxido de nitrogênio (NO_2) que excedem as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS). Vizinhanças mais densas, próximas do centro urbano e com menos vegetação tendem a apresentar concentrações mais altas de NO_2 em comparação com aquelas menos densas, localizadas nas áreas periféricas da cidade (Kephart *et al.*, 2023). Vale destacar que eventos climáticos extremos, como inundações, ciclones, incêndios florestais e ondas de calor, representam os maiores riscos para o ambiente construído e para os residentes que nele habitam (AIHW, 2024).

Os estudos dos ambientes sociais da vizinhança demonstram que condições desfavoráveis da vizinhança podem prejudicar a saúde (Arcaya; Ellen; Steil, 2024). Por exemplo, a violência pode afetar tanto a saúde física quanto a mental, causando traumas e aumentando o estresse, que, por sua vez, pode exacerbar a hipertensão e outras doenças relacionadas ao estresse, provocar comportamentos pouco saudáveis e, até mesmo, enfraquecer o sistema imunológico (Ellen; Mijanovich; Dillman, 2001). Por outro lado, as interações sociais nas vizinhanças podem ajudar a comunicar informações e comportamentos saudáveis e fornecer apoio social, que é fundamental para melhorar a saúde (Arcaya; Ellen; Steil, 2024).

As características da vizinhança podem ser mensuradas por meio de dados secundários, avaliações subjetivas e objetivas. As informações derivadas de dados secundários, mesmo abrangendo muitos itens e municípios, não são atualizadas com tanta frequência, podem ser baseadas em unidades administrativas grandes, que podem não representar a vizinhança, e contêm informações limitadas sobre fatores econômicos e estruturais, ignorando os processos sociais da vizinhança (Layera; Otero; Perret, 2020; Vilalta *et al.*, 2020). Já as avaliações subjetivas têm sido frequentemente utilizadas para obter

a percepção do indivíduo sobre o lugar em que vive. Geralmente, as informações são provenientes de estudos populacionais utilizando questões simples e diretas, o que permite avaliar construtos que não podem ser medidos por outros métodos. No entanto, têm desvantagens, porque existe um risco potencial de não resposta ou respostas socialmente desejáveis (Friche *et al.*, 2013; Moreira *et al.*, 2021). Por sua vez, as avaliações objetivas podem ser realizadas por meio de abordagens de observações diretas com o uso da observação sistemática (Proietti *et al.*, 2008; Schaefer-McDaniel *et al.*, 2010; Mooney *et al.*, 2017).

OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

A observação sistemática, também conhecida como auditoria da vizinhança, pode ser definida como a observação direta das características da vizinhança. Esse método é adaptável, reprodutível e confiável para medir características que não podem ser capturadas ou descritas com precisão por meio de informações censitárias, outros macroindicadores ou pela percepção dos indivíduos (Proietti *et al.*, 2008).

Para realizar a observação sistemática, os pesquisadores utilizam um instrumento contendo itens que consideram relevantes observar, treinam os observadores sobre como avaliar esses itens e depois registram as observações realizadas nos locais amostrados, sendo normalmente conduzidas em segmentos de ruas, ou seja, partes contíguas de uma rua delimitadas por interseções ou cruzamentos (Bader *et al.*, 2015).

A coleta de dados da observação sistemática tem sido realizada frequentemente por meio de abordagens presenciais ou virtuais (Mooney *et al.*, 2017). Dentre suas limitações, destaca-se que a mensuração pode ser restrita, pois certos itens são passíveis de variação temporal, como lixo e locais com acúmulo de água, entre

outros. Uma medição mais confiável exigiria mais de uma observação para o mesmo segmento de rua em dias e horários diferentes, uma das dificuldades operacionais do método (Costa *et al.*, 2017; Remigio *et al.*, 2019).

Já a Observação Social Sistemática (OSS) vai além, permitindo a mensuração de características sociais da vizinhança, como interações sociais, presença de pessoas e as atividades que estão realizando. No entanto, só é possível quando a coleta de dados é realizada presencialmente (Raudenbush; Sampson, 1999; Ndjila *et al.*, 2019; Magalhães *et al.*, 2023).

AUDITORIAS PRESENCIAIS

As auditorias presenciais são realizadas com os observadores visitando pessoalmente os segmentos de ruas, o que pode resultar em uma logística de campo mais complexa, sendo mais demorada devido ao deslocamento a pé e também mais cara, por conta dos equipamentos e custos de transporte. Além disso, sua realização em grandes áreas é limitada e locais altamente conflituosos e de difícil acesso podem representar riscos para a equipe (Costa *et al.*, 2017; Remigio *et al.*, 2019).

Entretanto, as auditorias presenciais conseguem capturar variações urbanas não visuais e em menor escala, como odores ou ruídos, e permitem uma observação mais precisa das interações sociais, sendo a forma mais adequada de coleta de dados para obter informações em áreas urbanas de difícil acesso, como favelas e comunidades urbanas (Costa *et al.*, 2017; Remigio *et al.*, 2019).

Em Belo Horizonte, Minas Gerais, foi realizado um subprojeto, também denominado como Observação Social Sistemática, no qual, primeiramente, foram investigadas as qualidades de confiabilidade do instrumento, o qual se mostrou adequado para observar características com maior estabilidade temporal (Freitas *et al.*, 2013). Em

seguida, foram construídos indicadores baseados nas características físicas observadas na vizinhança de dois distritos sanitários do município, que apresentaram boa consistência interna e coerência em relação à distribuição do Índice de Vulnerabilidade à Saúde, que é um indicador composto e ponderado criado pelo município com o objetivo de identificar as desigualdades no perfil epidemiológico de grupos sociais distintos (Costa *et al.*, 2017).

Nesse subprojeto, também foi investigada a associação desses indicadores da vizinhança com a atividade física no lazer entre adultos e a satisfação com a vida entre idosos. Foi observado que indivíduos residentes em vizinhanças com maiores indicadores de ambiente para caminhada (pavimentação da calçada, árvores para sombreamento, largura da calçada na extremidade menor e percepção favorável para caminhada) e de segurança (iluminação pública, itens de segurança e vigilância policial) apresentaram maior probabilidade de serem ativos no lazer, mesmo após ajuste para variáveis individuais (Andrade *et al.*, 2019). Observou-se também que houve uma menor prevalência de satisfação com a vida entre indivíduos residentes em vizinhanças com altos níveis de desordem física após ajuste para características individuais e outras características contextuais, como ambiente de caminhada, segurança e presença de coleta de lixo e serviços escolares (Vaz *et al.*, 2019).

Para analisar a quantidade e a qualidade dos espaços públicos de lazer e das estruturas para atividades físicas em Florianópolis, Santa Catarina, utilizou-se o instrumento *Physical Activity Resource Assessment*. Nesse estudo, foi observado que a maior parte dos espaços públicos de lazer possui boa qualidade, mas cerca de 48,1% necessitam de melhorias em termos de conforto, redução de incivilidades (como grama alta, lixo espalhado e pichações) e maior diversidade de estruturas para atividade física (Manta *et al.*, 2018).

Em Curitiba, Paraná, foi realizado o primeiro estudo brasileiro com o objetivo de explorar a associação entre características dos ambientes construído e social e o uso de caminhada e bicicleta para deslocamento entre adultos. Esse estudo utilizou o instrumento

Inventário para Avaliação do Ambiente Comunitário Relacionado à Atividade Física, que tem como objetivo avaliar características ambientais que podem estar associadas a maiores níveis de atividade física. Foi observado que apenas a paisagem urbana, representada por estruturas para desacelerar o tráfego ou facilitar travessias seguras de rua para pedestres, foi associada à caminhada e ao ciclismo para transporte entre adultos (Lopes *et al.*, 2018).

Além da coleta tradicional realizada nas auditorias presenciais, também é possível complementá-la com o uso de equipamentos eletrônicos, como *tablets* e celulares. Remigio *et al.* (2019) realizaram uma pesquisa em uma grande área informal do Rio de Janeiro, na qual foi desenvolvido um aplicativo móvel para coleta sistemática dos dados. A principal vantagem de utilizar eletrônicos durante a coleta de dados é a inclusão simultânea de metadados geoespaciais gerados pelo sistema de posicionamento global (GPS), além da incorporação de fotos com *geotags* dos itens observados.

AUDITORIAS VIRTUAIS

As auditorias virtuais são uma técnica emergente que simula a auditoria presencial usando representações virtuais do ambiente. Por razões logísticas, como tempo, custo e segurança, especialmente para estudos em grandes e múltiplas áreas geográficas, tem havido um grande interesse em medir virtualmente as características do ambiente. Estudos que compararam ambos os tipos de auditoria, presencial e virtual, encontraram boa concordância entre eles (Badland *et al.*, 2010; Rundle *et al.*, 2011; Gullón *et al.*, 2015; Mooney *et al.*, 2017; Pliakas *et al.*, 2017; Steinmetz-Wood *et al.*, 2019).

Uma das principais fontes de dados é o Google *Street View* (GSV) do Google *Maps*, que, desde seu lançamento nos Estados Unidos em 2007, reúne bilhões de imagens panorâmicas com alta resolução espacial, disponíveis gratuitamente. Além disso, é uma plataforma

fácil de usar e que não requer nenhum conhecimento especial de informática (Rzotkiewicz *et al.*, 2018).

Antes de iniciar a captura das imagens, o GSV considera diversos fatores, como terreno, condições climáticas e densidade populacional, para usar os equipamentos certos e coletar as melhores imagens em cada situação. Esse conteúdo é coletado em carros equipados com câmeras específicas que capturam imagens sobrepostas e também por um sistema de câmera portátil, que pode ser usado como mochila ou instalado em uma moto, por exemplo, para permitir a coleta de imagens em ruas estreitas ou em lugares acessíveis somente a pé (Google, 2024).

Posteriormente, é feita a correspondência de cada imagem com a respectiva localização geográfica, por meio de sensores que calculam os dados de GPS, velocidade e rota. Para transformá-las em 360º, as imagens são reconstruídas e algoritmos de processamento de imagem são utilizados para suavizar a transição entre elas. Além disso, o conteúdo também pode ser desenvolvido por colaboradores, que gravam e enviam vídeos em 360º seguindo os requisitos de qualidade. Em todas as imagens do GSV, os rostos e as placas de veículos são desfocados com o intuito de proteger a privacidade das pessoas (Google, 2024).

Embora as imagens do GVS sejam pontuais, também é possível verificar imagens mais antigas, quando disponíveis, pelo recurso Máquina do Tempo, o que oferece uma oportunidade para avaliar as características do ambiente no mesmo local em diferentes momentos (Smith; Kaufman; Mooney, 2021; Gullón *et al.*, 2023). Além disso, apesar de não ser divulgada a lista completa dos locais com imagens disponíveis, a cobertura atual já abrange diversas cidades em todo o mundo (Google, 2024).

No entanto, as imagens do GSV não estão disponíveis uniformemente em relação ao tempo e local. Gullón *et al.* (2023) conduziram um estudo de viabilidade explorando a disponibilidade de imagens do GSV ao longo do tempo na região da Filadélfia, Estados Unidos. Os autores observaram que mais de 70% dos segmentos de ruas

possuíam pelo menos uma imagem e que uma atualização mais frequente delas ocorreu em áreas com maior densidade populacional. Fry *et al.* (2020) avaliaram a disponibilidade de imagens do GSV em 371 cidades latino-americanas e observaram que locais com melhores condições socioeconômicas tendem a possuir imagens mais consistentes.

Além disso, pesquisadores observaram que a resolução da imagem pode limitar a identificação confiável de itens pequenos e que indicadores sociais, como brigas, tráfico de drogas ou até mesmo interações sociais, provavelmente não serão vistos nessas imagens (Badland *et al.*, 2010; Rundle *et al.*, 2011; Gullón *et al.*, 2015; Pliakas *et al.*, 2017; Ndjila *et al.*, 2019). Áreas como favelas e comunidades urbanas podem ser afetadas pela baixa disponibilidade de imagens, pois podem ter ruas intransitáveis ou que não foram mapeadas, o que impede a obtenção de imagens pelo GSV (Fry *et al.*, 2020).

Mesmo com algumas limitações, as auditorias virtuais têm sido utilizadas com frequência em diferentes estudos do ambiente construído e natural, transporte e mobilidade, qualidade do ambiente e saúde (Cinnamon; Jahiu, 2021). Uma revisão sistemática identificou cerca de 54 estudos que utilizaram auditorias virtuais em pesquisas em saúde, sendo a maioria com o uso do GSV e desfechos como saúde mental, comportamentos (tabagismo e consumo de álcool) e lesões (acidentes de trânsito e desastres) (Rzotkiewicz *et al.*, 2018). Outra revisão sistemática avaliou as ferramentas de auditoria do ambiente construído, sendo a maioria também com o uso do GSV, para avaliação principalmente de ruas, calçadas, tráfego e uso do solo (Dai *et al.*, 2024).

Ainda que a auditoria virtual esteja bem consolidada na literatura, essas duas revisões encontraram poucos estudos na América Latina que a utilizaram para obter informações da vizinhança, principalmente no contexto brasileiro, sendo observado apenas um estudo em cada uma dessas revisões (Rzotkiewicz *et al.*, 2018; Dai *et al.*, 2024). O primeiro analisou, por meio do Google *Maps,* a confiabilidade e validade de ambientes construídos obesogênicos

relacionados à atividade física e às doenças crônicas não transmissíveis em uma área urbana heterogênea de São Paulo, observando que medidas virtuais forneceram alta validade e confiabilidade para avaliar ambientes construído (Silva *et al.*, 2015).

O outro estudo, conduzido em Curitiba, Paraná, teve como objetivo investigar a associação entre as características do ambiente relacionadas à atividade física e à renda em áreas de entorno escolar. Para a avaliação dos atributos do ambiente construído, foi utilizado o instrumento *Microscale Audit of Pedestrian Streetscapes* (MAPS) em sua versão completa, traduzida e aplicada ao contexto brasileiro. Observou-se que as áreas com menor renda e localizadas na periferia de Curitiba apresentaram pior qualidade de atributos da microescala pedestre (Santos; Hino; Höfelmann, 2019).

Além dos estudos incluídos nas revisões de Rzotkiewicz *et al.* (2018) e Dai *et al.* (2024), outras pesquisas sobre a temática foram realizadas no Brasil. Em São Paulo, foi realizada a avaliação da microescala do ambiente com o instrumento denominado MAPS-Global, concebido para incluir atributos relevantes para a atividade física em todos os continentes em um único instrumento, permitindo comparações entre países. Nesse estudo, foi descrito o processo metodológico adotado, incluindo reuniões com o grupo responsável por validar o método no Brasil, treinamento dos pesquisadores para coleta de dados, revisão dos blocos e questões, hospedagem do instrumento no Google Forms, georreferenciamento dos domicílios, elaboração das rotas, treinamento e certificação dos avaliadores e procedimentos de coleta de dados (Oliveira *et al.*, 2023).

Dois estudos sobre o ambiente alimentar utilizaram o GSV como ferramenta para validar dados disponibilizados por bases públicas de estabelecimentos em Belo Horizonte. O estudo realizado por Costa *et al.* (2018) revelou uma baixa validade das bases de dados secundárias e destacou que a auditoria da área avaliada permite aferir de forma acurada a presença ou não do estabelecimento comercial e explorar o ambiente alimentar em todas as suas dimensões. Já o estudo de Rocha *et al.* (2023) utilizou o GSV para verificar as discordâncias

entre as bases de dados municipal e estadual, observando que as áreas de menor renda têm menor disponibilidade de todos os tipos de estabelecimento, particularmente os saudáveis.

Uma adaptação para a condução da auditoria virtual, chamada de *drop-and-spin*, é realizada com observações de uma única visão de 360º em torno de um local, ao invés de percorrer todo o segmento de rua. Essa técnica foi considerada eficiente e confiável, além de possuir um tempo mais rápido de coleta. Entretanto, poucos estudos a utilizaram e não se sabe se, ou em que grau, as respostas exibem propriedades espaciais que são necessárias para uma previsão espacial precisa (Plascak *et al.*, 2020).

Vale destacar que, recentemente, tem crescido o uso da Inteligência Artificial, por meio de algoritmos de visão computacional, para automatizar o processo de detecção das características da vizinhança nas auditorias virtuais, o que permite escalonar ainda mais as áreas de estudo (Davenport; Kalakota, 2019; Javanmardi *et al.*, 2020; Phan *et al.*, 2020; Yue *et al.*, 2022).

CONTEXTO BRASILEIRO

O Brasil é o país mais populoso da América Latina e o sétimo no mundo, com um território que cobre 47% da América do Sul. Em 2022, houve um aumento da população que vivia em concentrações urbanas, em comparação com 2010, totalizando 124,1 milhões de pessoas (61%), o que representa uma parte expressiva do crescimento do país (IBGE, 2022).

As cidades brasileiras, semelhante a outras cidades da América Latina, sofrem com processos de urbanização acelerados e não planejados, enraizados historicamente em legados coloniais de exclusão sociopolítica, que, em última instância, se manifestam cada vez mais em desigualdades sociais e espaciais (Caiaffa *et al.*, 2021). Além disso, essa região experimentou um diferencial

progresso social e financeiro nas últimas décadas, exacerbando as marcadas desigualdades sociais e de saúde entre grupos sociais e regiões geográficas (Rivera-Andrade; Luna, 2014; Caiaffa *et al.*, 2021).

FAVELAS E COMUNIDADES URBANAS

As favelas e comunidades urbanas expressam a desigualdade socioespacial da urbanização brasileira. Elas retratam a incompletude – no limite, a precariedade – das políticas governamentais e investimentos privados de dotação de infraestrutura urbana, serviços públicos, equipamentos coletivos e proteção ambiental aos sítios onde se localizam, reproduzindo condições de vulnerabilidade (IBGE, 2024). Atualmente, o Brasil tem mais de 10 mil favelas, onde vivem 16,6 milhões de pessoas, o que representa 8% da população brasileira (IBGE, 2022).

O crescimento das favelas e comunidades urbanas é marcado como um fenômeno fundamentalmente metropolitano, que expressa a coexistência de realidades distintas dentro de um município, tendo em vista a legalidade da ocupação e do uso do solo e dos padrões construtivos que condicionam essas diferenciações, ocasionando a segmentação socioespacial devido às decisões, dinâmicas e políticas atuantes como mecanismos de exclusão que resulta em desigualdades (Ribeiro, 2007).

Do mesmo modo que existem favelas e comunidades urbanas com forte diferenciação e segmentação socioespacial, há também aquelas que se encontram em periferias menos precárias e se confundem com as vizinhanças do entorno (Motta, 2017). Portanto, para que haja uma maior compreensão dessas áreas, é importante entender essa relação com o entorno e não somente a favela em si.

A avaliação do contexto pode ser investigada mediante a caracterização da distribuição dos atributos físicos e sociais por meio de

ferramentas de auditoria realizadas nas vizinhanças. No entanto, ao se tratar das favelas e comunidades urbanas, o método de aferição deve ser adequado para conseguir captar aspectos relevantes que considerem a realidade desse contexto. Sendo potencialmente reconhecida como um "ponto cego", essas áreas podem, muitas vezes, possuírem ruas não transitáveis ou que não podem ser mapeadas, carecendo assim de imagens digitais adequadas para conduzir auditorias virtuais (Remigio *et al.*, 2019; Fry *et al.*, 2020).

Metodologicamente, o uso da auditoria presencial para coleta de dados em favelas é possivelmente a melhor opção. Portanto, a coleta sistemática de dados intraurbanos em uma menor escala de avaliação é necessária para descrever objetivamente as condições da vizinhança em nível de segmento e compreender a variação dentro e entre as áreas de estudo.

Nessa perspectiva, o desenvolvimento de indicadores de contexto para a compreensão dos efeitos da vizinhança contribui para um avanço nos estudos de diferenciais intraurbanos em saúde. O emprego dessas ferramentas de mensuração das características físicas e sociais com a disponibilidade de bases de dados informatizados possibilita novas perspectivas de espaço para além da concepção de uma dimensão do meio ambiente e que se encontra externo ao indivíduo (Minuci; Almeida, 2009; Remigio *et al.*, 2019).

ENVELHECIMENTO

O envelhecimento populacional e a urbanização são fenômenos mundiais que ocorrem de forma acelerada e sobreposta. De acordo com projeções do IBGE (2018), o Brasil possui 28 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, o que corresponde a 13% da população. Estima-se que esse segmento demográfico representará um quarto da população brasileira em 2043. Além disso, a transição demográfica é acompanhada pela transição epidemiológica, caracterizada pelo

aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, que são mais frequentes nessa faixa etária (Brasil, 2021).

Como os idosos tendem a organizar sua vida cotidiana nas áreas próximas à sua residência, destaca-se a importância de investigar as características da vizinhança que moldam as escolhas e ações dos indivíduos, bem como o acesso a bens e serviços de saúde. Nesse contexto, o conceito de *Ageing in Place* é uma política emergente que visa atender às necessidades de manutenção e reabilitação do espaço público, promoção da qualidade das habitações e prestação de serviços de saúde e apoio social, permitindo que o indivíduo possa envelhecer em casa e na comunidade com segurança e independência – condições associadas a melhores indicadores de saúde (Ratnayake *et al.*, 2022).

A compreensão dos fatores contextuais que influenciam a capacidade de envelhecer em casa e na comunidade com segurança e independência pode contribuir para o planejamento de ações de envelhecimento saudável e para a redução das iniquidades em saúde. No entanto, a maioria dos estudos que investigaram esses fatores foi conduzida em países de alta renda. Além disso, embora muitos estudos longitudinais sobre envelhecimento tenham sido estabelecidos, poucos foram projetados para incluir informações sobre o ambiente (Kingston; Jagger, 2018).

O Relatório de Linha de Base para a Década do Envelhecimento Saudável destaca que o componente do envelhecimento saudável relacionado aos ambientes não foi avaliado devido ao número limitado de estudos nacionalmente representativos com dados comparáveis. No entanto, o aumento do impacto e a otimização da habilidade funcional em idosos demandam o monitoramento dos ambientes para entender o quanto eles prejudicam ou facilitam a habilidade funcional e em que ponto ocorre progresso (OPAS, 2022).

A integração de dados geográficos e estudos existentes que incluem pessoas idosas pode ser uma abordagem produtiva para investigar a interação potencial dos ambientes com a população idosa. Wu *et al.* (2020) sugerem que o Google Maps e Open Street

Map podem ser usados para identificar diferentes tipos de instalações locais e determinar sua acessibilidade e distância a partir da casa das pessoas.

Dessa forma, a auditoria virtual tem um grande potencial para identificar e compreender atributos da vizinhança que potencialmente influenciam a saúde dos idosos de forma adaptável, reprodutível e confiável. Além disso, permite uma maior abrangência das áreas a serem estudadas e a avaliação retrospectiva das mesmas (Rzotkiewicz *et al.*, 2018; Gullón *et al.*, 2023). Esses dados poderão subsidiar intervenções mais assertivas, socialmente coerentes e politicamente articuladas em diferentes contextos, contribuindo para que os idosos envelheçam no local onde residem e direcionando futuras pesquisas na área da saúde urbana e envelhecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos sobre as características da vizinhança e saúde cresceram exponencialmente nos últimos anos. Devido ao fato de que o local de moradia é fortemente modelado pela posição social (Diez Roux, 2016), as características da vizinhança podem ser importantes contribuintes para as iniquidades em saúde (WHO, 2008).

Essas iniquidades, resultantes de um acesso desigual a recursos e serviços, reforçam a necessidade de intervenções nas vizinhanças, que não apenas visam melhorar a saúde da população, visto que as características individuais são insuficientes e não conseguem captar importantes determinantes de saúde (Diez Roux, 2016; Arcaya; Ellen; Steil, 2024).

A aplicação da observação sistemática em variados contextos urbanos, com um processo sistemático e replicável, oferece uma alternativa metodologicamente rigorosa para a coleta de dados, considerando as especificidades de cada local. Isso possibilita, posteriormente, a utilização de técnicas estatísticas para construir

indicadores e modelar potenciais influências das características da vizinhança nos desfechos individuais.

Com o avanço da urbanização, os estudos sobre Saúde Urbana tornam-se cada vez mais importantes, especialmente em países de baixa e média renda, onde há menos pesquisas disponíveis sobre essa temática. Dessa forma, o desenvolvimento e a aplicação de formas objetivas de coleta de dados intraurbanos podem contribuir significativamente para ampliar o conhecimento sobre as influências do ambiente urbano na saúde, além de proporcionar ferramentas valiosas para mapear as iniquidades.

REFERÊNCIAS

AIHW. **Built environment and health**. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2024. Disponível em: https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/built-environment-and-health. Acesso em: 12 set. 2024.

ANDRADE, A. C. de S. *et al*. Built and social environment by Systematic Social Observation and leisure-time physical activity report among Brazilian adults: a population-based study. **Journal of Urban Health**, v. 96, n. 5, p. 682-691, 2019.

ARCAYA, M. C.; ELLEN, I. G.; STEIL, J. Neighborhoods and health: interventions at the neighborhood level could help advance health equity. **Health Affairs**, v. 43, n. 2, p. 156-163, 2024.

BADER, M. D. M. ET AL. Development and deployment of the Computer Assisted Neighborhood Visual Assessment System (CANVAS) to measure health-related neighborhood conditions. **Health & Place**, v. 31, p. 163-172, 2015.

BADLAND, H. M. *et al*. Can virtual streetscape audits reliably replace physical streetscape audits? **Journal of Urban Health**, v. 87, n. 6, p. 1007-1016, 2010.

BIRD, E. L. *et al*. Built and natural environment planning principles for promoting health: an umbrella review. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1, p. 930, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim temático da biblioteca do Ministério da Saúde**: saúde do idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2021, p. 1-25.

CAIAFFA, W. T. *et al*. **Saúde urbana, cidades e a interseção de sistemas**: panorama, agendas, gaps e oportunidades rumo à equidade, sustentabilidade, resiliência e promoção em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021, p. 1-34.

CÉLIO, F. DE A. *et al*. Características individuais associadas à autopercepção da extensão territorial da vizinhança. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 30, n. 9, p. 1935-1946, 2014.

CINNAMON, J.; JAHIU, L. Panoramic street-level imagery in data-driven urban research: a comprehensive global review of applications, techniques, and practical considerations. **ISPRS International Journal of Geo-Information**, v. 10, n. 7, p. 471, 2021.

COSTA, B. V. de L. *et al.* Ambiente alimentar: validação de método de mensuração e caracterização em território com o Programa Academia da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 34, n. 9, 2018.

COSTA, D. A. da S. *et al*. Indicadores dos atributos físicos e sociais da vizinhança obtidos pelo método de Observação Social Sistemática. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 33, n. 8, p. e00026316, 2017.

DAI, S. *et al*. Street view imagery-based built environment auditing tools: a systematic review. **International Journal of Geographical Information Science**, v. 38, n.6, p. 1136-1157, 2024.

DAVENPORT, T.; KALAKOTA, R. The potential for artificial intelligence in healthcare. **Future Healthcare Journal**, v. 6, n. 2, p. 94-98, 2019.

DIEZ ROUX, A. V. Neighborhoods and health: what do we know? what should we do? **American Journal of Public Health**, v. 106, n. 3, p. 430-431, 2016.

DIEZ ROUX, A. V. *et al*. A novel international partnership for actionable evidence on urban health in Latin America: LAC-Urban Health and SALURBAL. **Global Challenges**, v. 3, p. 1-11, 2019.

ELLEN, I. G.; MIJANOVICH, T.; DILLMAN, K-N. Neighborhood effects on health: exploring the links and assessing the evidence. **Journal of Urban Affairs**, v. 23, n. 3-4, p. 391-408, 2001.

FERRARI, G. *et al*. Is the perceived neighborhood built environment associated with domain-specific physical activity in Latin American adults? an eight-country observational study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 17, n. 1, p. 125, 2020.

FREITAS, E. D. de *et al*. Instrumento para condução de Observação Social Sistemática: métodos e resultados da concordância interobservadores. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 29, n. 10, p. 2093-2104, 2013.

FRICHE, A. A. de L. *et al*. Assessing the psychometric and ecometric properties of neighborhood scales in developing countries: Saúde em Beagá Study, Belo Horizonte, Brazil, 2008–2009. **Journal of Urban Health**, v. 90, n. 2, p. 246-261, 2013.

FRY, D. *et al*. Assessing Google Street View image availability in latin american cities. **Journal of Urban Health**, v. 97, n. 4, p. 552-560, 2020.

GOMEZ, L. F. *et al.* Urban environment interventions linked to the promotion of physical activity: a mixed methods study applied to the urban context of Latin America. **Social Science & Medicine**, v. 131, n. 1, p. 18-30, 2015.

GOOGLE. **Street View**. Disponível em: https://www.google.com/intl/pt-BR/streetview/. Acesso em: 12 set. 2024.

GULLÓN, P. *et al*. Assessing walking and cycling environments in the streets of madrid: comparing on-field and virtual audits. **Journal of Urban Health**, v. 92, n. 5, p. 923-939, 2015.

GULLÓN, P. *et al*. Measuring changes in neighborhood disorder using Google Street View longitudinal imagery: a feasibility study. **Cities & Health**, v. 7, n. 5, p. 823-829, 2023.

IBGE. **Projeções da população**: Brasil e unidades da federação: revisão 2018. 2. ed. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018.

IBGE. **Censo 2022**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/. Acesso em: 12 set. 2024.

IBGE. **Sobre a mudança de aglomerados subnormais para favelas e comunidades urbanas**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2024.

JAVANMARDI, M. *et al*. Analyzing associations between chronic disease prevalence and neighborhood quality through Google Street View images. **IEEE Access**, v. 8, p. 6407-6416, 2020.

KEPHART, J. L. *et al*. Ambient nitrogen dioxide in 47.187 neighbourhoods across 326 cities in eight Latin American countries: population exposures and associations with urban features. **The Lancet Planetary Health**, v. 7, n. 12, p. e976-e984, 2023.

KERALIS, J. M. *et al.* Health and the built environment in United States cities: measuring associations using Google Street View-derived indicators of the built environment. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, p. 215, 2020.

KINGSTON, A.; JAGGER, C. Review of methodologies of cohort studies of older people. **Age and Ageing**, v. 47, n. 2, p. 215-219, 2018.

KONDO, M. *et al*. Urban green space and its impact on human health. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 3, p. 445, 2018.

LAYERA, M. L. M. *et al*. Inseguridad percibida en los barrios de Santiago de Chile: la importancia del bienestar subjetivo. **Dados**, v. 63, n. 1, p. e20170036, 2020.

LOPES, A. A. dos S. *et al*. Characteristics of the environmental microscale and walking and bicycling for transportation among adults in Curitiba, Paraná State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 34, n. 1, p. e00203116, 2018.

MAGALHÃES, A. S. *et al*. Desordem física e social da vizinhança em cidades da América Latina: revisão de escopo. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 39, n. 9, p. e00038423, 2023.

MANTA, S. W. *et al*. Espaços públicos de lazer e estruturas para atividade física: estudo de Observação Sistemática do ambiente. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 20, n. 5, p. 445-455, 2018.

MINUCI, E. G.; ALMEIDA, M. F. de Diferenciais intra-urbanos de peso ao nascer no município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública,** v. 43, n. 2, p. 256-266, 2009.

MOONEY, S. J. *et al.* Street audits to measure neighborhood disorder: virtual or in-person? **American Journal of Epidemiology**, v. 186, n. 3, p. 265-273, 2017.

MOREIRA, B. de S. *et al*. Perceived neighborhood and walking among older brazilian adults living in urban areas: a national study (ELSI-Brazil). **Journal of Aging and Physical Activity**, v. 29, n. 3, p. 431-441, 2021.

MOTTA, E. M. P. L. da. **Desigualdade socioespacial e o efeito-vizinhança em favelas de Belo Horizonte**. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

NDJILA, S. *et al*. Measuring neighborhood order and disorder: a rapid literature review. **Current Environmental Health Reports**, v. 6, n. 4, p. 316-326, 2019.

OLIVEIRA, E. S. de *et al*. Metodologia de utilização do Microscale Audit of Pedestrian Streetscapes-MAPS na cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 28, p. 1-7, 2023.

OPAS. **Década do Envelhecimento** *Saudável*: Relatório de Linha de Base. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde, 2022, p. 1-224.

PHAN, L. *et al*. Google Street View derived built environment indicators and associations with state-level obesity, physical activity, and chronic disease mortality in the United States. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 10, p. 3659, 2020.

PLASCAK, J. J. *et al*. Drop-and-spin virtual neighborhood auditing:

assessing built environment for linkage to health studies. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 58, n. 1, p. 152-160, 2020.

PLIAKAS, T. *et al*. Optimising measurement of health-related characteristics of the built environment: comparing data collected by foot-based street audits, virtual street audits and routine secondary data sources. **Health & Place**, v. 43, p. 75-84, 2017.

PROIETTI, F. A. *et al*. Unidade de contexto e Observação Social Sistemática em saúde: conceitos e métodos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 469-482, 2008.

RATNAYAKE, M. *et al*. Aging in place: are we prepared? **Dela Journal of Public Health**, v. 8, n. 3, p. 28-31, 2022.

RAUDENBUSH, S. W.; SAMPSON, R. J. Ecometrics: toward a science of assessing ecological settings, with application to the systematic social observation of neighborhoods. **Sociological Methodology**, v. 29, n. 1, p. 1-41, 1999.

REMIGIO, R. V. *et al*. A local view of informal urban environments: a mobile phone-based neighborhood audit of street-level factors in a Brazilian informal community. **Journal of Urban Health**, v. 96, n. 4, p. 537-548, 2019.

RIBEIRO, L. C. Q. Metrópoles, reforma urbana e desenvolvimento nacional. In: RIBEIRO, L. C. Q.; JÚNIOR, O. A. DOS S. (org.). **As metrópoles e a questão social brasileira**. Rio de Janeiro: Revan, 2007, p. 21-50.

RIVERA-ANDRADE, A.; LUNA, M. A. Trends and heterogeneity of cardiovascular disease and risk factors across Latin American and Caribbean countries. **Progress in Cardiovascular Diseases**, v. 57, n. 3, p. 276-285, 2014.

ROCHA, L. L. *et al*. The community food environment of a Brazilian metropolis. **Food, Culture & Society**, v. 26, n. 1, p. 182-192, 2023.

RUNDLE, A. G. *et al*. Using Google Street view to audit neighborhood environments. **American Journal of Preventive Medicine,** v. 40, n. 1, p. 94-100, 2011.

RZOTKIEWICZ, A. *et al*. Systematic review of the use of Google Street View in health research: major themes, strengths, weaknesses and possibilities for future research. **Health & Place**, v. 52, p. 240-246, 2018.

SANTOS, D. S. dos; HINO, A. A. F.; HÖFELMANN, D. A. Iniquidades do ambiente construído relacionado à atividade física no entorno de escolas públicas de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 35, n. 5, p. e00110218, 2019.

SCHAEFER-MCDANIEL, N. *et al*. Examining methodological details of neighbourhood observations and the relationship to health: a literature review. **Social Science & Medicine**, v. 70, n. 2, p. 277-292, 2010.

SILVA, V. *et al*. Geoprocessing via Google Maps for assessing obesogenic built environments related to physical activity and chronic noncommunicable diseases: Validity and Reliability. **Journal of Healthcare Engineering**, v. 6, n. 1, p. 41-54, 2015.

SMITH, C. M.; KAUFMAN, J. D.; MOONEY, S. J. Google Street View image availability in the Bronx and San Diego, 2007–2020: understanding potential biases in virtual audits of urban built environments. **Health & Place**, v. 72, p. 102701, 2021.

STEINMETZ-WOOD, M. *et al*. Assessing the micro-scale environment using Google Street View: the Virtual Systematic Tool for Evaluating Pedestrian Streetscapes (Virtual-STEPS). **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 1246, 2019.

VAZ, C. T. *et al*. A multilevel model of life satisfaction among old people: individual characteristics and neighborhood physical disorder. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 861, 2019.

VILALTA, C. J. *et al*. Testing broken windows theory in Mexico City. **Social Science Quarterly**, v. 101, n. 2, p. 558-572, 2020.

WHO. **Closing the gap in a generation**: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2008. p. 1-33.

WU, Y-T. *et al*. Neighbourhood environment and dementia in older people from high-, middle- and low-income countries: results from two population-based cohort studies. **BMC Public Health**, v. 20, p. 1330, 2020.

YUE, X. *et al*. Using convolutional neural networks to derive neighborhood built environments from Google Street View images and examine their associations with health outcomes. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 19, p. 12095, 2022.

ZHANG, Y. *et al*. Neighborhood infrastructure-related risk factors and non-communicable diseases: a systematic meta-review. **Environmental Health**, v. 22, n. 1, p. 2, 2023.

4

INFÂNCIAS NEGRAS ROUBADAS: DESIGUALDADES SOCIAIS E ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL

ARIANE SILVA CARVALHO, RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA,
HELOISA IVONE DA SILVA DE CARVALHO
E MARIA ANGÉLICA CARVALHO DE ANDRADE

VIDAS NO FIO... PÁSSAROS NOS FIOS... CRIANÇAS NEGRAS POR UM FIO

A vida é um fio,
A memória seu novelo.
Enrolo – no novelo da memória –
O vivido e o sonhado.
Se desenrolo o novelo da memória,
Não sei se foi tudo real
Ou não passou de fantasia.
Bartolomeu Campos de Queirós, 2012

Nesta introdução, nos inspiramos na imagem de fios e teias, pensando alguns aspectos centrais e intimamente entrelaçados no que concerne às infâncias negras: a constituição de si; a descoberta e interação com os outros e com o mundo; as dinâmicas do vínculo, afeto, saúde e cuidado; o imaginar e criar; e a inauguração do experienciar, expressar e significar. Compreendemos que, mesmo sendo naturalizada, o alto índice de violências sexuais contra crianças negras no Brasil não é natural e não deveriam ser normalizadas, pois derivam de processos históricos e sociais de subalternização e marginalização de parcela da população em situação de vulnerabilidade social, que se concentra principalmente nos pobres e negros.

Piana e Bezerra (2019) nos alertam que a violência intrafamiliar é corroborada pelo pacto do silêncio, mantida em segredo; em lugar de proteção, encontra-se o medo, pois muitas vítimas ainda estão sem voz e continuam a "calar" a violência, abafando-a cada vez mais.

As violências e abusos sexuais contra crianças têm relação com o poder? Quais são as conexões entre infâncias, raças, violências e forças existentes? O racismo presente na atualidade contribui para erotização e sexualização de crianças e jovens negras(os)? Existe a mentalização de que os corpos negros infantis são os mais vulneráveis? O fenômeno da violência sexual é construção social nos níveis coletivos e individuais? Essas problematizações nos trazem a reflexão da questão histórica da criança, do seu processo de tornar-se criança negra, que perpassa suas relações ancestrais com sua tataravó, bisavó, avó, mãe, enfim, com todas as suas ancestrais, mulheres negras que enunciam sua condição no mundo. Institui-se um circuito criado por múltiplas vozes, histórias e memórias, vozes atualizadas pelas crianças, histórias e memórias do presente, possibilitando-nos viajar nas vivências e permitindo a construção de um potente trânsito criativo, que se constituirá, nos vários campos, como características.

As pesquisas realizadas, como doutorandas, professoras e pesquisadoras, atravessaram os clichês e ampliaram as composições no nosso fazer coletivo. É urgente avançarmos nos estudos e pesquisas sobre a violência sexual vivida por crianças negras, compreendermos os dados de raça/cor com a devida atenção às questões socioeconômicas e políticas que os atravessam.

Ao dialogarmos com o poema de Bartolomeu Campos de Queirós, que reconhece a simplicidade da ideia, mas, ao mesmo tempo, a potência da composição, em uma situação do cotidiano, lendo o jornal pela manhã, Jarbas Agnelli se deparou com a imagem dos pássaros nos fios elétricos. Ele recortou a foto e decidiu fazer uma música, usando a localização dos pássaros nos fios. A interpretação da posição dos pássaros na pauta fio ou fio pauta gerou uma melodia. Utilizando o piano, descobriu a melodia, doce, quase infantil.

Compondo usando quarteto de cordas, flauta, clarinete, oboé e fagote, além de vibrafone e glockenspiel, a parceria com os pássaros gerou emoção para quem compôs.

As delicadas condições socioeconômicas, que configuram os processos de violência sexual, em meio ao processo de discussão acerca do enfrentamento das violências, parecem forçar as crianças a terem que lidar com um diagrama complexo de forças que se articulam em torno das diferentes noções em elaboração sobre o que deveria caracterizar ou não o sentido próprio. Nesse sentido, o adultocentrismo, o sexismo, o racismo, a desigualdade social e a pobreza sustentam as violências sexuais nas infâncias, dando-lhe um determinado corpo. O fenômeno da violência sexual está perpassado por outras violências, sendo impossível desassociá-las.

Nessa perspectiva, podemos refletir sobre a relevância de problematizarmos os dogmatismos e representações produzidas, principalmente no que se refere aos clichês saúde-cuidado-rede de proteção que atravessam os processos de subjetivação dos sujeitos crianças negras. Esses clichês apresentam modelos de infâncias idealizadas que perpassam também as relações com a saúde, com a família e com os demais espaços sociais, que estão envolvidas no processo da criança negra.

Diante dessas inconsistências, dos clichês e das incompletudes de determinações (caos), é preciso reconhecer que são as crianças pertencentes aos estratos sociais menos favorecidos as mais suscetíveis às explorações, violências e abusos sexuais. As condições de pobreza influenciam e, principalmente, potencializam o acometimento desse crime (Vieira, 2012). A partir dos estudos de Crenshaw (1991), consideramos que raça, gênero e classe estão implicados, assim, nesse sentido, o fato de ser uma criança negra correlaciona-se fortemente com a pobreza. Além disso, também o acesso desigual à habitação e ao emprego, isto é, o fenômeno da discriminação é reproduzido através da sua raça e identidade de gênero.

Neusa Santos Souza (1983, p. 17-18) afirma:

> Saber-se negra é viver a experiência de ter sido massacrada em sua identidade, confundida em suas perspectivas, submetida a exigências, compelida a expectativas alienadas. Mas é também, sobretudo, a experiência de comprometer-se a resgatar sua história e recriar-se em suas potencialidades.

Pela necessidade desse discurso alternativo, Souza (1983, p. 77) conclui que "Ser negro é tornar-se negro". A escritora adiciona: "no Brasil, nascer com a pele preta e/ou outros caracteres do tipo negroide e compartilhar de uma mesma história de desenraizamento, escravização e discriminação racial, não organiza, por si só, uma identidade negra" (p. 77). Por isso, entender os fios tecidos pela população negra se faz necessário no âmbito do enfrentamento das violências sexuais e dessa subjetividade subtraída/perdida.

A partir da imagem poética de Bartolomeu, no processo de tornar-se negra, a criança pode ser interpretada como o surgimento de um novo e ainda muito curto fio, surgido de um nó, o encontro entre outros fios, vidas, tessituras e teias. Ser criança negra em contexto social, cultural, ético, estético e político de racismo não é algo suspenso, sendo necessário repensarmos a urgência de processos de saúde, cuidado e direitos humanos que intervenha sempre que isso que acontecer. Não dá mais para corroborar que essas situações sejam ignoradas.

ESCRAVIZAÇÃO NAS INFÂNCIAS NEGRAS NO BRASIL: O QUE ISSO TEM A VER COM RACISMO E VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS?

Além da exploração sexual, o trabalho escravizado foi uma das principais finalidades do rapto dos corpos negros de diversos países do continente africano. Importante destacar que a escravização

moderna atinge mais de 50 milhões de pessoas no mundo de acordo com a Organização Internacional do Trabalho (ILO; Walk Free; IOM, 2022). O principal desafio para o combate do tráfico de pessoas, principalmente da exploração de trabalhadores escravizados, está relacionado à superação da pobreza e desigualdade social.

Os locais de naturalidade e os de moradia onde os escravizados residiram historicamente são, geralmente, marcados por baixo índice de desenvolvimento humano e costumam se caracterizar pela falta de oportunidades de emprego, pobreza, baixa escolaridade, desigualdade e violência. Já os locais de atração em que foram resgatados os trabalhadores possuem dinamismo produtivo e econômico. Nesses locais, há a demanda de pessoas com pouca ou nenhuma qualificação profissional ou educação formal para exercerem atividades de baixa remuneração.

Mott, em sua obra *Ser mãe: a escrava em face do aborto e do infanticídio* (1989), problematiza os lugares ocupados pelas crianças escravizadas, sobretudo as com mais de 5 anos, quando a taxa de mortalidade caía consideravelmente, seja pelo preço inferior que possuíam – o que possibilitava que fossem adquiridas por pessoas remediadas –, seja pela perspectiva de vida longa, expectativa de venda futura ou possibilidade de iniciar, desde cedo, o aprendizado de algum ofício exigente de maior destreza. Em Rio Claro, ao longo dos anos 1861-1869, como veremos adiante, 93% das crianças comerciadas sozinhas tinham mais de 5 anos.

> É nessa idade também, que a criança começará a perceber o que são os castigos corporais, que adentram pela vida adulta [...]. Por volta dos sete para os 8 anos, a criança não terá mais o direito de acompanhar sua mãe brincando; ela deverá prestar serviços regulares para fazer jus às despesas que ocasiona a seu senhor, ou até mesmo, à própria mãe, se esta trabalha de ganho e reside fora da casa de seu dono. [...] A idade de sua vida que vai dos sete aos doze anos, não é mais uma idade de infância, porque já sua força de trabalho é explorada ao máximo [...]. Mesmo se seu rendimento é menor, ele é escravo à *part entière*, e não mais criança. (Mattoso, 1988, p.52)

As crianças negras trabalhavam nas lavouras, auxiliavam nos plantios colheita, tiravam ervas daninhas, semeavam frutas, cuidavam dos animais, carregavam águas nos poços; levavam recados; buscavam o jornal e o correio nas vilas e cidades próximas; faziam compras; preparavam os cavalos; vendiam quitutes e outras coisas pelas ruas; engraxavam sapatos; escovavam as roupas; serviam a mesa; balançavam a rede; enfim, serviam como ama-seca ou criada/o, arrumavam a casa, ajudavam a vestir, desvestir e banhavam as pessoas da casa e os visitantes (Mott, 1989).

Foram muitos os anos de luta envolvendo denúncias sobre a fragilidade do modelo brasileiro de democracia racial até a fundação da Frente Negra Brasileira, em 1931. A partir de então, as questões e demandas de classe e raça ganharam projeção na arena política brasileira, fortalecidas, posteriormente, pelo Movimento Social Negro, que atua organizadamente desde a década de 1970.

MANCHETES DE JORNAIS RETRATAM COMO A VIOLÊNCIA SEXUAL ESTÁ LEGITIMADA CONTRA AS CRIANÇAS DE DIFERENTES MODOS NO BRASIL: ESTAMOS VIVENDO A BANALIDADE DO MAL?

Em 1961, a revista *The New Yorker* convidou Hannah Arendt para cobrir todo o julgamento de Adolf Eichmann, tenente-coronel da Alemanha nazista, um dos principais responsáveis pelo extermínio de milhares de judeus. A partir disso, Arendt escreveu o livro *Eichmann em Jerusalém - um relato sobre a banalidade do mal* (1999), no qual desenvolve o conceito de banalidade do mal, tendo em vista as suas reflexões tecidas ao assistir o julgamento e analisar as falas, bem como os comportamentos dos sujeitos envolvidos. A autora explica que, ao falar de banalidade do mal, trata de um fenômeno que encarou a todos no julgamento, de caráter factual:

> Eichmann não era nenhum Iago, nenhum Macbeth, e nada estaria mais distante de sua mente do que a determinação de Ricardo III de "se provar um vilão". A não ser por sua extraordinária aplicação em obter progressos pessoais, ele não tinha nenhuma motivação. E essa aplicação em si não era de forma alguma criminosa; ele certamente nunca teria matado seu superior para ficar com seu posto. Para falarmos em termos coloquiais, ele *simplesmente nunca percebeu o que estava fazendo*. Foi precisamente essa falta de imaginação que lhe permitiu sentar meses a fio na frente do judeu alemão que conduzia o interrogatório da polícia, abrindo seu coração para aquele homem e explicando insistentemente como ele conseguira chegar só à patente de tenente-coronel da SS e que não fora falha sua não ter sido promovido (Arendt, 1999, p. 172, grifo da autora).

Como destacado na citação, Eichmann, embora tendo reconhecidamente cometido atos monstruosos, não pode ser considerado um monstro ou um ser "demoníaco" (Arendt, 1999, p. 172). Isso se justifica pelo fato de ser um homem comum, ordinário, banal, que estava cumprindo uma ordem administrativa, rotineira, como ele mesmo anunciou. De acordo com Arendt (1999), o modelo de cidadão da sociedade moderna burocrática é o indivíduo que atua obedecendo ordens de forma irreflexiva. Os regimes totalitários reforçam esse modelo de indivíduo, criando uma massa de seres isolados, anônimos: são esses os tipos de pessoas que integram e mantêm os regimes totalitários.

Almeida (2011, p. 14) explica que o totalitarismo "eliminou a liberdade de ação e pensamento, fez das pessoas meros executores ou vítimas das supostas leis da natureza ou da história e mostrou ser possível transformar seres humanos em seres supérfluos". Arendt (2000, p. 6) questiona "Será possível que o problema do bem e do mal, o problema de nossa faculdade para distinguir o que é certo do que é errado, esteja conectado com nossa faculdade do pensar?" Eichmann, ao ser julgado, demonstrou diversas vezes que estava a cumprir ordens e que não percebia a ligação entre o seu trabalho e a

inescrupulosa maldade a que estava sendo associado.

Somando a esse relato o fato de que a Alemanha era conhecida pelo rigor da educação, como um dos traços principais do nazismo na tentativa de sustentar o discurso da suposta superioridade ariana, é preciso refletir acerca de que tipo de racionalidade faltava aos regimes totalitários, cuja crítica é feita por Arendt (1999). Destacamos, com isso, que não foi necessariamente a racionalidade instrumental, tão defendida pela era moderna e pelo iluminismo, que faltou à Alemanha nazista. Os campos de concentração foram palco de experimentos diversos – alguns dos quais depois foram julgados e condenados no Tribunal de Nuremberg (1945-1949). Apesar da inconteste barbárie e falta de ética, profissionais, como médicos e cientistas, usaram de racionalidade, técnicas e métodos científicos para desempenharem suas funções. Nessa mesma linha de pensamento, a autora explica que Eichmann não era burro:

> Foi pura irreflexão – algo de maneira nenhuma idêntico à burrice – que o predispôs a se tornar um dos grandes criminosos desta época. E se isso é "banal" e até engraçado, se nem com a maior boa vontade do mundo se pode extrair qualquer profundidade diabólica ou demoníaca de Eichmann, isso está longe de se chamar lugar-comum'' (Arendt, 1999, p. 172).

Portanto, o que está presente na crítica feita pela autora é a irreflexão, a incapacidade de julgar entre o que é correto e incorreto, o bem e o mal. Arendt (1999) demonstra que a massificação da sociedade e o totalitarismo permitiram o desenvolvimento de uma multidão que cumpria ordens sem questionar, uma massa incapaz de fazer julgamentos morais. É com base na ideia de irreflexão que Arendt (1999) nos ensina que o que houve no período de ascensão da Alemanha nazista, diferentemente do que, para Kant (1974), se referiria ao mal radical, na realidade, na sua perspectiva, seria um mal banal, fruto da irracionalidade vinda do mero cumprimento de ordens de forma impensada e inconsequente.

O mal radical, tal como o concebe Kant (1974), está intimamente relacionado ao problema da liberdade, mas particularmente também ao que ele julga ser uma predisposição natural do homem a inclinar-se a ceder às suas apetições. Já em sua reflexão sobre a moral, mas principalmente nas suas considerações acerca de uma religião moral, ou de uma religião nos limites da simples razão, aparece o exame de um mal intrínseco à natureza do homem, compreendida como "o fundamento subjetivo do uso de sua liberdade em geral (sob leis morais objetivas), que antecede todo ato que cai nos sentidos" (Correia, 2005, p. 85).

Assim, diferentemente de Kant (1974), e de acordo com Arendt (1999), compreendemos a banalidade do mal que nos aponta para como os seres humanos podem ser absolutamente cruéis uns com os outros, sem necessariamente se dar conta da perversidade de seus feitos, tal qual aconteceu nos regimes totalitários. Isso nos leva a refletir se é possível pensar no conceito de banalidade do mal em um contexto em que há garantias formais de direitos, como no Brasil. O que nos motiva a problematizar a manifestação de tal banalidade que repousa na naturalização das afrontas e negações de direitos, que também reverbera na vida das crianças, e na irreflexão diante dessas violências.

Nesse sentido, a banalidade do mal é experienciada como algo exterior a nós e presente nas atitudes de parcela importante da população brasileira, sem que se perceba o quanto essa desumanização se manifesta nos diversos exemplos de violências cotidianas. O mal parece inevitável nas relações entre os indivíduos, uma vez que, progressivamente, expressamos mais individualidades, menos afetos e menos consciência e sensibilidade às desigualdades. O apagamento de vínculos afetivos entre as pessoas somado ao esvaziamento de responsabilidade pelo outro e pela comunidade em que habitamos faz com que o mal se intensifique. Segundo Arendt (1999), a atitude de Eichmann se relaciona com a ausência da capacidade de pensar, o que nos leva a refletir sobre a incapacidade de reflexão da nossa sociedade acerca da invisibilidade das crianças em situação de vulnerabilidade e das que vivem sob negação de uma série de direitos no Brasil.

Nesse contexto, é preciso considerar os processos históricos que promoveram e promovem a vulnerabilidade das crianças, principalmente as negras. Será que a vulnerabilidade não está associada à classe social? Quais as relações entre pobreza e vulnerabilidade social? Para Rizzini (2011), ao ser identificada uma determinada situação de vulnerabilidade social das crianças, compete ao Estado promover ações visando à promoção da família e, consequentemente, garantir o direito à educação, acesso e permanência na escola. No entanto, é urgente a intersetorialidade entre saúde, educação, cultura e assistência, direitos humanos para reverter a situação de vulnerabilidade social da família pobre, que se encontra diretamente ligada à miséria estrutural, agravada pela crise econômica que culmina com o desemprego ou subemprego. Será que por trás das negações de direitos e dos processos de exclusões das crianças negras, nas escolas, nas ruas, na exploração do trabalho infantil, não estão as famílias desassistidas pelas "políticas públicas"?

Nessa perspectiva, as políticas públicas de saúde e de garantia de direitos humanos para as crianças tanto podem provocar mudanças e rupturas nas condições de vulnerabilidade quanto podem reiterá-las. Mbembe (2018) reconhece que a violência imposta historicamente à população negra no Brasil tem reforçado sua condição de desvantagem e vulnerabilidade e o princípio de que o enfrentamento das formas de preconceito e discriminação requer políticas educacionais que questionem a desigualdade nas relações étnico-raciais e valorizem a diversidade. Isso posto, a raça é uma ficção ocidental útil ao capitalismo, uma fabricação realizada para manter certas populações à margem da cidadania e dos direitos, em situações de exclusão, vulnerabilidade, abandono social e até mesmo "descartabilidade" (Mbembe, 2018). Assim, dialogando com Arendt (1999), não podemos confundir estar cientes da existência de leis de garantia de direitos das crianças e cumpri-las com pensar o conteúdo dessas leis, pois há necessidade do enfrentamento das situações de vulnerabilidade das crianças e das que vivem sob negação de uma série de direitos no Brasil.

De acordo com a Lei Nº 11.147, de 07 de julho de 2020 do estado do Espírito Santo, a violência sexual:

> é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência, psicológica, com uso ou não de força, obrigando outra pessoa, a ter, presenciar, ou participar, de alguma maneira, de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção (Espírito Santo, 2020).

Na tentativa de proteger crianças e jovens, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) preconiza que toda criança tem direito à saúde e à vida longe da violência. Abuso sexual infantil (ASI) ocorre quando uma criança é submetida à atividade sexual a qual não possa compreender, com a qual ela tem o desenvolvimento incompatível, e que não possa dar consentimento e/ou que viole as leis ou as regras da sociedade (Kempe, 1978).

Bourdieu (1983) nos faz refletir para as diversas formas de violências que existem em nossa sociedade, não apenas a física. E se tratando de corpos negros, as possibilidades de violências aumentam significativamente, com muitos casos tendo como desfecho mortes violentas.

CONSTRUÇÕES SUBJETIVAS EM DIÁLOGOS COM OS DADOS DAS VIOLÊNCIAS SEXUAIS CONTRA CRIANÇAS NO BRASIL: QUAL O IMPACTO DA COVID 19?

Veja só, veja só, veja só, veja só
Mas como o pensar infantil fascina
De dar inveja, ele é puro, que nem Obatalá

A gente chora ao nascer, quer se afastar de Alla
Mesmo que a íris traga a luz mais cristalina
Entre amoras e a pequenina eu digo:
As pretinhas são o melhor que há
Doces, as minhas favoritas brilham no pomar
E eu noto logo se alegrar os olhos da menina
Luther King vendo cairia em pranto
E até Malcolm X contaria a alguém
Que a doçura das frutinhas sabor acalanto
Fez a criança sozinha alcançar a conclusão
Papai que bom, porque eu sou pretinha também

Emicida, 2015[1]

De acordo com os estudos do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, entre os anos 2016 e 2021, foram identificadas 34.918 mortes violentas intencionais de crianças e adolescentes no país, uma média, portanto, de 6.970 mortes por ano ao longo dos últimos cinco anos. A maioria das vítimas são crianças de até 9 anos de idade: em 2020, foram 213 mortes violentas internacionais nessa faixa etária. As características das mortes são diferentes entre as diversas faixas etárias (UNICEF; FBSP, 2022).

Entre as crianças de até 9 anos, 33% das vítimas eram meninas; 44% eram brancas; 40% morreram dentro de casa; 46% das mortes ocorreram pelo uso de arma de fogo e 28% pelo uso de armas brancas ou por "agressão física". Já na faixa etária entre 10 e 19 anos, 91% das vítimas eram meninos; 80% eram negras (UNICEF; FBSP, 2022).

Devido a problemas com os dados referentes a 2016, a análise dos registros de violência sexual refere-se ao período entre 2017 e 2022. Nesses quatro anos, foram registrados 179.277 casos de estupro ou estupro de vulnerável com vítimas de até 19 anos – uma

1. Letra da canção "Amoras", que faz parte do segundo álbum de estúdio do rapper Emicida, Sobre crianças, quadris, pesadelos e lições de casa, lançado em 2015. A publicação tem selo editorial do Grupo Companhia das Letras.

média de quase 45 mil casos por ano. Crianças de até 10 anos representam 62 mil das vítimas nesses quatro anos – ou seja, um terço do total. A maioria das vítimas de violência sexual é menina – quase 80% do total. Para elas, um número muito alto dos casos envolve vítimas entre 10 e 14 anos de idade, sendo 13 anos a idade mais frequente. Para os meninos, os casos de violência sexual concentram-se especialmente entre 3 e 9 anos de idade. Nos casos em que as vítimas são adolescentes de 15 anos ou mais, as meninas representaram mais de 90% dos casos (UNICEF; FBSP, 2022).

A maioria dos casos de violência sexual ocorre na residência da vítima e, para os casos em que há informações sobre a autoria dos crimes, 86% dos autores eram conhecidos das vítimas. Em 2022, ano marcado pela pandemia de covid-19, houve uma pequena queda no número de registros de violência sexual. No entanto, analisando, mês a mês, observamos que, em relação aos padrões históricos, a queda se deve basicamente ao baixo número de registros entre março e maio de 2021, justamente o período em que as medidas de isolamento social estavam mais fortes no Brasil. Essa queda provavelmente representa um aumento da subnotificação, não de fato uma redução nas ocorrências (UNICEF; FBSP, 2022).

Os dados analisados a partir desse panorama escancaram a necessidade de responder à violência contra crianças e adolescentes no Brasil. Antes de mais nada, é preciso aprimorar o próprio monitoramento desses crimes. Identificamos médias de mais de 7 mil mortes violentas intencionais e 45 mil estupros de crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de idade por ano. Em vários estados, os dados não foram disponibilizados, ou não incluíram a informação individual da idade das vítimas, o que dificulta significativamente esse monitoramento (UNICEF; FBSP, 2022).

É de grande importância a divulgação de dados referentes à violência, informando a idade das vítimas, assim como dados relativos à sua cor/raça. É preciso, também, acompanhar com cuidado as estatísticas referentes à violência policial. Segundo *o Atlas da Violência 2021* (Cerqueira *et al.*, 2021), jovens e negros são as maiores

vítimas de assassinato, sendo a idade mais acometida de 15 a 29 anos.

No caso do Espírito Santo (ES), o estado teve índice maior que a média nacional, que foi de 60,4 %. A violência racial continua sendo um grande problema no Brasil todo de acordo com o *16º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*, que relata que pessoas negras ainda são a maioria das vítimas em crimes violentos (FBSP, 2022). No caso de mortes pela polícia, a diferença entre brancos e negros é grande, cerca de 84% dos alvos são negros. Comparando 2020 com 2021, houve uma queda na morte de pessoas brancas cerca de 31% enquanto houve aumento de 5,8% entre as pessoas negras (Cerqueira *et al.*, 2021).

Mbembe (2018) discute o termo necropolítica e pontua que o referido termo pode ser definido como um instrumento de produção das mortes nas sociedades atuais e que tem suas estruturas em origens coloniais, arraigadas em uma sociedade escravocrata, patriarcalista e elitista. Nesse sentido, a existência do poder estrutural pré-estabelecido é quem dita que a vida e a morte são legitimadas pelas políticas de estado, como o genocídio da juventude negra, que, atrelado ao racismo, torna-se fator agravante no aumento de mortes de jovens em nossa sociedade.

A pandemia de covid-19 e suas complicações, como o isolamento social, impactaram diretamente a vida de crianças e adolescentes. Mesmo sendo os menos atingidos pelos vírus, o isolamento trouxe riscos à segurança e saúde: o ambiente familiar, que deveria ser um lugar seguro, é considerado um grande facilitador de atos violentos; e tendo como princípio que, no Brasil, muitas crianças faziam todas as suas refeições na escola e que muitas famílias tinham sua única renda fruto de trabalhos informais, o risco para a saúde é ainda maior. De acordo com a Nota Técnica "Proteção de Crianças e Adolescentes no Contexto da Pandemia da Covid-19: Consequências e Medidas Necessárias para o Enfrentamento", foi grande a exposição que crianças e jovens enfrentaram durante o isolamento social, tendo em vista o aumento do consumo de álcool e drogas durante a pandemia, o que contribui para a elevação dos conflitos domésticos, já que a

maioria desses casos ocorrem em ambiente intrafamiliar, uma vez que o agressor, geralmente, é parente, amigo ou próximo da família (Silva; Oliveira, 2020).

Segundo o art. 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 2002), os professores são obrigados a notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência. Desse modo, os professores são os principais denunciantes de casos de violência infantil, sendo o contato entre esses adultos protetores e as crianças durante o período escolar essencial para a notificação e proteção contra violência. Durante a pandemia, com a ausência da frequência no ambiente escolar, local em que, muitas vezes, consegue-se notar mudanças no comportamento ou marcas visíveis nas crianças e jovens, além da diminuição de denúncias e notificações, as medidas protetivas e até a mudança de lar deixaram de acontecer quando necessário, deixando essas crianças e adolescentes mais expostos, já que a maioria de casos de pedofilia acontece no seio familiar, ocorrendo também o medo de denunciar, tendo em vista ameaças e represálias do abusador, de que não acreditem em seu relato, e medo dos efeitos na família (Marques *et al*., 2020).

Diante disso torna-se urgente a disseminação de uma educação sexual para crianças e jovens, pois orientá-los nessa fase de descobrimento sexual é capaz de proporcionar meios para o entendimento das práticas de abuso, evitando, dessa forma, futuros transtornos emocionais e comportamentais (Santos, 2021). Infelizmente nota-se, no Brasil, uma resistência a essas abordagens nas escolas, com muitas famílias tendo grande aversão a esse assunto, seja por cunho religioso, político ou social. Concluem, erroneamente, que falar de educação sexual é incentivar a prática do sexo, sendo que o objetivo desse processo é ensinar o respeito ao próprio corpo e a se estabelecer limites, reconhecendo que a sexualidade deve ser tratada de modo pedagógico e transparente e sem tabus ou omissões de informações.

O Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (2023) traz que, no período de 2015 a 2021, ocorreram 202.948 casos de violência sexual contra crianças

e adolescentes no Brasil, sendo 83.571 contra crianças e 119.377 contra adolescentes, estatísticas que seguem sendo invisibilizadas para criação de políticas públicas eficazes (Brasil, 2023). O *17° Anuário Brasileiro de Segurança Pública* revela que o maior número de registros de estupro de vulnerável da história ocorreu em 2022, com 74.930 vítimas, sendo 24,2% homens e mulheres com mais de 14 anos e 75,8% incapazes de consentir, e que período da pandemia têm sugerido que o fechamento das escolas em função das medidas de isolamento social pode ter ampliado a vulnerabilidade de crianças (FBSP, 2023).

No Anuário, destaca-se ainda que, em 2022, 56,8% das vítimas eram pretas ou pardas (no ano anterior eram 52,2%). Em relação as demais, 42,3% das vítimas eram brancas, 0,5% indígenas e 0,4% amarelas. Esses dados, demonstram a urgência de construção de estratégias de enfretamentos das condições de pobreza (FBSP, 2023).

Nesse contexto, a análise dos dados confirma que são as crianças e adolescentes negras as principais vítimas da violência sexual, sendo importante destacar o aumento de casos nos últimos anos e a presença da simetria entre relações desiguais e reprodução da violência sexual. É urgente avançarmos no investimento de políticas públicas para o enfrentamento, mas também na prevenção da violência sexual, com ações multidimensionais, transversais e integrativas.

As similaridades entre os estudos de Gomes (2019) e Santos (2021) nos mostram a importância da participação das estudiosas negras nas políticas educacionais, como espaço de elaboração e afirmação da identidade em um processo estético político de tornar-se negra. Idealmente, é necessário compreender o lugar dessa dimensão na percepção da participação das crianças negras, cujas experiências de vida indicam uma compreensão de que o processo de se tornar negra, ou seja, ao assumir essa identidade, por vezes prescinde de uma consciência elaborada da mesma.

> Peço que me considerem a partir do meu Desejo. Eu não sou apenas aqui-agora, enclausurado na minha coisidade. Sou para além e para

> outra coisa. Exijo que levem em consideração minha atividade negadora, na medida em que persigo algo além da vida imediata; na medida em que luto pelo nascimento de um mundo humano (Fanon, 2008, p. 181).

E nesse sentido, ser uma criança negra não é uma condição dada, a priori, ou seja, não se nasce. Neusa Santos Souza (1983) entende que construir uma identidade negra é uma tarefa eminentemente política e que, para isso é imprescindível contestar e romper com o Ideal de Ego (modelo) "que lhe ensinaram a ser uma caricatura do branco" (p. 77). Sendo a outra possibilidade (tornar-se branco) inalcançável, o negro cria uma ferida narcísica, enfraquecendo ou anulando a sua autoestima. Essa ferida cria uma psicopatologia do negro e seu núcleo está na tensão permanente entre o Ego e o Ideal de Ego.

Crianças negras não ocupam destaque nas discussões em todas as instâncias necessárias sobre uma infância digna e com qualidade, mesmo sendo as mais vulneráveis e as que vivenciam diversas formas de preconceitos e discriminações. São múltiplas as privações vivenciadas por meninas e meninos negros que enfrentam falta de acesso à água potável, alimentos saudáveis, moradias seguras, educação, saúde, entre outras iniquidades que assolam suas vidas. As ausências de direitos vivenciadas por essas crianças parecem ter invisibilidade diante de órgãos e instituições de garantia e defesa de direitos, os quais não costumam ter um olhar questionador sobre os impactos sociais do racismo, para que possam ser discutidas condições dignas de vida para essas crianças.

Estudos indicam que as crianças negras não possuem participação ativa nos debates das políticas raciais. Apontam que há, na sociedade em geral, um temor à racialização do universo infantil, ao transmitir uma concepção errônea de ingenuidade e inocência de crianças sobre o tema, como se não usassem vocabulário racial, quando, de fato, são usados amplamente nas escolas e demais espaços sociais. Assim, a criança negra tende a não se autodeclarar preta e negra,

não há representatividades nas áreas de profissionalização ou de aspiração, reproduzindo, ela própria, a imagem excludente implícita na versão da história que lhe é passada. Essa tensão tem seus sintomas no sentimento de culpa, inferioridade, fobias e depressão, afetos e atitudes que definem a identidade do negro brasileiro em ascensão social como uma estrutura de desconhecimento/reconhecimento.

Ao fabular com Neusa Santos Souza, desejamos a construção de novas possibilidades e novos modos de declarar-se negra, gerados a partir de vozes negras ecoadas por nossas ancestrais. Nesse sentido, é necessário abrir portas e janelas, com feições próprias, fundadas, portanto, em seus interesses, transformadoras de histórias individuais, coletivas, sociais, psicológicas, culturais e educacionais. "Uma das formas de exercer autonomia é possuir um discurso sobre si mesmo" (Souza, 2021, p. 45).

Ações e pensamentos como o do corpo branco visto como "puro", retrato refletido desde a escravização, quando branca era para casar e mulher negra para "furnicar", seguem nos dias atuais. Uma pesquisa publicada pela Universidade Georgetown (Epstein; Blake; González, 2017), nos EUA, mostra que garotas de 5 a 14 anos com pele mais melanizadas são consideradas menos inocentes, mais maduras, mais sabidas sobre sexo e mais autossuficientes do que crianças brancas. Resultados como esse retratam como essas garotas vivem e são tratadas na infância.

No Brasil, a infância e a adolescência são cercadas por uma cultura de posse de crianças e adolescentes, que são considerados propriedade dos adultos, com o controle de seus corpos dependendo totalmente de terceiros, independentemente de suas pretensões e sonhos. No caso de crianças negras, indígenas e imigrantes, o descaso atinge proporções inconcebíveis. Observa-se uma desumanização desses corpos negros, que permanecem no topo da pirâmide da opressão e são atravessadas por violências interseccionais (Akotirene, 2019).

Beatriz Nascimento (2021) destaca a mão de obra de mulheres/crianças negras sendo sempre desqualificada, prevalecendo baixas

remunerações ou, ainda, ocorrendo a troca de trabalho por casa e comida. Em muitos casos, elas migram do interior na busca de melhores condições de vida e encontram empregos nos quais as relações de trabalho evocam as mesmas relações da escravocracia, expondo-as a mais situações de violência sexual, física, verbal, entre outras. Assim, a mulher negra, que é constantemente subalternizada, também é uma das principais forças que movem a estrutura do capitalismo.

Para fazer frente à posição de vulnerabilidade na qual o negro é lançado pela violência racial, engendrar um outro ideal de ego que admita os valores e traços próprios do negro, e isso se faz com luta política que considere a perspectiva histórica. Concordamos com Silva (2018) que precisamos construir ações coletivas, construir redes, tecer políticas articuladas e ações de prevenção contra o racismo, como propõem as normas e leis, recriando e transformando as relações sociais. Talvez o segredo esteja em construir um mundo, uma nova nação, aprendendo com as crianças.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Sueli Carneiro; Polén, 2019.

ALMEIDA, Vanessa Sievers de. **Educação em Hannah Arendt**: Entre o mundo deserto e o amor ao mundo. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

ARENDT, Hannah. **Eichmann em Jerusalém**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

ARENDT, Hannah. **A vida no Espírito**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, R. (org.). **Pierre Bourdieu**: Sociologia. São Paulo: Ática, 1983.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico**. Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021. Brasília, v. 54, n. 8, 29 fev. 2024. Disponível em: www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08. Acesso em: 18 out.2024.

CERQUEIRA, Daniel *et al*. **Atlas da Violência 2021**. São Paulo: FBSP, 2021. Disponível em: https://apidspace.forumseguranca.org.br/server/api/core/bitstreams/8858a4e2-54dc-4a08-9d77-d4a6dd073818/content. Acesso em: 18 out. 2024.

CORREIA, A. O conceito de ramal divino. **Trans/Forma/Ação** (São Paulo), v. 28, n. 2, 2005,

CRENSHAW, Kimberlé. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. **Stanford Law Review**, v. 43, n. 6, p. 1.241-1.299, Jul. 1991.

EPSTEIN, Rebecca; BLAKE, Jamilia; GONZÁLEZ, Thalia. **Girlhood Interrupted**: The Erasure of Black Girls Childhood. SSRN Electronic Journal, 2017. Disponível em: https://genderjusticeandopportunity.georgetown.edu/wp-content/uploads/2020/06/girlhood-interrupted.pdf. Acesso em: 10 out. 2024.

ESPÍRITO SANTO. Lei nº 11.147, de 07 de julho de 2020. Disponível em: https://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEI111472020.html. Acesso em: 18 out. 2024.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: Ed. UFBA, 2008.

FBSP - Fórum Brasileiro De Segurança Pública. **Anuário Brasileiro De Segurança Pública 2022**. São Paulo: FBSP, ano 16, 2022. ISSN 1983-7364.

FBSP - Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário Brasileiro De Segurança Pública 2023**. São Paulo: FBSP, ano 17, 2023. ISSN 1983-7364.

GOMES, Nilma Lino. **Sem perder a raiz**: corpo e cabelo como símbolos da identidade negra. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

ILO - International Labour Organization; Walk Free; IOM - International Organization for Migration. **Global Estimates of Modern Slavery: Forced Labour and Forced Marriage**. Geneve: ILO; Walk Free; IOM, 2022. Disponível em: https://publications.iom.int/books/global-estimates-modern-slavery-forced-labour-and-forced-marriage. Acesso em: 18 out. 2024.

KANT, Immanuel. Fundamentação da metafísica dos costumes. In: KANT, Immanuel. Ed. Victor Civita. **Crítica da Razão Pura e Outros Textos Filosóficos**. São Paulo: Abril Cultural, 1974. Coleção Os Pensadores. p. 195-256.

KEMPE, C. H. Sexual abuse, another hidden pediatric problem: the 1977 C. Anderson Aldrich lecture. **Pediatrics**, v. 62, n. 3, p. 382-38, 1978.

MARQUES, E. S. *et al*. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. e00074420, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00074420. Acesso em: 5 set. 2021.

MATTOSO, K. de Q. O filho da escrava: em torno da Lei do Ventre Livre. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 8 n. 16, p. 37-55. mar-ago/1988.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: N-1 edições, 2018, 80p. ISBN 9788566943504.

MOTT, M. L. B. A. Ser mãe: a escrava em face do aborto e do infanticídio. **R. História**, São Paulo. 120. p. 85-96, jan/jul. 1989.

NASCIMENTO, B. **Uma história feita por mãos negras**: Relações raciais, quilombos e movimentos. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

PIANA. M. C.; Bezerra, M. S. Marcas na infância: o poder do adulto sobre a criança e a violência sexual. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 19, n. 1, p. 200-212, jan./jul. 2019. DOI 10.34019/1980-8518.2019.v19.27782. Disponível: https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/27782/18980. Acesso em: 11 out. 2024.

QUEIRÓS, B. C. de. **O fio da palavra**. Il. Dalmo Dansa. Rio de Janeiro: Galera Record.2012.

RIZZINI, I. **O século perdido**: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. São Paulo: Cortez Editora, 2008

SOUZA, N. S. **Tornar-se negro**: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

SOUZA, N. S. **Tornar-se negro**: Ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

SANTOS, D. Pandemia aumenta risco de exploração e abuso sexual de crianças e adolescentes. **Criança Livre do Trabalho Infantil**, 18 maio 2021. Disponível em: https://livredetrabalhoinfantil.org.br/noticias/reportagens/pandemia-aumenta-risco-de-exploracao-e-abuso-sexual-de-criancas-e-adolescentes/. Acesso em: 2 set. 2024.

SILVA, P. B. G. Educação das Relações Étnico-Raciais nas instituições escolares. **Educar em Revista**, [s.l.], v. 34, n. 69, p. 193-207, jun. 2018. ISSN 1984-0411. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/educar/article/view/58097. Acesso em: 18 set. 2024.

SILVA, Enid Rocha Andrade; OLIVEIRA, Valéria Rezende de. Proteção de crianças e adolescentes no contexto da pandemia da covid-19: Consequências e Medidas Necessárias para o Enfrentamento. **Nota técnica**, Disoc IPEA, n. 70, maio 2020. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/index.php?option=com_content&view=article&id=35609. Acesso em: 11 out. 2024.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância; FBSP - Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Panorama da Violência Letal e Sexual Contra Crianças e Adolescentes**. UNICEF, FBSP, 2022. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/16421/file/panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil.pdf. Acesso em: 10 out. 2024.

VIEIRA, M. S. A Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes: Revisitando sua interface com a violência de gênero. In: GROSSI, P. K. (org.). **Violência e Gênero**: Coisas que a genes não gostaria de saber. 2. ed. rev. amp. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

SAÚDE, AMBIENTE E SEGURANÇA ALIMENTAR

5

REFLEXÕES SOBRE ÉTICA AMBIENTAL, SISTEMAS ALIMENTARES E DESIGUALDADES

MARCELO ELISEU SIPIONI
E MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

INTRODUÇÃO

A questão ambiental se apresenta, na atualidade, como a mais emergente temática sobre a qual devem ser direcionados esforços da humanidade, uma vez que a emergência climática e a perda da biodiversidade têm levado à previsão de risco quanto à permanência da vida na Terra. Vivemos um contexto de emergência ambiental na qual a ação do ser humano representa a principal força geológica do planeta, o que configura a teoria do Antropoceno, aqui compreendida como a época em que a ação humana representa a principal força geológica responsável pelas mudanças climáticas no Planeta (Latour, 2020a; Lewis; Maslin, 2015; Veiga, 2017).

A teoria do Antropoceno ainda não é reconhecida oficialmente pelas entidades oficiais do campo da geologia, uma vez que o desafio de estabelecer quando se iniciou ainda está posto na comunidade científica. Contudo, os efeitos da ação humana sobre a Terra e suas consequências catastróficas apresentam-se inquestionáveis no presente (Lewis; Maslin, 2015; Veiga, 2017). Segundo essa teoria, a ação humana direcionada à produção em escala industrial a partir do século XVIII potencializou uma progressiva relação do ser humano com a Natureza, caracterizada pela dominação e exploração ilimitadas, tornando-a mero objeto de usufruto e satisfação material do ser humano.

A previsão de que esse cenário coloca em risco as gerações futuras tem mobilizado diferentes atores para frear o avanço

predatório do ser humano a partir de novas e necessárias concepções sobre a relação entre humanidade e Natureza, de forma a não mais a submetermos à valoração instrumental típica do antropocentrismo utilitarista, defendendo uma concepção de pertencimento a Ela, não de superioridade. Nesse sentido, o sistema alimentar hegemônico representa uma das esferas em que esse avanço predatório acontece, uma vez que utiliza tecnologias e métodos produtivos extremamente agressivos frente à Natureza.

Nesse contexto, são requeridos novos posicionamentos da humanidade, no sentido de mitigarmos as previsões pessimistas que se anunciam para um futuro relativamente próximo (Latour, 2020a; Krenak, 2020a). Tal análise nos permite identificar a importância de refletir sobre a lógica dos sistemas alimentares, responsáveis por parcela considerável das mudanças climáticas e da perda da biodiversidade. Nessa perspectiva, a lógica predatória emanada pela concepção hegemônica de sistema alimentar contribui para a chamada Sindemia Global, caracterizada pela sinergia entre as pandemias de desnutrição, obesidade e mudanças climáticas (Swinburn *et al.*, 2019), evidenciando que as principais manifestações da insegurança alimentar em nível global estão intimamente relacionadas à injustiça climática. Em outras palavras, apesar de os eventos climáticos contemporâneos terem impacto global, especialmente sobre os sistemas alimentares e as manifestações de má nutrição deles decorrentes, territórios em que prevalecem situações de pobreza e vulnerabilidade são afetados de forma mais aguda, reforçando um quadro de desigualdades previamente instaurado pelo caráter historicamente excludente do modelo de desenvolvimento econômico.

Assim, o presente ensaio tem o objetivo refletir sobre uma necessária revisão ética direcionada à Natureza, especialmente no contexto do sistema alimentar hegemônico e as técnicas predatórias que utilizam frente à Natureza, como forma de frear as consequências do Antropoceno e permitirmos moderar um pessimismo iminente sobre a vida futura na Terra.

SISTEMAS ALIMENTARES E ÉTICA AMBIENTAL

De acordo com o High Level Panel of Expert on Food Security and Nutrition da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura, sistemas alimentares

> [...] compreendem todos os elementos (recursos naturais, humanos, insumos, infraestrutura, instituições, produtos, etc.) e atividades relacionadas à produção, processamento, distribuição, preparo e consumo de alimentos, assim como as consequências de tais atividades, incluindo impactos socioeconômicos e ambientais (HLPE- FSN, 2014, p. 29).

Tratamos de sistemas alimentares, no plural, para salientar as possíveis formas como se configuram suas diversas tipologias, que vislumbram formas modernas, tradicionais ou mistas em seu arranjo, impactando significativamente o ambiente alimentar e a cadeia de abastecimento alimentar nos quais se inserem (HLPE-FSN, 2017). Em outras palavras, são os sistemas alimentares que definem o padrão alimentar ao definirem o que será cultivado, processado, disponibilizado e acessível (FAO, 2013). Dessa forma, a existência de um modelo agroalimentar dominante, manifestando-se como sistema alimentar hegemônico, estabelece padrões de produção e consumo de alimentos também hegemônicos.

Rebrovick (2015) nos lembra, fundamentando a dimensão política do ato de comer, que os alimentos carregam consigo os atributos de seus métodos de produção, ressaltando as virtudes dos sistemas alimentares locais, numa prática ativista discutida por Azevedo (2015) e denominada locavorismo. Tal prática é permeada por intensos debates, mas é inegável o quanto comer localmente, ou seja, a partir da lógica geográfica de circuitos curtos de produção e consumo, pode contribuir para o corpo e para amenizar a destruição ambiental (Rebrovick, 2015), além de outros tantos benefícios, como a preservação da diversidade genética e o estímulo às tradições

alimentares, especialmente as relacionadas ao ato de cozinhar, sem reforçar o machismo e o patriarcado, historicamente inerentes a ele (Azevedo, 2015).

A ideia de sistema alimentar, portanto, carrega consigo os diferentes modelos de sociedade em disputa, de forma que sua concepção hegemônica representa a assimilação da ideia de sistema alimentar cooptada pela lógica do mercado, imputando ao alimento a mera categoria de "mercadoria" (Machado; Oliveira; Mendes, 2016). Ressalta-se que não só no processo produtivo a máxima capitalista do alimento mercadoria se impõe. O consumo é fortemente afetado pelas investidas da indústria, que tem influenciado de maneira decisiva as pesquisas em alimentação e nutrição, definindo, de forma parcial, o que é "saudável" (Nestle, 2019).

Esse modelo de sistema alimentar tende a corromper o metabolismo entre ser humano e Natureza, munindo o alimento de valor de troca, que se sobrepõe ao seu valor de uso, este último ainda capaz de conectar humanos e meio ambiente (McMichael, 2016; Souza, 2015). Dessa forma, "o regime alimentar do capital explora a força de trabalho e a Natureza juntas" (McMichael, 2016, p. 182) e identifica na Natureza uma ferramenta disponível para a obtenção de lucro sobre uma "mercadoria" com elevado apelo humanitário. Porém, o argumento de que "alimenta a sociedade", utilizado como respaldo para se impor sobre a finitude da Natureza, integra um dos tantos argumentos falaciosos de um modelo de agricultura dominadora, cuja postura antropocêntrica e utilitária atribui à Natureza apenas valores úteis aos humanos, especialmente, mas não só, econômicos (Gudynas, 2019; Mason; Kassam, 2020).

A centralidade sobre posicionamentos de ordem política no debate ambiental, contudo, presume que o avanço predatório sobre a Natureza ocorra tanto no espectro liberal-capitalista quanto em vertentes de desenvolvimento mais alinhadas ao marxismo. Mesmo que a teoria marxista seja eficiente em explicar as bases da alienação da sociedade frente ao modelo de produção nefasto do ponto de vista ambiental e social (Faria, 2018; Machado; Oliveira; Mendes, 2016;

McMichael, 2016), o arranjo de uma sociedade pós-capitalista, suposta pela utopia marxista, não sinaliza necessariamente uma demanda reduzida pela exploração da natureza (Latour, 2020b; Mason; Kassam, 2020). Latour (2020b, p. 52), numa tentativa de afastar a dualidade esquerda/direita dos debates em torno do necessário posicionamento político no contexto do Antropoceno, propõe o surgimento de um novo "ator-político", denominado Terrestre, direcionado a uma ampla noção de ecologia política.

De fato, é possível diagnosticarmos a lógica do "progresso ilimitado" tanto em governos de direita quanto governos progressistas, tendo a Natureza como sua fonte supostamente inesgotável de recursos (Gudynas, 2019; Latour, 2020b). A despeito do inegável avanço que posições progressistas representam quanto ao papel social do Estado na distribuição da riqueza, o desenvolvimento social que defendem também tende a se basear em uma noção antropocêntrica e utilitarista (Gudynas, 2019). No Brasil, o desenvolvimento do agronegócio é uma importante prova dessa premissa, tendo sido enaltecido e estimulado por governos de diversas vertentes políticas (Pompeia, 2021).

Apesar de os argumentos dos autores citados anteriormente serem coerentes, entendemos que, se há algum avanço possível que possamos identificar no horizonte quanto à questão ambiental, certamente o será em governos progressistas. Iniciativas adotadas a partir do início dos anos 2000, quando o Brasil passa a ser governado por um campo político de esquerda, representaram importantes conquistas para o desenvolvimento agrário sustentável e socialmente justo, impulsionadas pela criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), com significativa participação popular. Contudo, na transição de poder ocorrida a partir de 2016 e intensificada em 2019, quando setores conservadores assumem o governo, tais políticas são imediatamente desestruturadas, a começar pela destituição do CONSEA (Sipioni *et al.*, 2021).

De qualquer modo, o contexto ambiental atual exige noções éticas opostas ao antropocentrismo característico do sistema

agroalimentar dominante. Proposições éticas alternativas têm pautado os direitos da Natureza de forma ampliada, tais como a ética biocêntrica (Gudynas, 2019) e a ética ecocêntrica (Lourenço, 2019). Enquanto a primeira inclui todas as formas de vida no âmbito da valoração moral, a segunda busca compreender as relações ecossistêmicas como um todo, atribuindo valor moral às conexões entre os seres vivos.

O fato é que, apesar das diferenças entre os sujeitos, a serem valorados do ponto de vista ético, tratam-se de concepções éticas que buscam romper com as propostas inerentes ao ambientalismo tradicional, que evocam uma sustentabilidade completamente sujeita aos interesses humanos (Lourenço, 2019), amplificando os sujeitos de direitos quando comparado às éticas tradicionais.

Ademais, ambas as posturas éticas citadas não negam ou reduzem o direito ao ambiente saudável inserido na lógica dos direitos humanos de terceira geração. Contudo é importante frisar que o direito humano a um meio ambiente saudável tradicionalmente é tido como útil apenas às pessoas, constituindo uma noção ainda antropocêntrica de valoração da vida (Gudynas, 2019).

Nesse sentido, nos parece importante considerar o conceito de metacidadanias ecológicas (Gudynas, 2019), já que busca expandir a noção de cidadania ambiental. Se considerada a proposta clássica de cidadania ambiental, o direito ao meio ambiente saudável seria apenas um direito humano. Já as metacidadanias ecológicas abrangem uma noção plural, ética e ambiental, no qual estão inseridos os direitos da Natureza.

As reflexões éticas em torno do "uso" da Natureza pelo ser humano passam a pautar os debates sobre as políticas ambientais em nível mundial especialmente a partir do final dos anos 1980 e início dos anos 1990. Especificamente em 1992, com a Conferência da Organização das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente (Rio-92) no Rio de Janeiro, passa a ser fortemente debatido o termo "desenvolvimento sustentável" (Faria, 2018). Sua premissa era garantir que o desenvolvimento atual não interferisse no desenvolvimento das

futuras gerações, mas, atualmente, possui seu significado distorcido em muitos contextos em que é citado, uma vez que foi cooptado pela racionalidade instrumental do capitalismo (Ruiz; Maciel, 2020; Veiga, 2017).

Gudynas (2019) avalia que o próprio termo "desenvolvimento" não é ingênuo e carrega consigo a ideia de promoção do bem-estar generalizado, não sem demandar alto custo social e ambiental, além de promover desigualdades ao se alinhar facilmente ao consumismo. Segundo Faria (2018), a ideia de "desenvolvimento sustentável" foi concebida como possibilidade de união de opostos, entre os que não renunciavam ao crescimento econômico e aqueles que pautavam a proteção ambiental. Mesmo que em menor proporção, tal visão não deixa de delegar à Natureza uma conotação utilitarista, promovendo a ideia de uma economia verde, numa tentativa de aliar proteção ambiental e interesses do mercado. Longe de resolver o problema, essa noção de exploração, ainda circunscrita a uma ética utilitarista, não tem resolvido o problema da degradação ambiental (Gudynas, 2019).

Além disso, como conceito em disputa, o significado de sustentabilidade passou a se diversificar, coexistindo desde posições funcionais, sob uma ótica antropocêntrica, até aquelas que adentram a lógica biocêntrica. Gudynas (2019, p. 259) as resume em sustentabilidade fraca, forte e superforte, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Noções acerca do conceito e significado de sustentabilidade.

A sustentabilidade não é incorporada		Ideologia do progresso, metas de crescimento econômico, artificialização do meio ambiente, rejeição de limites ecológicos. Corresponde às posturas prevalecentes nas distintas variedades de desenvolvimento contemporâneo
Incorpora a sustentabilidade	*Sustentabilidade fraca*	Os temas ambientais são aceitos. Reformismo que busca articular o progresso a uma gestão ambiental. Os limites ecológicos são aceitos, mas são considerados modificáveis. Ênfase na valoração econômica; capital natural. Enfoque técnico.
	Sustentabilidade forte	Maiores críticas ao ideal do progresso. Economização da Natureza, mas com exigências de preservar o capital natural crítico. Enfoque técnico-político.
	Sustentabilidade superforte	Crítica substantiva à ideologia do progresso; busca de novos estilos de desenvolvimento; pós-materialismo. Conceito de patrimônio cultural. Ética biocêntrica. Enfoque político.

Fonte: Gudynas, 2004 apud Gudynas, 2019.

A partir dessa estratificação, é possível presumir que posturas alinhadas à ideia de sustentabilidade não caracterizam, necessariamente, uma postura ética contra-antropocêntrica. Na verdade, observar as diferenças entre as concepções de sustentabilidade torna-se importante até mesmo para amenizar os constrangimentos que vêm sofrendo aqueles que criticam o conceito (Faria, 2018), com base no vácuo ético que ele apresenta atualmente.

É comum, por exemplo, ouvirmos a defesa do agronegócio na

perspectiva da economia verde, cuja ideia tem a intensão de impulsionar a economia, reduzindo a crise nos países industrializados ao expandir os mercados de bens e serviços ambientais. Gudynas (2019) chega a questionar se ela representa sequer uma forma de sustentabilidade fraca, uma vez que transforma uma demanda ambiental em produtos comercializáveis, condicionando a adoção de medidas sustentáveis ao rentismo. Aqui, a defesa do meio ambiente se transforma, também, em uma mercadoria.

Nesse sentido, importa construirmos uma narrativa contrária àquela estimulada pela indústria e pelo mercado de que não é necessário pensar sobre o que se consome. Em relação à alimentação, por exemplo, já se evidencia uma necessária adequação na dieta da população brasileira com vistas a reduzir o impacto da alimentação no aumento da temperatura média do planeta (Garzillo *et al.*, 2021).

As consequências ambientais e sociais geradas pela despolitização do consumo deve ser compartilhada por todos, empresas, governos e consumidores, como sugere Faria (2018). Mas é inegável a necessária conscientização especificamente voltada ao consumidor sobre o ato de consumir e suas consequências.

O consumismo extrapola a simples aquisição de mercadorias. Quando consumimos, estamos expondo um elo entre o cotidiano local e as forças de produção e de mercado em nível global, aproximando atos cotidianos dos contextos políticos mundiais (Barbosa, 2010). O pensador indígena Ailton Krenak (2020b, p. 106) é categórico ao afirmar que "enquanto as bases materiais da nossa vida estão funcionando operantes, a gente não se pergunta de onde vem o que consumimos".

A lógica consumista expõe demandas insaciáveis por produtos que ampliam a exploração de bens naturais (recursos, na lógica da economia verde), provocando danos ambientais muitas vezes irreversíveis. Além disso, o consumismo expõe a exclusão social, quando permite que poucos consumam muito e muitos não consigam, sequer, adquirir bens básicos de sobrevivência (Faria, 2018). Contudo, promover mudanças na lógica de consumo de uma

sociedade requer um enorme esforço ao se interferir em sua cultura, uma vez que "todo e qualquer ato de consumo é essencialmente cultural" (Barbosa, 2010, p.13).

Segundo Santos (2001), antes o consumo gerava demandas para a produção, agora é a produção que define o que será consumido, no que denominou de despotismo do consumo. Tal lógica se esforça, com sucesso, para que o consumidor seja seduzido pelo produto, tornando secundárias suas conexões com as questões sociais e ambientais imbuídas em seu processo de produção.

Nesse sentido, para superar a lógica imposta pelo consumo numa sociedade de consumo é fundamental que sejam reforçadas e estimuladas as diversas formas de ativismos existentes na atualidade, em especial o ativismo alimentar, uma forma não convencional de fazer política, como destaca Azevedo (2017). Para tal, utiliza a linguagem ambientalista e celebra o prazer em comer, no qual a máxima "você é o que você come", típico do discurso nutricional reducionista, é substituída por "você é como você come" (Rebrovick, 2015, p. 684).

O ativismo alimentar atual, chamado de segunda geração por Portilho (2020), pressupõe fortes críticas ao sistema alimentar, angariando forte influência dos movimentos ambientalistas. Ele sugere que a alimentação conecta o indivíduo à tecnociência que caracteriza a produção de alimentos, com todas as suas questões morais (Castañeda, 2012).

Atualmente, diversos movimentos sociais vêm lutando por sistemas alimentares justos e sustentáveis (Tanaka; Tavares, 2022), na perspectiva da promoção de uma dita alimentação sustentável, caracterizada como uma alimentação

> com baixo impacto ambiental e que contribua com a segurança alimentar e nutricional e saúde das gerações atuais e futuras. É protetora e respeitosa com a biodiversidade e os ecossistemas, culturalmente aceitável, acessível, economicamente justa e com preços acessíveis; nutricionalmente adequada, segura e saudável; enquanto otimiza recursos humanos e naturais (FAO, 2012, p. 7).

A alimentação sustentável deve considerar as noções ambiental, social e econômica de sustentabilidade, respeitando, portanto, as diversas dimensões que atravessam os indivíduos que comem, incluindo seus contextos de desigualdades, como nos lembram Ueta e Pereira (2022). As autoras alertam que, apesar de as mudanças nos sistemas alimentares demandarem uma reorientação da lógica do consumo numa perspectiva mais ampliada, como já discutido, é necessário considerar que nem todas as pessoas têm poder de escolha sobre o que irão consumir. Nesse sentido, a promoção da alimentação sustentável, compatível com a necessária reorientação da lógica dos sistemas alimentares, deve incorporar a ideia de justiça alimentar, de forma a não estigmatizar ou culpabilizar grande parcela da população que já convive com situações de exclusão e vulnerabilidade.

A TECNOLOGIA A SERVIÇO DO SISTEMA ALIMENTAR HEGEMÔNICO

Com base nos argumentos apontados até aqui, parece-nos evidente a complexidade representada pelo simples ato de levar um garfo de comida à boca, uma vez que esse simples ato articula "experiências locais, particulares e subjetivas do ato de comer a eventos que ocorrem no cenário global" (Portilho; Castañeda; Castro, 2011, p. 103).

Ao articularmos as noções de sistemas alimentares, modelos econômicos e revisão de preceitos éticos que secundarizam o valor intrínseco da Natureza, evidenciamos o caráter globalizado, que possui o sistema alimentar hegemônico e o "agrobiopoder" que exerce (Azevedo, 2017, p. 287), ameaçando não só a soberania alimentar (Maluf, 2007), mas também provocando impactos socioambientais que se apresentam, agudamente, em nível local, mas que cada vez mais figuram no centro do debate acerca das mudanças climáticas em nível mundial.

O sistema alimentar hegemônico se desenvolveu sob uma perspectiva clássica da modernidade, tendo como momento de

inflexão a chamada "Revolução Verde", que chega ao Brasil entre os anos 1960 e 1970. A partir de seu advento, tecnologias de produção passaram a ser cada vez mais incorporadas na produção agrícola, sob a argumentação de cunho malthusiano de que a produção de alimentos precisava aumentar para suportar o crescimento populacional e, dessa forma, mitigar a fome (Pompeia, 2021), ignorando a denúncia científica e política feita por Josué de Castro (2008) anos antes, de que a fome tinha origem nas desigualdades sociais e no desinteresse político, especialmente por uma autêntica reforma agrária.

Os efeitos da Revolução Verde são sentidos até hoje quando observamos a configuração do sistema alimentar. A utilização de técnicas extremamente agressivas à Natureza são as grandes marcas nesse processo, com o uso cada vez maior de agrotóxicos, manipulação genética de sementes, manejo agressivo do solo com uso de adubos químicos e exploração indevida de sua capacidade regenerativa e exposição de alimentos a agentes químicos de amadurecimento forçado ou para ampliação do prazo de validade (Carneiro *et al.*, 2015; Machado; Oliveira; Mendes, 2016; Maluf, 2007; Ribeiro; Jaime; Ventura; 2017).

Já no componente propriamente industrial desse sistema, tem-se o uso aditivos alimentares para aumentar a preservação do alimento industrializado, além de atribuírem a eles sabores, odores, cores e texturas artificiais, com utilização de ingredientes baratos e de baixa qualidade, acarretando a disponibilidade de produtos industriais alimentícios de péssima qualidade nutricional, os alimentos ultraprocessados (Monteiro *et al.*, 2019), cujos malefícios à saúde humana têm sido intensamente comprovados pela literatura científica (Louzada *et al.*, 2021; Nilson *et al.*, 2023).

Dessa forma, como resultado dessa cadeia de intervenções tecnológicas, os produtos alimentícios gerados pelo sistema alimentar são imbuídos de algumas incertezas (e muitas certezas), tanto com relação à insegurança relacionada ao seu consumo pela população, uma vez que traz riscos à saúde humana, ocasionando aumento da

prevalência de doenças crônicas de ordem alimentar (Pineda *et al.*, 2023), quanto à preservação do meio ambiente.

Apostas atuais numa "agricultura 4.0", entendida como um modelo de produção agrícola centrada na exatidão para reduzir desperdícios, reconhecem no dito "agronegócio sustentável" uma importante evolução dos modelos tecnológicos anteriores utilizados na produção de alimentos, ao mesmo tempo em que subjugam a inserção da agricultura familiar no acesso a essas tecnologias (Viola; Mendes, 2022). Contudo, a lógica sugerida por essa nova fase da agricultura ainda nos parece bastante alinhada a um modelo de sustentabilidade fraca, conforme classificação sugerida por Gudynas (2019).

É importante ressaltar que a mesma tecnologia que impulsionou a devastação ambiental propõe, por exemplo, a construção de mecanismos tecnológicos que sequestrem carbono da atmosfera (Faria, 2018). Ou seja, não se cogita o uso da tecnologia para corrigir ou frear seu ímpeto de progresso ilimitado, mas para sugerir alternativas lucrativas aos danos causados por ela mesma, sem levar em consideração que nada é mais eficiente para o sequestro de carbono do que árvore viva.

A necessidade imposta pela emergência ambiental no contexto do Antropoceno exige mais do que alternativas amenizadoras quanto à formatação irresponsável do sistema alimentar hegemônico. O contexto atual nos obriga, irremediavelmente, a avançar o mais rápido possível na transição para sistemas alimentares articulados com as demandas da Natureza, ao passo que promovam saúde e segurança alimentar para as populações mundiais, a exemplo dos sistemas agroecológicos (Burigo; Porto, 2021; HLPE-FSN, 2019; Paula N. F.; Bezerra; Paula N. B., 2022). Esse modelo de produção de alimentos, fundamentado em noções fortes de sustentabilidade (Gudynas, 2019), representa a garantia de alimentos saudáveis para todas as formas de vida do planeta, afetando positivamente as vidas tanto de quem os consomem quanto das que estão envolvidas em sua produção.

Importante frisar que o uso excessivo e irresponsável da técnica, que caracteriza o advento e perpetuação do modelo agroalimentar predominante atual, desnuda seu ímpeto excludente não só com relação à Natureza, mas também entre os próprios seres humanos. Técnica que Krenak (2020b, p. 70) chama de "dança civilizada", referindo-se a ela como controle do Planeta. Dançam essa dança apenas os "humanos muito-humanos", enquanto os "quase humanos" preferem outras coreografias, que buscam situá-los como parte da Natureza, numa tentativa de confundir-se com ela. Esses "quase humanos", por isso, são "tirados de cena, por epidemias, pobreza, fome, violência dirigida" (p. 70). Trata-se aqui de uma clara alusão à ostensividade com que a técnica moderna se impõe aos que resistem a ela, como os povos originários. Em outra passagem, ressalta o pensador indígena:

> Os seres que são atravessados pela modernidade, a ciência, a atualização constante de novas tecnologias, também são consumidos por elas. Essa ideia me ocorre a cada passo que damos em direção ao progresso tecnológico: estamos devorando alguma coisa por onde passamos. Aquela orientação de pisar suavemente na terra de forma que, pouco depois de nossa passagem, não seja mais possível rastrear nossas pegadas está se tornando impossível: nossas marcas estão ficando cada vez mais profundas (Krenak, 2020a, p. 95-96).

Diante da constatação de que os prejuízos causados pelo uso irresponsável da tecnologia representam uma grande ameaça à manutenção da vida na Terra, a demanda inadiável que se impõe é a de estabelecermos, no presente, freios éticos à evolução da técnica tal como está dada hoje em todas as áreas de exploração humana, mas aqui, em particular, às técnicas utilizadas em qualquer dos componentes do sistema alimentar hegemônico. Não se trata de negar a técnica moderna e suas contribuições, mas, como sugere Hui (2020, p. 46), "analisar a possibilidade de futuros tecnológicos diferentes", no sentido da tecnodiversidade proposta pelo autor.

Nesse sentido, as contribuições de Hans Jonas (2006) nos parecem fundamentais nesse contexto. Para o filósofo alemão, toda manifestação e almejo da técnica moderna em transformar o presente necessita de uma avaliação quanto aos seus possíveis impactos sobre a vida futura, humana e não humana, mesmo que vantagens e benefícios à vida humana estejam associadas ao seu uso no tempo presente. Jonas denomina essa premissa de Princípio Responsabilidade[1], apontando que a precaução deve ser vista como virtude superior nesses casos, de forma que, se qualquer pequena possibilidade de o uso de uma dada técnica afetar a autenticidade da vida humana no futuro, teremos nessa pequena possibilidade argumento suficiente para questionar seu uso no presente.

Nesse sentido, o sistema alimentar hegemônico carece de análise ética sobre o uso das técnicas agressivas que se impõem à Natureza desde o contexto da Revolução Verde e expandidas até então. A proposta de Jonas (2006) e das demais premissas éticas suscitadas neste texto merecem toda a atenção de setores produtivos, gestores e acadêmicos que, juntos, devem, enquanto imperativo ético, lutar para que adiemos o fim do mundo o máximo possível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto do Antropoceno e suas consequências, especialmente quanto às mudanças climáticas em nível global, se apresenta como demanda irrefutável de análise e reformulação da relação que nós, seres humanos, estabelecemos com a Natureza. A postura

1. O princípio Responsabilidade pode ser compreendido de forma mais objetiva por meio de um imperativo categórico substitutivo àquele proposto por Kant. Assim, Jonas (2006, p. 47) propôs que os humano ajam "de modo a que os efeitos de tua ação sejam compatíveis com a permanência de uma autêntica vida humana sobre a Terra". Em sua obra, vale destacar, ressalta que uma "autêntica vida humana" só é possível quando à Natureza é garantido seu valor moral intrínseco, independentemente de benefício aos humanos.

hegemônica vigente, predatória e de viés utilitarista, cuja valoração ética à Natureza resume-se ao benefício econômico que dela provém, precisa ser imediatamente revertida em uma postura ética de reconhecimento do valor intrínseco que deve ser delegado a toda forma de vida, independentemente de benefícios humanos.

O sistema alimentar hegemônico se apresenta como uma das grandes manifestações dessa postura predatória no contexto ambiental atual, se valendo da riqueza da vida em todos os diferentes Biomas do Planeta para promover desigualdades socioeconômicas e minar a resiliência da Natureza. As técnicas utilizadas para produção agroalimentar em nível global desnudam uma necessária reflexão ética nas diversas dimensões dos sistemas alimentares, incluindo a produção e o consumo de alimentos, de forma a vislumbrarmos a possibilidade de mantermos uma autêntica vida no futuro.

Ressalta-se, mais uma vez, que as manifestações agudas e de médio prazo das mudanças climáticas afetam a todos, mas de formas distintas. Populações que vivem em territórios vulneráveis atravessadas por diversas dimensões de desigualdades tendem a sofrer mais os efeitos das adversidades climáticas, resultando no agravamento de situações já previamente precárias com aumento das manifestações de insegurança alimentar, seja a desnutrição, seja o excesso de peso e a fome oculta.

Nesse sentido, promover a alimentação sustentável, na perspectiva dos sistemas alimentares sustentáveis, é tarefa improrrogável tanto para adiar o fim do mundo quanto para mitigar os efeitos perversos da injustiça climática em nível global.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, E. O ativismo alimentar na perspectiva do locavorismo. **Amb. Soc.**, v. XVIII, n. 3, p. 81-98, 2015.

AZEVEDO, E. Alimentação, sociedade e cultura: temas contemporâneos. **Sociologias**, v. 19, n. 44, p. 276-307, 2017.

BARBOSA, L. **Sociedade de consumo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

BURIGO; A. C.; PORTO, M. F. Agenda 2030, saúde e sistemas alimentares em tempos de sindemia: da vulnerabilização à transformação necessária. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 26, n. 10, p. 4411-4424, 2021.

CARNEIRO, F. F. (org.). **Dossiê ABRASCO**: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.

CASTAÑEDA, M. Ambientalização e politização do consumo nas práticas de compra de orgânicos. **Caderno CRH**, v. 25, n. 64, p. 147-160, 2012.

CASTRO, J. **Geografia da Fome** – o dilema brasileiro: pão ou aço. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

FARIA, A. B. **Ética, consumo e meio ambiente.** Rio de Janeiro: Livros Ilimitados, 2018.

FAO - Food And Agriculture Organization. **Sustainable diets and biodiversity**: directions and solutions for policy, research and action. Rome: FAO, 2012. Disponível em: https://www.fao.org/4/i3004e/i3004e.pdf. Acesso em: 15 out. 2024.

FAO - Food And Agriculture Organization. **The state of food and agriculture**: food systems for better nutrition. Rome: FAO, 2013. Disponível em: https://www.fao.org/3/i3300e/i3300e.pdf. Acesso em: 30 jul. 2023.

GARZILLO, J. M. F. *et al*. Pegada de carbono na dieta no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 55, p. 90, 2021.

GUDYNAS, E. **Direitos da Natureza:** ética biocêntrica e políticas ambientais. São Paulo: Ed. Elefante, 2019.

HLPE- FSN - High Level Panel Of Experts On Food Security And Nutrition. **Food losses and waste in the context of sustainable food systems.** A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security. Rome: FAO, 2014. Disponível em: https://www.fao.org/3/i3901e/i3901e.pdf. Acesso em: 30 jul. 2023.

HLPE- FSN - High Level Panel Of Experts On Food Security And Nutrition. **Nutrition and food systems**. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security. Rome: FAO, 2017. Disponível em: https://www.fao.org/3/i7846e/i7846e.pdf. Acesso em: 30 jul. 2023.

HLPE- FSN - High Level Panel Of Experts On Food Security And Nutrition. **Enfoques agroecológicos y otros enfoques innovadores en favor de la sostenibilidad de la agricultura y los sistemas alimentarios que mejoran la seguridad alimentaria y la nutrición.** Un informe del Grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y nutrición del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial. Roma: FAO, 2019. Disponível em: https://www.fao.org/fileadmin/templates/cfs/HLPE/reports/HLPE_Report_14_ES.pdf. Acesso em: 30 jul. 2023.

HUI, Y. **Tecnodiversidade**. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

JONAS, H. **O princípio responsabilidade**: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Rio de Janeiro: Contraponto; Ed. PUC-Rio, 2006.

KRENAK, A. **A vida não é útil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020a.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo.** 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2020b.

LATOUR, B. **Diante de Gaia**: oito conferências sobre a natureza no antropoceno. São Paulo: Ubu; Rio de Janeiro: Ateliê de Humanidades Editorial, 2020a.

LATOUR, B. **Onde aterrar?** Como se orientar politicamente no Antropoceno. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020b.

LEWIS, S. L.; MASLIN, M. A. **Defining the Anthropocene**. Nature, v. 519, p. 171-180, 2015.

LOURENÇO, D. B. **Qual o valor da natureza?** Uma introdução à ética ambiental. São Paulo: Ed. Elefante, 2019.

LOUZADA, M. L. C. Impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde de crianças, adolescentes e adultos: revisão de escopo. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, sup. 1, e00323020, 2021.

MACHADO, P. P.; OLIVEIRA, N. R. F.; MENDES, A. N. O indigesto sistema do alimento mercadoria. **Saúde Soc**, v. 25, n.2, p. 505-515, 2016.

MALUF, Renato S. J. **Segurança Alimentar e Nutricional**. Petrópolis/RJ: Ed. Vozes, 2007.

MASON, J.; KASSAM, L. Agriculture planted the seeds of the alienation from nature. In: KASSAM, A.; KASSAM, L. (eds.). **Rethinking food and agriculture**. UK: Woodhead Publishing, 2020. p. 31-51.

MCMICHAEL, Philip. **Regimes alimentares e questões agrárias**. São Paulo: Ed. UNESP; Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2016.

MONTEIRO, C. A. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. **Public Health Nutr.**, v. 22, n. 5, p. 936-941, 2019.

NESTLE, M. **Uma verdade indigesta:** como a indústria alimentícia manipula a ciência do que comemos. São Paulo: Ed. Elefante, 2019.

NILSON, E. A. F. *et al.* Premature deaths attributable to the consumption of ultraprocessed foods in Brazil. **Amer J Prev Med.**, v. 64, n. 1, p. 129-136, 2023.

PAULA, N. F.; BEZERRA, I.; PAULA, N. M. Saúde coletiva e agroecologia: necessárias conexões para materializar sistemas alimentares sustentáveis e saudáveis. **Saúde Debate**, v. 46, n. esp. 2, p. 262-276, 2022.

PINEDA, A. M. R *et al.* Da produção aos impactos na saúde e no ambiente: uma análise dos sistemas alimentares de Brasil, Colômbia e Panamá. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 28, n. 4, p. 1101-1112, 2023.

POMPEIA, C. **Formação política do agronegócio**. São Paulo: Ed. Elefante, 2021.

PORTILHO, F. Ativismo alimentar e consumo político – duas gerações de ativismo alimentar no Brasil. **Redes**, v. 25, n. 2, p. 411-432, 2020.

PORTILHO, Fátima; CASTAÑEDA, Marcelo; CASTRO, Inês R. R. A alimentação no contexto contemporâneo: consumo, ação política e sustentabilidade. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 16, n. 1, p. 99-106, 2011.

REBROVICK, T. The politics of diet: "eco-dietetics", neoliberalism, and the history of dietetic discourses. **Political Research Quarterly**, v. 68, n. 4, p. 678-689, 2015.

RIBEIRO, H.; JAIME, P. C.; VENTURA, D. Alimentação e sustentabilidade. **Estudos Avançados**, v. 31, n. 89, p. 185-198, 2017.

RUIZ, C. B.; MACIEL, J. C. A ética do cuidado do outro e a bioética ambiental. **Rev. bioét.**, v. 28, n. 3, p. 440-448, 2020.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização:** do pensamento único à consciência universal. 6. ed. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2001.

SIPIONI, M. E. *et al*. Máscaras cobrem o rosto, a fome desmascara o resto: COVID-19 e o enfrentamento da fome no Brasil. In: ANDRADE, M. A. C. *et al*. (orgs.). **Gestão e práticas em saúde coletiva no contexto da pandemia de COVID-19.** Porto Alegre/RS: Rede Unida; Rio de Janeiro: AREA27, 2021. p. 56-72.

SOUZA, F. A. C. A relação natureza-sociedade no modo de produção capitalista. **Em Pauta**, v. 35, n. 13, p. 153-168, 2015.

SWINBURN, B. A. *et al.* The Global Syndemic of obesity, undernutrition, and clilmate changes: The Lancet Commission Report. **Lancet**, n. 393, p. 781-846, 2019.

TANAKA, J. H.; TAVARES, I. N. Movimentos sociais e sistemas alimentares mais justos e sustentáveis. In: MARCHIONI, D. M. L.; CARVALHO, A. M. (orgs.). **Sistemas alimentares e alimentação sustentável**. Santana de Parnaíba: Manole, 2022. p. 198-210.

UETA, M. H.; PEREIRA, M. Y. B. Alimentação sustentável: justiça alimentar. In: MARCHIONI, D. M. L.; CARVALHO, A. M. (orgs.). **Sistemas alimentares e alimentação sustentável**. Santana de Parnaíba: Manole, 2022. p. 135-142.

VEIGA, J. E. A primeira utopia do Antropoceno. **Amb Soc.**, v. XX, n. 2, p. 233-252, 2017.

VIOLA, E.; MENDES, V. Agricultura 4.0 e mudanças climáticas no Brasil. **Amb. Soc.**, v. 25, e02462, 2022.

6

A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL AO LONGO DA HISTÓRIA

EDUARDO BOARATO GONÇALVES
E FRANCIS SODRÉ

O conceito de Segurança Alimentar e Nutricional, tanto em âmbito internacional como no Brasil, passou por mudanças importantes ao longo das décadas. No início do século XX, ele tornou-se mais abrangente com as transformações históricas e alterações societárias, bem como as relações de poder. Na Europa, no contexto da Primeira Grande Guerra, o termo segurança alimentar possuía relação com a segurança nacional, ou seja, com a capacidade de cada país produzir sua própria alimentação. O entendimento restrito se deve à preocupação dos países com a vulnerabilidade oriunda de possíveis embargos ou mesmo boicotes por ensejos políticos ou militares (Leão, 2013).

A compreensão acerca da segurança alimentar se impulsiona após a eclosão da Segunda Guerra Mundial e a partir da constituição da Organização das Nações Unidas (ONU) em meados da década de 1940. A guerra agravou a fome como flagelo mundial, uma vez que a destruição foi bem maior e mais impactante para a economia. A esse cenário soma-se o período de bipolarização de disputa política e econômica do pós-Guerra conhecido como Guerra Fria (Silva, 2014). Na conjuntura da época, observava-se o conflito entre organismos como a Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO, em português Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação), que entendia a segurança alimentar como direito humano, e de outros, como Fundo Monetário Internacional

(FMI), Banco Mundial e Instituições de Bretton Woods[1], com o entendimento que a segurança alimentar seria garantida por mecanismos de mercado (Leão, 2013). Segundo Magalhães (2014, p. 1340):

> Após a II Guerra Mundial sucessivas crises no abastecimento de alimentos e o agravamento do quadro de fome e da miséria no mundo impulsionaram a criação da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO), a Organização Mundial da Saúde (WHO) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). É neste período, marcado pela preocupação com a questão da disponibilidade de alimentos e com o risco de embargos econômicos em zonas de conflito, que emerge o conceito de segurança alimentar.

Segundo Macedo *et al.* (2009, p 33), "após a segunda Guerra a segurança alimentar foi hegemonicamente tratada como uma questão de insuficiente disponibilidade de alimentos", tratando-se de um período de tensão política, reflexo da disputa entre os principais blocos em busca da hegemonia (Lehman, 1996 apud Macedo *et al.*, 2009, p. 33). Nesse contexto, foram então instituídas iniciativas de promoção de assistência alimentar que consistia na utilização de excedentes de produção dos países ricos.

---

1. Na conferência realizada em julho de 1944, na cidade de Bretton Woods, no estado de New Hampshire, nos EUA, 44 nações aliadas reuniram-se com o "objetivo central estabelecer a paz entre as nações depois de meio século de crises e disputas, sendo as Guerras Mundiais e a Grande Depressão de 1929 os eventos mais marcantes [...]. Basicamente, as reuniões de Bretton Woods focaram em estabelecer os critérios para negociações comerciais e financeiras a nível internacional, especialmente para regular as relações entre as maiores economias naquela época, como os Estados Unidos, Canadá, Europa Ocidental, Austrália e Japão. [...] Outra medida que foi estabelecida em Bretton Woods foi a inauguração do Fundo Monetário Internacional (FMI). [...] Os acordos focaram em estabelecer um equilíbrio entre as políticas monetárias dos países, de modo a manter a paridade com as moedas nacionais de um para um em relação ao ouro (o chamado padrão dólar-ouro)" (Novelo, 2021).

Comin (2021, p. 1) afirma que, após a Segunda Guerra, a ideia propagada com a Revolução Verde, cuja origem está vinculada à divisão mundial entre áreas de influência das grandes potências na época, Estados Unidos da América e a antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), "era de promover a diminuição da fome e ampliar capitais". Grandes empresas internacionais, como a Fundação Rockefeller[2], instrumentalizaram os ideais[3] da Revolução Verde que consistia no "uso intensivo de agrotóxicos e fertilizantes sintéticos na agricultura" (Andrades; Ganimi, 2007, p. 44). Em um contexto de globalização, a Revolução Verde "circunscreveu à lógica capitalista a relação do homem com a terra segundo preceitos utilitaristas" (Rosa *et al.*, 2020, n.p.).

Comin (2021) também afirma que, a partir de um discurso de atender uma necessidade humana básica, em um cenário no qual a fome estava no debate central, projetou-se uma nova forma de produzir que se aliou à modernização da agricultura. Para o autor, a dita revolução transformou a produção agrícola num modelo centrado na tecnificação, baseado na dependência financeira de grandes países e na integração com a indústria, isso porque, com o fim da guerra, "fábricas que destinavam sua capacidade de produção do nitrogênio para a fabricação de explosivos, passaram a ocupá-lo para fabricar fertilizantes" (Alves, 2013, p. 19). Em suma, a Revolução

2. "A Fundação Rockefeller foi criada em maio de 1913, em Nova York, por um poderoso grupo econômico dos Estados Unidos, constituído a partir da Standard Oil, em aliança com a igreja batista. Começou a desenvolver ações em educação e saúde no sul dos Estados Unidos. Por intermédio da International Health Commission, criada em 1913 também, abriu frentes na América Latina, Europa, Ásia e África. Muitos autores veem essa filantropia multinacional como mera fachada a esconder os verdadeiros objetivos da instituição: trabalhar em proveito dos lucros das empresas extrativas e agropecuárias dos Estados Unidos e expandir sua supremacia política e ideológica no âmbito do imperialismo mundial" (Benchimol, 2001).
3. Segundo Andrades e Ganimi (2007, p. 45), a "Revolução Verde não era penas um avanço técnico para aumentar a produtividade" e combater a fome, havia a intencionalidade por meio da agricultura para reprodução do capital, por meio de melhoramento de semente e produção de agrotóxicos.

Verde não combateu a fome como prometia, visto que a fome era e é um produto da desigualdade social e não da falta de produção de alimentos. Ademais, fundamentada no uso de sementes de alto rendimento, agrotóxicos, irrigação e mecanização, associado às novas variedades genéticas dependentes de insumos químicos, acarretou impactos ambientais, econômicos e sociais, tais como redução da biodiversidade, menor resistência às pragas e contaminação do solo, das águas e dos alimentos (Leão, 2013).

Na década de 1970, marcada pela escassez dos estoques mundiais de alimentos, difundiu-se a ideia que "não era suficiente só produzir alimentos, mas também garantir a regularidade do abastecimento" (Leão, 2013, p. 14). Em 1974, a Conferência Mundial de Alimentação "estabeleceu que a garantia da segurança alimentar teria que passar por uma política de armazenamento estratégico e de oferta de alimentos" (Macedo et *al.*, 2009, p. 35), associada à proposta de aumento da produção. O enfoque dado na ocasião era preponderante no produto e não no ser humano, não contemplando a dimensão do direito, afastando-se, portanto, "do foco original das Nações Unidas (fundado nos Direitos Humanos)" (Custódio *et al.*, 2011, p. 3).

No início da década de 1980, a FAO apresenta um novo conceito de segurança alimentar, reelaborado e relacionado com a garantia de acesso físico e econômico de todos, de forma permanente e em quantidade suficiente de alimentos. "A partir de então, ela aparece associada à garantia de poder aquisitivo da população, crescimento econômico, redistribuição de renda e redução de pobreza" (Valente, 1995 apud Hirai; Anjos, 2007, p. 339).

Entre o final da década de 1980 e início da década de 1990, é incorporada, ao conceito de segurança alimentar, a noção de acesso a alimentos seguros, ou seja, livre de contaminantes[4]. Numa visão

4. Refere-se a alimentos não contaminados biológica ou quimicamente, levando em consideração a qualidade (nutricional, biológica e sanitária) e a produção sustentável ambientalmente equilibrada, preconizando o respeito à diversidade cultural e ainda contemplando a ideia de acesso à informação.

consolidada nas declarações da Conferência Mundial de Saúde realizada pela Organização das Nações Unidas para o Alimento e a Agricultura (FAO) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em Roma no ano de 1992, agregou-se em definitivo o aspecto nutricional e sanitário ao conceito que passou a ser denominado Segurança Alimentar e Nutricional – SAN (Macedo *et al.*, 2009. p. 36). Contemporaneamente, outra importante dimensão coaduna a segurança alimentar e nutricional, a soberania alimentar, que diz respeito à diversidade e às multifacetadas manifestações acerca do ato de se alimentar, o que implica na defesa do direito de cada nação de definir políticas para a garantia da SAN, bem como a preservação de práticas de produção e práticas alimentares tradicionais de seus povos (Leão, 2013).

No Brasil, o conceito de SAN também passou por um processo de evolução. Segundo Alves e Jaime (2018), a agenda alimentar e nutricional precede o Sistema Único de Saúde (SUS) e tem origem no governo Vargas, na década de 1930, junto às questões trabalhistas[5] da época e também pela essencial contribuição de Josué de Castro[6], que, através do livro *Geografia da Fome*, na década de 1940, denuncia que a fome era proveniente das desigualdades sociais de um modelo econômico excludente e injusto permeado no Brasil.

---

5. Na década de 1930, no governo de Getúlio Vargas, são instituídas, na política trabalhista, duas medidas com relação à alimentação da classe trabalhadora: o salário mínimo, como proposta para satisfazer às necessidades básicas do trabalhador e sua família, e o Serviço de Alimentação da Previdência Social (Saps) de 1940, para a instalação de refeitórios em empresas maiores, o fornecimento de refeições nas de pequeno porte, a venda de alimentos mais acessíveis a trabalhadores com famílias numerosas, dentre outras medidas; além da formação técnica e apoio à pesquisas da situação alimentar da população.
6. Nessa trajetória é indubitável a contribuição de Josué de Castro, ele foi pioneiro na exploração acerca das diferentes formas de privação alimentar no Brasil. Para Leão (2013, p. 250-251) "foi, sem dúvida, o trabalho pioneiro de Josué de Castro que deu partida ao debate sobre o problema da fome e pobreza no Brasil. Ele foi o primeiro intelectual a denunciar a fome como produto da ineficiência da economia e do subdesenvolvimento, que de maneira perversa perpetuava as péssimas condições de vida e de alimentação de grande parte da população brasileira".

O Brasil experenciou diferentes modos de intervir sobre a fome. Ainda no Governo Vargas, em 1945, foi instituída nacionalmente a Comissão Nacional de Alimentação, responsável pela formulação de uma política nacional de alimentação, porém ela só se concretizou como importante estratégia em 1972, com a criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição[7]. Segundo Paiva *et al.* (2019, p. 5) entre 1950 e 1970, "as principais temáticas do campo da alimentação e nutrição giravam em torno de questões como desnutrição, suplementação alimentar, carências nutricionais, aleitamento materno, alimentação escolar, alimentação do trabalhador e educação nutricional".

Conforme resgate histórico proposto por Leão (2013), no Brasil, o conceito de segurança alimentar e nutricional vem sendo debatido desde a década de 1980. Em 1986, na I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, foi proposto que segurança alimentar consistia na "garantia, a todos, de condições de acesso a alimentos básicos de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades básicas, com base em práticas alimentares que possibilitem a saudável reprodução do organismo humano, contribuindo, assim, para uma existência digna", conceito posteriormente consolidado durante a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar em 1994.

Ressalta-se que somente a partir da preparação para a Cúpula Mundial de Alimentação (1996) e a criação do Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional (1998) – este composto por redes de organizações da sociedade civil, fóruns estaduais, regionais e indivíduos que atuam no campo da segurança alimentar – "o termo Segurança Alimentar e Nutricional passou a ser divulgado com mais força no Brasil" (Macedo *et al.*, 2009, p. 37), embora já se articulasse as dimensões alimentar e nutricional. Macedo *et al.* (2009) ressaltam a importância da articulação entre as duas dimensões: a alimentar diz respeito à produção, comercialização e o acesso ao alimento; e

7. Tratava-se de uma autarquia pública ligada ao Ministério da Saúde extinta em 1997.

a nutricional refere-se à escolha, preparo, consumo e sua íntima relação com a saúde e com a utilização biológica do alimento (Leão, 2013). A soberania alimentar, como princípio da SAN, na realidade brasileira, se traduz, por exemplo, no respeito e na manutenção dos modos artesanais de alimentação dos povos originários, quilombolas, ribeirinhos entre outros.

Na década de 1990, por força dos movimentos sociais organizados em fóruns e conferências, foi proposta uma agenda social que incluiu o combate à fome e à miséria, a promoção da segurança alimentar e nutricional e a defesa do direito à alimentação. A mobilização da sociedade civil culminou na incorporação dessa temática na agenda do governo Itamar Franco, que resultou na criação do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) em 1993[8].

Todavia, em 1994, no governo Fernando Henrique Cardoso, o CONSEA foi extinto[9] sob o argumento que seu papel seria atendido pelo Conselho do Programa Comunidade Solidária[10], que, segundo Silva, Yasbek e Giovanni (2007 *apud* Cruz, 2017, p. 3), "possuía a característica central de se firmar na focalização conservadora, orientando-se pelo combate à fome somente em alguns municípios brasileiros considerados mais miseráveis". As ações preconizadas pelo referido programa convocavam a sociedade civil a participar

8. Segundo dados da ABRANDH, o CONSEA foi criado no ano de 1993, no governo Itamar Franco, no contexto das mobilizações lideradas pelo Betinho (Herbert de Souza) na campanha nacional "contra a fome, a miséria e pela vida" (Leão, 2013).
9. Para Valente (2003, n. p.), "a extinção do CONSEA poucos dias após a posse de FHC, em 1995, apesar de acenos no sentido de sua manutenção, foi um reflexo de uma decisão política, coerente com a defesa intransigente da liberalização do comércio internacional, o governo via na proposta de segurança alimentar uma possível barreira não tarifária a ser usada como desculpa pela União Europeia e Estados Unidos para manter sua política de subsídios e manter fechados os seus mercados aos produtos do agronegócio brasileiro. A inserção das exportações agrícolas brasileiras no mercado internacional globalizado era visto como imprescindível ao desenvolvimento econômico nacional, e o governo estava disposto a pagar o preço exigido".
10. Instituído pela Medida provisória nº 813 de 1995.

sob o discurso da solidariedade, conferindo a ela corresponsabilidade no combate à fome e à miséria. Tais ações não se configuravam como políticas sociais, tampouco garantiam direitos preconizados na Constituição Federal de 1988, fazendo parte do ensejo neoliberal que ganhava força na gestão de FHC (Cruz, 2017, p. 3), que, embora tivesse recebido, nas palavras de Valente (2003, n.p.), "uma máquina administrativa desarticulada, já parcialmente desmontada e enfraquecida", optou pela "consonância com as exigências dos acordos internacionais e sob a égide do Consenso de Washington, dando continuidade à política de desmonte e enfraquecimento do Estado".

A SAN é uma política pública no Brasil e, embora essencialmente intersetorial, na atual conjuntura, está sob responsabilidade do Ministério de Desenvolvimento e Assistência, Família e Combate à Fome. Pelo caráter intrínseco de intersetorialidade, a SAN não está restrita apenas à Política de Assistência Social, ao contrário, se conecta à educação, à agricultura, à saúde e a outras áreas. Em 1998, iniciou-se a reformulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) no âmbito do SUS, justamente por incorporar, desde o início da década de 1990, o acesso universal à alimentação e também a dimensão nutricional, sendo aprovada, em 1999, pelo Conselho Nacional de Saúde. A PNAN foi reformulada em 2011, "passando a representar como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde em busca da garantia da segurança alimentar e nutricional da população brasileira" (Brasil, 2013, p. 7) e "integra os esforços do Estado brasileiro que, por meio de um conjunto de políticas públicas, propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação" (Brasil, 2013, p. 6). A PNAN passa a ser compreendida então "como uma política pública que objetiva ações de enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional da população brasileira" (Alves; Jaime, 2018, p. 1831), pioneira na adoção, como princípio, da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e com importância como interlocutora entre o SUS e à PNSAN.

> A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (Brasil, 2013, p. 21).

Assim sendo, no contexto da SAN, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem como "uma das prioridades a promoção da alimentação adequada, que envolve a prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos" (Erhardt; Perini, 2016, p. 20). Sendo o direito à alimentação essencial ao ser humano, é inaceitável que uma parcela expressiva da humanidade sofra os efeitos devastadores da fome. Logo, a efetivação desse direito exige um "olhar transdisciplinar", uma vez que passa "pela adoção de políticas e estratégias sustentáveis de produção, distribuição, acesso e consumo de alimentos seguros e de qualidade, promovendo saúde e alimentação saudável" (Erhardt; Perini, 2016, p. 20). O Estado tem o dever de cuidar daqueles que são atingidos pela fome aguda e crônica[11].

Isso posto, preconiza-se que a PNAN

> [...] além de se constituir como uma referência política e normativa para a realização dos diretos à alimentação e à saúde, representa uma estratégia que articula dois sistemas: o Sistema Único de Saúde, seu *lócus* institucional, e o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), espaço de articulação e coordenação intersetorial" (Brasil, 2013, p. 38).

Por sua natureza transversal e seu caráter eminentemente intersetorial, deveriam caminhar lado a lado SISAN e SUS. Ainda

11. Segundo Rangel (2016), a primeira equivale à urgência de se alimentar, a um grande apetite, e não é relevante para a discussão proposta [...] Já a fome crônica, permanente ocorre quando a alimentação diária, habitual, não propicia ao indivíduo energia suficiente para a manutenção do seu organismo e para o desempenho de suas atividades cotidianas.

que tenha obtido inegáveis avanços conforme menciona Bortolini *et al*. (2021), como ações mais consistentes em Vigilância Alimentar e Nutricional – que possibilita conhecer o estado nutricional e o consumo alimentar da população, a promoção da alimentação adequada e saudável –, realizadas, em sua maioria, em grupos ou em consultas individuais ou visitas domiciliares, questionamos sempre sobre a conexão, a funcionalidade da rede, no que diz respeito à garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), o acesso em si ao direito de alimentar-se, especialmente quando se trata de pessoas em situação de extrema pobreza.

Segundo Pinheiro; Carvalho (2010, p. 128), faz-se "necessário avançar no entendimento que as manifestações biológicas da fome – desnutrição ou obesidade (má nutrição) – são reflexos de um modelo de desenvolvimento social que privilegia o capital em detrimento do bem-estar social". Logo, "a questão social também se manifesta perante o contexto alimentar e nutricional, pois a submissão da sociedade aos interesses economicistas produz reflexos nos modos de comer, viver, adoecer e morrer das populações" (p. 128).

> A questão alimentar e nutricional precisa ser entendida a partir da problematização da alimentação como um direito humano e social da população brasileira, frente às emergentes demandas geradas para o atendimento das necessidades humanas. A contradição capital-trabalho é capaz de determinar quadros de carências e desequilíbrios nutricionais que são evidências de um mesmo fenômeno social: a insegurança alimentar e nutricional. Esta ora se manifesta como desnutrição e outros agravos decorrentes de carências nutricionais, ora como obesidade ou outra doença crônica não transmissível (Pinheiro; Carvalho, 2010, p. 125).

No primeiro governo Lula, em 2003, pela mobilização da sociedade civil, foi incorporado à agenda nacional o debate acerca da fome e da pobreza e, portanto, da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). No mesmo ano, foi recriado o CONSEA, concomitantemente

ao projeto da Estratégia Fome Zero. Em 2004, em Olinda, na II Conferência de Segurança Alimentar e Nutricional, foi apresentada a proposta de elaboração de uma política pública de SAN. Em 2006, foi aprovada a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), com vistas a criar um sistema público para a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada. Em 2010, a LOSAN foi regulamentada pelo Decreto 7272 e estabeleceu-se a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN). Para Leão (2013), a PNSAN foi o desfecho de articulações sociais, forjada na mobilização da sociedade civil. Assim sendo, tem-se o seguinte conceito, atualmente adotado no Brasil, posto pelo art. 3º da Lei 11.346/2006, a LOSAN:

> Segurança Alimentar e Nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (Brasil, 2006).

No âmbito da segurança alimentar e nutricional, toda pessoa deve ter garantido o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), e isso implica na garantia da proteção contra a falta de alimentos e a desnutrição. Diz respeito à qualidade e o que envolve as condições objetivas de vida, ou seja, as circunstâncias socioeconômicas, culturais e ambientais (Maluf, 2009). O DHAA é indispensável à satisfação dos demais direitos humanos, pois é condição básica à dignidade da pessoa humana.

Desde sua constituição em 1948, a OMS reconhece a saúde como direito humano. O direito à saúde inclui muitos outros direitos, como direito à vida, moradia, educação, informação, trabalho e alimentação, dentre outros, sendo este último foco dessa discussão e relacionado à segurança alimentar e nutricional. Para a OMS, erradicar a fome é um desafio imenso, já que a prevalência da insegurança

alimentar grave a nível global "permaneceu inalterada pelo segundo ano consecutivo, depois de ter aumentado acentuadamente de 2019 a 2020" (FAO *et al.*, 2023).

O relatório "O Estado da Segurança Alimentar e Nutrição no Mundo (SOFI)", produzido pela FAO e seus parceiros, aponta que, globalmente, a insegurança alimentar moderada e grave afeta desproporcionalmente mulheres e pessoas que vivem em áreas rurais. Se comparada as pessoas residentes em áreas urbanas, 26% das pessoas vivem em insegurança alimentar, enquanto nas zonas rurais esse percentual supera 33%. Com relação à questão de gênero, mesmo em queda no período pós-pandêmico, ainda são registrados níveis elevados de insegurança alimentar entre as mulheres (FAO *et al.*, 2023). Segundo a OMS, faz-se necessário investimento público na investigação e desenvolvimento de novas tecnologias e inovações para ambientes alimentares mais saudáveis e aumento da disponibilidade e acessibilidade de alimentos nutritivos (FAO *et al.*, 2023), uma vez que a maior disponibilidade de alimentos, que se tornam mais acessíveis e 'convenientes', são de ultraprocessados, ricos em gorduras, açucares e sal, contribuindo, por exemplo, para a desnutrição e a obesidade (FAO *et al.*, 2023).

A FOME NA SOCIEDADE BRASILEIRA

A fome se configura como uma das expressões da questão social[12] que revela a mais triste face da pobreza e desigualdade social. Vive-se numa sociedade que produz, diariamente, toneladas de alimentos e, na qual, paradoxalmente, pessoas vivem em situação de fome e insegurança alimentar e nutricional. Como afirma Rangel (2016, p. 1), "nenhuma calamidade pode desagregar a personalidade humana

12. Por 'questão social', entendemos a disputa, pelas classes sociais, da riqueza socialmente construída na sociedade capitalista (Yasbek, 2010).

tão maciçamente e num sentido tão nocivo quanto à fome quando alcança os verdadeiros limites da inanição".

Em um modelo de economia dependente, como é o caso do Brasil, Luciano; Correa (2022, p. 480) afirma que "alimento é mercadoria, é commodity no sistema capitalista e no modelo do agronegócio tem seu preço transacionado no mercado financeiro internacional, e não na condição interna de produção". Ou seja, não depende apenas das escolhas políticas de um governo, mas também do fato de estarmos subordinados a grandes economias, o que, na prática, significa, por exemplo, a "redução de incentivos aos pequenos produtores e a manutenção de fundos para o agronegócio" (Luciano; Correa, 2022, p. 480). É importante destacar o *lobby* do agronegócio na política brasileira, um setor que exerce forte influência sobre o legislativo e o executivo no país, "especialmente no que diz respeito à liberação indiscriminada do uso de agrotóxicos, à criminalização dos movimentos do campo, ao enfraquecimento da demarcação de terras e territórios indígenas e quilombolas" (Luciano; Correa, 2022, p. 481).

Ainda que tenha sejam alcançados importantes resultados no combate à fome e avanços na Política de Segurança Alimentar e Nutricional, como no período dos governos do Partido dos Trabalhadores, entre 2003 e 2014, Luciano e Correa (2022, p. 480) afirmam que "tal feito não pode ser considerado meramente vontade política", uma vez que não houve ruptura com a condição dependente do capitalismo, embora os governos tenham encontrado condições de avançar no combate à fome. Como afirmam as autoras, as raízes da fome estão além dessas aparências, a fome no Brasil não é conjuntural, mas estrutural, porque está atrelada ao desenvolvimento capitalista no Brasil.

Desde o golpe institucional de 2016, que resultou na destituição de Dilma Rousseff, ascendeu no país a extrema direita e, por conseguinte, ganhou força "um neoliberalismo radicalizado denominado de ultra neoliberalismo" (Silva, 2023, p. 283). Os governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro, alinhados a essa postura política e ideológica, retomam no Brasil a ofensiva ultraliberal, que, somada à crise

internacional do capital e à crise sanitária da covid-19, constituíram um contexto que corroborou para a redução da intervenção estatal, configurando-se o enfraquecimento das políticas de segurança alimentar e nutricional no Brasil.

Em se tratando da intensificação da retirada do Estado, no que tange as suas responsabilidades sociais, Valla *et al.* (2005, p. 34) apontam para o declínio dos direitos sociais, "significando a redução do uso da carteira do trabalho, mercantilização dos serviços sociais, desproteção ao trabalho, privatização de serviços como saúde, educação" entre outros. Os autores destacam que esse cenário, em que se intensifica o corte dos gastos sociais, corrobora para um contexto de empobrecimento, sendo importante destacar que a crise do capital tem como uma das principais características a precarização das relações de trabalho. E isso traz impactos para a segurança alimentar e nutricional, sobretudo, como afirmam Tavares; Ferreira; Moreira (2018, p. 12), para os grupos mais vulneráveis às mudanças no mundo do trabalho, especialmente na conjuntura atual brasileira das reformas trabalhista e previdenciária, as quais desafiam a promoção da saúde, impossibilitando assegurar uma alimentação saudável. Segundo Tavares, Ferreira e Moreira (2018, p. 14):

> A precarização no mundo do trabalho, portanto, desponta novos desafios para assegurar a SAN de populações sabidamente vulneráveis, como os trabalhadores de baixa renda, sobretudo, pela imposição de dinâmicas de trabalho sacrificantes e mal remuneradas que prejudicam a saúde desses trabalhadores, inclusive, pela dificuldade de acessar e manter uma alimentação saudável e adequada.

Valla *et al.* (2005) salientam que, num contexto globalizado, outras modificações ocorrem num país como o Brasil. Há o aumento da instabilidade social, ou seja, a insuficiência de recursos advindos dos impostos, já que são direcionados majoritariamente para assegurar o pagamento da dívida externa, deixando de garantir condições objetivas de vida digna para a maioria da população brasileira,

instituindo, portanto, o Estado mínimo e a "lógica de individualismo e lucro que prejudica os mais fracos e vulneráveis" (p. 51).

A política de austeridade fiscal oriunda da Emenda Constitucional 95 (EC 95) de 2016, a partir da qual o governo federal congelou o orçamento público durante 20 anos, aprofundou ainda mais a desigualdade social no Brasil e, por conseguinte, resultou no aumento da fome. O II Inquérito Nacional de Insegurança Alimentar (II Vigisan), produzido pela Rede Penssan[13] em 2022, apontou que a intensificação desse cenário de reforma do Estado e de redução dos direitos sociais trouxe consequências para a sociedade, incidindo gravemente sobre o Direito Humano à Alimentação de Adequada (DHAA), agravando um cenário pré-existente.

Destacam-se, nesse processo, a desarticulação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) "por meio do gradativo abandono do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN)" (Amorim; Ribeiro Junior; Bandoni, 2020, p. 1137), fundamentais para o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Cabe registrar que, por uma medida autoritária, o governo Bolsonaro extinguiu[14] o CONSEA no primeiro dia de seu mandato. A extinção do CONSEA incidiu gravemente sobre o controle e a participação social, ocasionando a não realização da Conferência Nacional de Segurança Alimentar

13. A criação da rede nacional de pesquisa em SAN teve início com a instituição do Grupo Pró-Rede de Pesquisadores e Pesquisadoras em SAN, articulação prevista em proposições das Conferências Nacionais de SAN e no Seminário de Pesquisa em SAN, realizado em dezembro de 2012, em Brasília, pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) em parceria com o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e Ministério das Relações Exteriores (MRE). Esse seminário produziu uma Carta Política a qual indicou a necessidade de constituir uma rede de pesquisadores (as) em SAN no Brasil.
14. Em 1º de janeiro de 2019, recém-empossado, Jair Bolsonaro revoga, na Medida Provisória 870, trechos da lei que prevê a composição do CONSEA (Melgarejo; Souza, 2019).

e Nutricional em 2019, instância responsável pela indicação de diretrizes e prioridades da Política e do Plano Nacional de Segurança Alimentar. Como consequência, as prioridades para a segurança alimentar e nutricional deixaram de ser definidas e o Plano Nacional de Segurança Alimentar (PLANSAN)[15] referente ao quadriênio 2020-2023 não foi elaborado pelo governo federal (p. 1137).

Evidencia-se ainda que o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) já havia sofrido redução da reserva orçamentária no governo Dilma, porém apresentou menor investimento desde sua criação, numa decrescente sequencial de recursos, nos governos Temer e Bolsonaro. Nesse contexto, a execução do PAA em 2019 foi a menor no que diz respeito à reserva orçamentária em sua história (Perin; *et al.*, 2021), se comparado ao ano de 2012, quando o aporte financeiro ultrapassou R$ 580 milhões (Brasil, 2014) distribuídos nas modalidades do programa. Como mencionado, desde o primeiro governo Dilma, o PAA segue um movimento decrescente de recursos, todavia é evidente o aniquilamento do programa a partir de 2016, quando foram investidos cerca de R$ 197 milhões. No ano seguinte, R$ 124 milhões (Viegas *et al.*, 2019), e, em 2018 e 2019, R$ 63 e 41 milhões respectivamente (Viegas *et al.*, 2020), justo no momento que o país retornava ao mapa da fome[16], do qual,

15. O PLANSAN é constituído pelo conjunto de ações do governo federal que buscam garantir a segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada à população brasileira. É elaborado pela Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) em conjunto com o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA).
16. "O Mapa da Fome é uma ferramenta publicada anualmente pela FAO que apresenta o número de pessoas que enfrentam a fome e a insegurança alimentar no mundo, além de apontar os países em que existem populações que não têm acesso à alimentação, têm acesso inadequado ou insuficiente para uma vida saudável. Para a FAO, um país entra no Mapa da Fome quando mais de 2,5% de sua população enfrenta falta crônica de alimentos e, para identificar esse percentual e outros número relacionados a fome e a insegurança alimentar, a FAO utiliza indicadores tais como: 1) Profundidade da fome: a qual é medida pela estimativa de pessoas que enfrentam a fome ou têm alimentação

segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), havia saído recentemente, em 2014.

A fome em ascendência e a pandemia tornaram a situação crítica. O Brasil retornou a níveis de fome da década de 1990 (Guedes, 2022). Mesmo com a resistência do governo federal, foram garantidos, por meio do Ministério da Cidadania[17] e recursos da covid-19 (Medida Provisória 957), R$ 223 milhões para a segurança alimentar e nutricional para a implementação de ações urgentes que o contexto exigia (Viegas *et al.*, 2021).

A fome e a insegurança alimentar[18], como manifestação da questão social no momento vivido no Brasil, e as medidas austeras supracitadas inviabilizaram o DHAA. Conforme apresenta o II Inquérito Nacional de Insegurança Alimentar (II Vigisan), no Brasil no contexto da pandemia, há uma estimativa de que apenas metade das 100 milhões de pessoas antes atendidas pelo Programa Bolsa Família (PBF) e pelo auxílio emergencial permaneceram com acesso ao Auxílio Brasil[19]. Os dados apresentados pelo inquérito dão

---

insuficiente e inadequada; 2) Desnutrição: a qual considera não somente pessoas que não têm acesso à alimentação, mas também aquelas que têm acesso insuficiente e/ou inadequado; 3) População: consiste na identificação de populações em situação de vulnerabilidade e que, consequentemente, enfrentam a fome, tais como mulheres e crianças" (Santos, 2023).

17. Atual Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, que é responsável pelas políticas nacionais de desenvolvimento social, de segurança alimentar e nutricional, de assistência social e de renda de cidadania no país.
18. A caracterização da insegurança alimentar (classificação da fome) se dá da seguinte forma: "1) Segurança alimentar: a família/domicílio tem acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais; 2) Insegurança alimentar leve: há preocupação ou incerteza quanto ao acesso a alimentos no futuro ou piora na qualidade dos alimentos, para evitar comprometer a quantidade de alimentos; 3) Insegurança alimentar moderada: há redução quantitativa de alimentos entre os adultos ou ruptura nos padrões de alimentação, por conta da falta de alimentos; 4) Insegurança alimentar grave – há redução quantitativa severa de alimentos também entre as crianças" (Valadares, 2022).
19. Auxílio Brasil, programa de transferência de renda instituído no governo

conta que mais de 125,2 milhões de pessoas estão em insegurança alimentar e mais de 33 milhões em situação de fome, ou seja, em insegurança alimentar grave (Rede Penssan, 2022).

A pesquisa mostrou que, entre o final de 2021 e o início de 2022, pouco mais de 40% de domicílios tinham acesso pleno aos alimentos, portanto, viviam em segurança alimentar e nutricional, e 28% destes referenciaram instabilidade na alimentação, o que pode ser entendido, conforme Escala Brasileira de Insegurança Alimentar[20] (EBIA), como a preocupação quanto à impossibilidade de obtenção de alimentos ou mesmo comprometimento da qualidade de aquisição destes, nesse caso insegurança alimentar leve. No entanto, em um terço (30,7%) dos domicílios pesquisados, houve relatos de insuficiência de alimentos para suprir as necessidades dos moradores, ou seja, insegurança alimentar moderada ou grave, sendo que 15,5% deles conviveram com experiência de fome (Rede Penssan, 2022).

Em se tratando da realidade brasileira, os dados do interior[21]

Bolsonaro em substituição ao Programa Bolsa Família (Lei Federal 14.469, de 2022).

20. A EBIA foi adotada pelo Brasil, em 2004, para estimar a insegurança alimentar (IA) da população. Trata-se de metodologia que dialoga com o conceito de SAN nos estudos populacionais e identifica situações de privação na alimentação vividas pelas famílias antes mesmo que estejam instalados quadros de agravos à saúde e do estado nutricional das pessoas. A EBIA avalia o acesso aos alimentos nos lares na perspectiva dos responsáveis pelo preparo das refeições ou de algum/a morador/a adulto/a que tenha conhecimento da dinâmica alimentar das famílias, diante da escassez de dinheiro, em quatro níveis (SA e IA leve, moderada ou grave). O nível mais severo – IA grave – permite o monitoramento da fome no país. Outras escalas equivalentes de aferição da SA/IA têm sido usadas em diversos continentes e em países de renda alta, média e baixa, bem como pela ONU, como instrumento adequado para o monitoramento do Objetivo 2 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

21. Aqui há um paradoxo. Enquanto, nas áreas rurais, a insegurança alimentar atinge 60% dos domicílios, a produção agrícola bateu recordes na produção de alimentos. Segundo o IBGE (2023), "a estimativa de novembro de 2023 para a safra nacional de cereais, leguminosas e oleaginosas alcançou 316,3 milhões de toneladas, 20,2% maior que a obtida em 2022 (263,2 milhões de toneladas), crescimento de 53,1 milhões de toneladas". Segundo relatório de produção agrícola (novembro

(IBGE, 2023) são ainda mais graves, com níveis de insegurança alimentar atingindo 60% dos domicílios, ressaltando formas mais severas, com insegurança alimentar moderada e grave em 16,9% e 18,6%, respectivamente. O Brasil é um país de dimensões continentais, destacam-se ainda as desigualdades regionais em todas as políticas sociais: educação, saneamento, trabalho, cultura, saúde, entre outras. A pesquisa revela que, se comparada a situação das regiões Norte e Nordeste, onde se concentram o segmento de menor renda do país, encontrou-se um maior número de pessoas em situação de fome. Como revelam os dados, essas pessoas estão em constante restrição de alimentos, configurando insegurança alimentar grave em cerca de 26% dos domicílios da região Norte e 21% do Nordeste (Rede Penssan, 2022).

O II Vigisan ainda ratificou a questão histórica do racismo estrutural, o qual a maioria dos brasileiros e brasileiros em insegurança alimentar ou em situação de fome são pessoas autodeclaradas negras ou pardas. O relatório destaca que o racismo no Brasil "está presente em diferentes formas e em diferentes contextos, e não deixa de se expressar ao ser analisada a garantia ou a falta dela ao direito humano a uma alimentação suficiente e de qualidade" (Rede Penssan, 2022, p. 51). Prova disso é que seis em cada dez domicílios cujos responsáveis se identificavam como pretos ou pardos viviam em algum grau de insegurança alimentar, enquanto mais de 50% dos domicílios cujos responsáveis eram de raça/cor branca autorreferida tinham SAN garantida (p.51). Da mesma forma, foram evidenciadas as desigualdades de

---

de 2023), "o arroz, o milho e a soja são os três principais produtos deste grupo, que, somados, representam 92,6% da estimativa da produção e respondem por 87,0% da área a ser colhida". No que diz respeito à produção, "ocorreram acréscimos de 26,9% para a soja, de 14,4% para o algodão herbáceo (em caroço), de 49,9% para o sorgo, de 18,9% para o milho, com aumentos de 9,2% no milho na 1ª safra e de 21,9% na 2ª safra, enquanto, para o arroz em casca e para o trigo, houve decréscimos de 3,9% e 11,3%, respectivamente. A estimativa da produção de cereais, leguminosas e oleaginosas apresentou variação anual positiva para as cinco Grandes Regiões: a Região Sul (23,4%), a Centro-Oeste (23,3%), a Sudeste (9,2%), a Norte (23,0%) e a Nordeste (6,2%)" (IBGE, 2023)

gênero: nos domicílios em que a mulher é responsável pela família, 37% estavam em SAN, enquanto nos domicílios com responsáveis homens, o percentual foi de 47,9%. Aqui também seis em cada dez (63%) domicílios com responsáveis do sexo feminino estavam em algum nível de insegurança alimentar. Destes, 18,8% em situação de fome (p. 50). Em suma, a fome tem cor, tem gênero, tem classe social.

O IBGE (2020) já indicava que, no Brasil, no final de 2019, ou seja, antes da crise sanitária da covid-19, a existência de 51,9 milhões de pessoas em situação de pobreza e 13,9 milhões na pobreza extrema, sendo as últimas as pessoas que vivem com menos de R$ 162,00 por mês ou U$ 1,9 dólar por dia. Para se pensar a pobreza e a extrema pobreza do ponto de vista conceitual, não se pode perder de vista que ela "é expressão direta das relações vigentes na sociedade, relações extremamente desiguais, em que convivem acumulação e miséria" (Yasbek, 2010, p. 1), é resultado da acumulação do capital, portanto, expressão da questão social, uma vez que a riqueza produzida socialmente não é distribuída. Nessa perspectiva, para Martins (1991, p. 15), a pobreza é uma categoria 'multidimensional', ela "não se expressa apenas pela carência de bens materiais ou aspectos econômicos, mas também se constitui numa "carência de direitos, de oportunidades, de informações, de possibilidades, de esperança".

A evidente regressão "nos avanços no período 2004-2013, período relativo à redução da insegurança alimentar e nutricional e da fome no Brasil e à mitigação das desigualdades" (Salles-Costa *et al.*, 2022, p. 13) se dá pela ruptura dos investimentos sociais, já que não haverá avanços se as ações governamentais forem pontuais. Do mesmo modo, no campo da saúde coletiva, afirma Guerra (2022, p. 10-11), "permanece a necessidade de proteção, cumprimento das garantias e efetivação do Direito Humano à Alimentação Adequada, como um direito de todos".

Para a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO (2015, p. 2), SUS e SISAN "são espaços políticos com forte potencial de interação", pois realizam conferências, possuem instâncias de participação e controle social, além de terem em comum os princípios

da intersetorialidade e universalidade. Segundo a organização, "desenvolver as ações de alimentação e nutrição no âmbito do SUS, sob a ótica da SAN, implica fortalecer formas diferenciadas de operacionalização de programas já existentes" (ABRASCO, 2015, p. 2), ou seja, a implementação de processos pautados na integração entre produção, comercialização e acesso. Em termos práticos, toma-se como exemplo: as compras institucionais da agricultura familiar; uma produção orgânica e agroecológica; a reconstrução de valores e práticas na ótica da SAN, do DHAA e da soberania alimentar; a qualidade nutricional dos alimentos, livres de contaminantes, por exemplo, agrotóxicos; e, ainda, a proteção da população quanto à exposição às intensas estratégias de *marketing* de alimentos ultraprocessados, tudo isso indo de encontro aos interesses dos impérios alimentares.

É necessário, portanto, o fortalecimento de estratégias e conteúdos referentes ao SUS e SISAN, e até mesmo o SUAS. A formação acadêmica nos diversos perfis profissionais, bem como a formação permanente dos trabalhadores que atuam diretamente com as populações em maior vulnerabilidade, é imprescindível para o fortalecimento da participação social. A transversalidade nas agendas governamentais, uma abordagem integral, parece o caminho para a segurança alimentar e nutricional e a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Associação Brasileira De Saúde Coletiva. **Fortalecimento da Agenda de Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde Subsídios para as Conferências de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional.** Brasília: ABRASCO, 2015. Disponível em: https://abrasco.org.br/wp-content/uploads/2015/06/Documento-GTANSC-ABRASCO-para-subsidiar-conferencias-SAN-e-Saude_2015.pdf diar-conferencias-SAN-e-Saude_2015.pdf. Acesso em: 24 fev. 2024.

ALVES, K. P. de S.; JAIME, P. C. A. Política Nacional de alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4331–4340, nov. 2018.

ALVES, Tadeu Clovis. **A Revolução Verde na mesorregião Noroeste do RS (1930- 1970).** Dissertação (Mestrado em História) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2013.

AMORIM, A. L. B. de.; RIBEIRO JUNIOR, J. R. S.; BANDONI, D. H. Programa Nacional de Alimentação Escolar: estratégias para enfrentar a insegurança alimentar durante e após a COVID-19. **Revista De Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 1134-1145, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-761220200349. Acesso em: 16 jul. 2024.

ANDRADES, Thiago Oliveira de; GANIMI, Rosângela Nasser. Revolução verde e a apropriação capitalista. **CES Revista**, Juiz de Fora, v. 21, p. 43-56, 2007. Disponível em: http://web2.cesjf.br/sites/cesjf/revistas/cesrevista/edicoes/.../revolucao_verde.pdf. Acesso em: 25 ago. 2023.

BENCHIMOL, J. L. (coord.) **Febre amarela**: a doença e a vacina, uma história inacabada [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. 470 p. ISBN 85-85676-98-1.

BORTOLINI, G. A. *et al*. Evolução das ações de nutrição na atenção primária à saúde nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00152620, 2021.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm. Acesso em: 05 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed., 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **PAA: 10 anos de aquisição de alimentos**. Brasília (DF): MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2014. ISBN: 978-85-60700-66-0. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmps/ferramentas/docs/PAA.pdf. Acesso em: 29 abr. 2023.

COMIN, Márcio. A Revolução Verde e o processo de modernização agrícola em Soledade (RS, Brasil) de1960 a 1990. **Rev. Hist. UEG**, Morrinhos, v. 10, n. 2, e-022122, jul./dez. 2021.

CRUZ, S. R. Uma análise sobre as ações de combate à fome no Brasil: da década de 1990 à estruturação do SISAN. In: JORNADA INTERNACINAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 8., 2017, São Luís (MA). **Anais...** v. 1, n. 1, São Luís, 2017.

CUSTÓDIO, Marta Battaglia; *et al*. Segurança alimentar e nutricional e a construção de sua política: uma visão histórica. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, SP, v. 18, n. 1, p. 1-10, 2011. DOI: 10.20396/san.v18i1.8634683. Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8634683. Acesso em: 23 ago. 2024.

ERHARDT, Caroline; PERINI, Carla Corradi. Bioética e o Direito Humano à Alimentação Adequada. In: ROSANELI, Caroline Filla. **Contexto, conflitos e escolhas em Alimentação e Bioética**. Curitiba: PUCPRess, 2016. p.15-34.

FAO; FIDA; OPS; PMA; UNICEF. **Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022:** hacia una mejor asequibilidad de las dietas saludables. Santiago de Chile: FAO; FIDA; OPS; PMA; UNICEF, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.4060/cc3859es. Acesso em: 15 ago. 2024

GUEDES, Aline. Retorno do Brasil ao Mapa da Fome da ONU preocupa senadores e estudiosos. **Senado** [portal online], 2022. Agência Senado. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2022/10/retorno-do-brasil-ao-mapa-da-fome-da-onu-preocupa-senadores-e-estudiosos. Acesso em: 08 jul. 2023.

GUERRA, Lúcia Dias da Silva. ComiDHAA de verdade para todos: desafios para a efetivação do direito humano à alimentação adequada no cenário de crises no Brasil. **Saúde e Sociedade** [online], v. 31, n. 2, 2022. Epub 03 Jun 2022. ISSN 1984-0470.Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210370pt. Acesso em: 10 fev. 2024

HIRAI, Wanda; ANJOS, Flávio. Estado e segurança alimentar: alcances e limitações de políticas públicas no Brasil. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 335-353, jul./dez. 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101760.pdf. Acesso em 12 abr. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Levantamento Sistemático da Produção Agrícola Estatística da Produção Agrícola**. Brasília: IBGE, 2023. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Producao_Agricola/Levantamento_Sistematico_da_Producao_Agricola_%5Bmensal%5D/Fasciculo_Indicadores_IBGE/2023/estProdAgri_202311.pdf. Acesso em: 12 dez. 2023.

LEÃO, Marília (org.). **O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional**. Brasília: ABRANDH, 2013.

LUCIANO, C. dos S.; CORREA, P. B. A fome como projeto político da burguesia antinacional brasileira. **Revista Katálysis**, v. 25, n. 3, p. 478-487, set. 2022.

MACEDO, Dione Chave de. *et al*. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Rev. Simbio-Logias**, v. 2, n. 1, maio 2009.

MAGALHÃES, R. Avaliação de políticas e iniciativas públicas de segurança alimentar e nutricional: dilemas e perspectivas metodológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, p. 1339–1346, maio 2014.

MALUF, R. S. **Segurança Alimentar e Nutricional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

MARTINS, José de Souza. **O massacre dos inocentes**: a criança sem infância no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1991.

MELGAREJO, Leonardo; SOUZA, Murilo Mendonça Oliveira de. Agrotóxicos e extinção do CONSEA marcam governo que tem muita pressa e pouco zelo. **Brasil de Fato**, 2019. Disponível em: https://www.brasildefato.com.br/2019/02/19/agrotoxicos-e-extincao-do-consea-marcam-governo-que-tem-muita-pressa-e-pouco-zelo. Acesso em: 08, jul. 2023.

NOVELO, Rafael. O que foi a Conferência de Bretton Woods? **Politize**, 2021. Disponível em: https://www.politize.com.br/conferencia-de-bretton-woods/. Acesso em: 14 out. 2023.

PAIVA, J. B. de. *et al.* A confluência entre o "adequado" e o "saudável": análise da instituição da noção de alimentação adequada e saudável nas políticas públicas do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 8, p. e00250318, 2019.

PERIN, Gabriela, *et al*. **A evolução do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA):** uma análise da sua trajetória de implementação, benefícios e desafios. Rio de Janeiro: Instituto De Pesquisa Econômica Aplicada, 2021. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10824/1/td_2691.pdf. Acesso em: 29 abr. 2023.

PINHEIRO, A. R. O; CARVALHO, M. F. C. C. Transformando o problema da fome em questão alimentar e nutricional: uma crônica desigualdade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 121–130, 2010.

RANGEL. Tauã Lima Verdan. Quem tem fome tem pressa! Banco de Alimentos, dignidade para o indivíduo. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 4.; ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 11. 2016, Vitória (ES). **Anais...** Vitória: UFES, 2016. v. 1, n. 1.

REDE PENSSAN. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil**. II VIGISAN – Relatório Final. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert, Rede PENSSAN, 2022. (Análise, 1). E-book. Disponível em: https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf. Acesso em: 23 ago. 2022.

ROSA, Kaio Lucas da Silva *et al*. Política nacional de envenenamento, a urgência de novas perspectivas frente às práticas de retrocesso socioambiental. **Cadernos de Agroecologia** - Anais do XI Congresso Brasileiro de Agroecologia, São Cristóvão, Sergipe, v. 15, n. 2, 2020. ISSN 2236-7934.

SANTOS, Stephani dos. Entenda o que é o Mapa da Fome e quais são seus objetivos. **Politize**, 2023. Disponível em: https://www.politize.com.br/mapa-da-fome/. Acesso em: 15 mar. 2023.

SALLES-COSTA *et al*. National Trends and Disparities in Severe Food Insecurity in Brazil between 2004 and 2018. **Current Developments in Nutrition**, v. 6, Issue 4, nzac034, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1093/cdn/nzac034. Acesso em: 20 jan. 2024.

SILVA, Robson Roberto. "Questão social", fome e (in)segurança alimentar e nutricional no Brasil neoliberal. **Argumentum**, Vitória, v. 15, n. 1, p. 286-306, jan./abr. 2023. ISSN 2176-9575.

SILVA. Sandro Pereira. **A trajetória histórica da segurança alimentar e nutricional na agenda política nacional**: projetos, descontinuidades e consolidação. Texto para Discussão. Rio de Janeiro: Instituto De Pesquisa Econômica Aplicada, 2014. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3019/1/TD_1953.pdf. Acesso em: 16 set. 2023.

TAVARES, A. O.; FERREIRA, A. P.; MOREIRA, M. de F. R. Impactos da Precarização do Trabalho na Segurança Alimentar e Nutricional: contribuições para o debate sobre saúde e alimentação de trabalhadores terceirizados em Unidades de Alimentação e Nutrição. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, SP, v. 25, n. 2, p. 12–28, 2018. DOI: 10.20396/san. v25i2.8652385. Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8652385. Acesso em: 10 set. 2023.

VALADARES, Alexandre. **Perfil da população rural na pesquisa de orçamentos familiares de 2017 a 2018 e a evolução dos dados de insegurança alimentar**: uma análise preliminar. Nota técnica, n. 100. Brasília: Instituto De Pesquisa Econômica Aplicada, 2022. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11041/1/NT_100_Disoc_Perfil_da_populacao_rural.pdf. Acesso em: 16 set. 2023.

VALENTE, Flavio Luiz Schieck. **A política de insegurança alimentar e nutricional no Brasil de 1995 a 2002**. Brasília, 2003. Disponível em: http://plataforma.redesan.ufrgs.br/biblioteca/pdf_bib.php?COD_ARQUIVO=14125. Acesso em: 17 set. 2023.

VALLA, Victor Vincent *et al* (org.). **Para compreender a pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Contraponto; Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

VIEGAS, Gustavo Lund; *et al*. Agricultura Familiar Programa de Aquisição de Alimentos - PAA: Resultados das Ações da Conab em 2018. **Compêndio de estudos Conab**, Brasília, v. 20, 2019. ISSN: 2448-3710 Disponível em: https://www.conab.gov.br/agricultura-familiar/execucao-do-paa/compendio-execucao-do-paa/item/download/25002_c4a4d9329b6c345985c0d6b1aec061ef. Acesso em 08 abr. 2023.

VIEGAS, Gustavo Lund; *et al*. Agricultura Familiar Programa de Aquisição de Alimentos - PAA: Resultados das Ações da Conab em 2019. **Compêndio de estudos Conab**, Brasília, v. 27, 2020. ISSN: 2448-3710 Disponível em: https://www.conab.gov.br/agricultura-familiar/execucao-do-paa/compendio-execucao-do-paa/item/download/25002_c4a4d9329b6c345985c0d6b1aec061ef. Acesso em 08 abr. 2023.

VIEGAS, Gustavo Lund; *et al*. Agricultura Familiar Programa de Aquisição de Alimentos - PAA: Resultados das Ações da Conab em 2020. **Compêndio de estudos Conab**, Brasília, v. 30, 2021. ISSN: 2448-3710. Disponível em: https://www.conab.gov.br/institucional/publicacoes/compendio-de-estudos-da-conab/item/17349-compendio-de-estudos-da-conab-v-30-programa-de-aquisicao-de-alimentos-paa-resultados-das-acoes-da-conab-em-2020. Acesso em: 08 abr. 2023.

YASBEK. Maria Carmelita. Serviço Social e pobreza. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 153-154, jul/dez, 2010.

TRABALHO EM SAÚDE

7

RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO BRASIL: PERCURSO, PRECARIZAÇÃO E DESAFIOS

LORENA ESTEVAM MARTINS FERNANDES, FRANCIS SODRÉ
E CARLOS EDUARDO GOMES SIQUEIRA

RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO BRASIL: PERCURSO, PRECARIZAÇÃO E DESAFIOS

Referenciar as questões e os caminhos da gestão de pessoas que trabalham na área da saúde é de fundamental importância para saber o quanto se caminhou e aonde se quer chegar. Para estudar, explicar e entender uma política de saúde e o cuidado em saúde é necessário direcionar olhares atentos aos seres humanos que os pensam, executam e fazem deles uma realidade na vida e na história de outras pessoas.

Este texto é um ensaio teórico-reflexivo, o qual traz informações e discussões acerca da importância da área de Recursos Humanos em Saúde (RHS) no Brasil e do lastro da precarização do trabalho causado pela contrarreforma administrativa dos anos 1990.

NOMENCLATURAS E CONCEITOS

"Força de trabalho" é o termo usado pela economia política, da escola clássica de Smith, Ricardo e Marx, de abrangência descritiva e analítica, empregado em vários campos científicos para referir-se a processos demográficos e macroeconômicos envolvendo

trabalhadores. “Recursos Humanos” é uma expressão da ciência da Administração, dada para se referir àqueles que estão submetidos a algum tipo de função gerencial ou de planejamento, seja em órgão público ou empresa privada (microinstitucional) ou no planejamento estratégico nacional (macroinstuitucional). A expressão é usualmente empregada para aludir à capacitação, seleção, plano de cargos e salários, planejamento (Nogueira,1983).

O termo Administração, preferencialmente Gestão, de Recursos Humanos (RH) alude a uma atividade de dimensões objetivas e subjetivas, contidas em diretrizes que mostram como a organização almeja lidar com seus membros e por meio deles atingir seus objetivos. Isso, ao mesmo tempo, incorpora às pessoas componentes para a realização de suas metas profissionais individuais, com vistas a tornar a área de Recursos Humanos mais estratégica na instituição e não simplesmente algo restrito à quantificação e controle de pessoas. Explicando melhor,

> (...) As abordagens conceituais do termo recursos humanos sofrem uma evolução sendo (re)significadas a partir de sua definição clássica, oriunda da ciência da administração e que está subordinada à ótica de quem exerce alguma função de gerência ou de planejamento (gerência de capacidade das pessoas, assim como dos recursos materiais e financeiros com vistas a uma utilização mais racional e eficiente). Absorve o conceito de força de trabalho da economia política (...), e configura-se na gestão do trabalho – da sociologia do trabalho, em um mix que envolve o trabalho, o trabalhador como “ser social” e a sociedade (Pierantoni; Varella; França, 2006, p. 28-29)

> Numa visão tida como “moderna”, a gestão de Recursos Humanos é percebida como o espaço mediador do conflito entre capital e trabalho, e os instrumentos desta área como ferramentas para controlar as pessoas ideologicamente, evitando o conflito aberto entre estas duas classes antagônicas pela antecipação ao mesmo (Silva *et. al*, 2009. p. 02).

Situação categórica e complicada ao se adotar o conceito literal de recursos humanos na política de saúde diz respeito à dificuldade de utilizar, com as devidas adequações, os modelos de gestão desenvolvidos para indústrias do setor privado no setor de serviços públicos. Para os estudiosos da área, fica manifesta a necessidade de lançar mão de uma gestão diferenciada para a saúde, não apenas pelas especificidades da atividade, mas também pelos efeitos que devem gerar para a população (Silva *et al.*, 2009).

Ainda que se remeta à racionalidade gerencial hegemônica, que, por vezes, diminui o trabalhador à condição de recurso e restringe-o a uma dimensão funcional, no campo da Saúde, referir-se a Recursos Humanos significa englobar tudo que diz respeito aos trabalhadores da saúde e sua relação com o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (Mendes Gonçalves, 1993), configurando, assim, um dos seus subsistemas. Para a gestão do SUS, o termo Recursos Humanos em Saúde (RHS) abrange as pessoas envolvidas em atividades no campo da saúde de um país, cuja função/papel é parte do sistema de saúde, envolvendo tanto o setor público quanto o privado (Barros, 2004).

É possível considerar a área de RHS tanto no sentido tradicional de administração de pessoas, como sendo um campo de estudo de intervenção, trazendo as dimensões composição e distribuição da força de trabalho, formação, qualificação profissional, mercado de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício profissional, relações de trabalho (Vieira, 2009). Por isso optamos pelo uso desse termo neste ensaio.

A chamada Gestão do Trabalho em Saúde, que fundamentalmente integra o campo de RHS, começou a ter lugar na década de 1990, mais propriamente em sua segunda metade, concomitante – e paradoxalmente – à flexibilização das relações de trabalho. Isso porque os níveis crescentes de flexibilização das relações de trabalho coexistiram com discursos da Reforma Sanitária sobre a emergência de um trabalho revalorizado no SUS, que prevalecesse a autonomia e participação (Vieira, 2009).

Para a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), houve falta de priorização da temática RHS, especialmente nos processos de reforma do Estado desencadeados nesse período. Essas entidades se manifestaram algumas vezes apontando a complexidade dessa área para o SUS e a necessidade de pautar a gestão do trabalho em saúde como política pública de fato, assim como a valorização profissional e a regulação das relações de trabalho (Vieira, 2009).

De fato, há uma infinidade de termos referentes às pessoas que atuam profissionalmente no setor saúde: trabalhadores, pessoal, recursos humanos, funcionários, servidores, colaboradores, pessoas, força de trabalho, dentre outros. O uso de tais nomenclaturas mudam de acordo com o referencial teórico e bibliográfico. Contudo, priorizar as questões da área do trabalho e do trabalhador da saúde pública é mais relevante que se ater aos nomes. Acreditarmos na urgência desse assunto, na necessidade de constante discussão e aprimoramento das políticas/ações que o engloba.

Hoje o termo Recursos Humanos em Saúde (RHS) é a nomenclatura mais usada internacionalmente nos textos e pesquisas científicas. Todavia acredita-se que os enquadramentos utilizados devem ser conceitualmente ampliados, pois as pessoas que trabalham não se constituem simplesmente 'recursos' ou 'mão de obra' ou qualquer outra referência funcionalista. Para além da nomenclatura, é essencial que a visão, a percepção e as atitudes com relação aos trabalhadores da saúde sejam progressivamente melhoradas; que sejam superados os conceitos minimalistas; e que os comportamentos postergadores sejam substituídos por mudanças concretas, de modo que os trabalhadores tenham condições plenas de, ao menos, fazer uso das conquistas e direitos já alcançados.

O setor da Saúde no Brasil pode ser considerado um dos maiores do mundo e, por estar no setor de produção e prestação de serviços de relevância pública, o poder público tem forte influência na demanda e oferta de empregos na área da Saúde, sendo o SUS seu maior empregador.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) apontou, em janeiro de 2024, mais de 3 milhões de pessoas trabalhadoras em exercício no SUS. Desse total, 75% são mulheres, 47% possuem curso superior e a faixa etária média para ambos os gêneros é de 40 a 44 anos de idade. Em todas as cinco regiões, quem lidera o ranking de maior número de pessoas empregadas são os técnicos em enfermagem, ao todo 769.203. Estima-se que o número total possa alcançar 4 milhões de trabalhadoras e trabalhadores de diversas profissões de saúde de nível técnico/médio e superior.

Santos-Filho (2007) destaca como principais problemas trabalhistas os baixos salários; a degeneração dos vínculos, negando e omitindo os direitos constitucionais dos trabalhadores; a precarização das condições e dos ambientes; a desorganização na gestão e nas relações sociais de trabalho. A precarização do trabalho em saúde é antiga e crescente, ao passo que tem apontado para a importância de se consolidar políticas de recursos humanos, principalmente por causa do ocorrido nas condições de emprego, suas consequências na saúde e na qualidade de vida dos trabalhadores nas últimas décadas.

Os impactos sobre as necessidades de trabalhadores nos sistemas de saúde frequentemente são causados pela implementação de novos modelos de atenção, pela introdução de novas tecnologias e pela mudança do perfil epidemiológico. A globalização, o envelhecimento da população e as novas expectativas dos consumidores podem também mudar as demandas sobre a força de trabalho em saúde (Dal Poz, 2013).

RHS NO BRASIL: PERCURSO HISTÓRICO

A noção de Recursos Humanos em Saúde (RHS) como sendo os profissionais ou trabalhadores da saúde que, de forma individual ou em equipe, realizam ações de cuidados com pessoas ou comunidades, teve seu início provavelmente na década de 1950, com as análises

a respeito da formação médica, cujo estímulo se deu pela ação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Posteriormente, nos anos 1960, começaram os estudos para identificar a força de trabalho no campo da Saúde e, na segunda metade da década de 1970, o progressivo processo de institucionalização do setor se iniciou. No mesmo período, teve destaque o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), cujos propósitos centrais eram capacitar pessoal de nível médio e elementar e apoiar a criação de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde nos estados brasileiros (Paim, 1994).

Na década de 1970, a OPAS começou a definir linhas formuladoras de propostas educativas para as equipes de saúde, de modo que os trabalhadores desse âmbito fossem capazes de analisar seu contexto de trabalho, identificar problemas, promover a participação e tomar decisões no processo de trabalho no qual estavam inseridos.

Nos anos 1980, formaram-se grupos de trabalho nos países das Américas com o objetivo de desenvolver novas abordagens em face do problema de capacitação profissional. A partir de mudanças nas práticas educativas, o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (RHS) da OPAS dinamizava esforços e buscava viabilizar a transformação das práticas nos serviços de saúde.

Ainda nesse período, por determinação da Constituição Federal Brasileira de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e, posteriormente, regulamentado pelas Leis nº 8080 e nº 8142 de 1990. Possuindo princípios de universalidade, equidade e integralidade, sua criação foi parte fundamental da Reforma Sanitária que pretendia superar as práticas de saúde fragmentadas e centradas no indivíduo, o fortalecimento dos serviços privados e a supremacia da medicina curativa.

Apesar dessas iniciativas do período anterior à formulação do SUS, segundo Vieira (2009), a área de RHS teve relevância mínima no sistema de saúde nacional. Durante a Reforma Sanitária, as discussões e formulações da área de RHS estavam restritas à formação de pessoal. Análises do planejamento da força de trabalho, do mercado

de trabalho, da regulação do exercício profissional eram pontuais. Os primeiros estudos foram responsáveis pela nomenclatura do que se tornou, posteriormente, Recursos Humanos em Saúde (RHS).

A composição da área de RHS foi direcionada pelas recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde, desencadeada pelo Movimento de Reforma Sanitária, sendo um marco importantíssimo para a reformulação das políticas de saúde de forma geral no país. A partir de então, a área de RHS começou a ganhar visibilidade, iniciando um processo particular de análise de temas próprios dessa área (Vieira, 2009).

De acordo com Viana e Dal Poz (2005), diversos problemas se colocaram para operacionalização do SUS desde sua implantação. Os principais foram: o financiamento das ações de saúde; a definição clara de funções para os três entes governamentais (federal, estadual e municipal); as formas de articulação público/privado no novo modelo de organização dos serviços; e a resistência do antigo modelo assistencial, baseado na doença e em ações curativas individuais, quanto às mudanças efetivas nas práticas assistenciais. Tais dificuldades refletiram diretamente na estruturação da área de RHS no SUS.

As Conferências Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) foram marcos importantes nessa trajetória. A primeira delas foi organizada um pouco antes da promulgação da Constituição Federal Brasileira, em 1986, na qual se definiu uma agenda específica sobre o tema por meio de análise dos principais aspectos identificados na implantação do SUS, como a reorganização de suas práticas profissionais e de suas bases jurídico-legais e a implantação de uma política de RH na saúde. O relatório final da Conferência expressa em sua apresentação que

> não obstante a grande importância das questões referentes ao preparo do pessoal para que sua capacitação seja adequada e conveniente à realidade social brasileira, os órgãos de recursos humanos devem transcender esse âmbito e incorporar o estudo e o trabalho de temas como

> recrutamento e seleção, concurso, plano de cargos e salários, isonomia salarial, avaliação de desempenho, direitos trabalhistas e escolha dos cargos de chefias entre outros, na procura de soluções apropriadas e transformadoras. A integração com os departamentos de pessoal foi proposta e torna-se indispensável. Não há como se pensar um novo sistema de saúde sem passar por estas questões (Brasil, 1986, p. 10).

Já a 2ª. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em 1993, analisou a saúde do povo brasileiro do ponto de vista de suas características e paradoxos, o processo de implementação do SUS e a sua relação com os trabalhadores nas dimensões da formação e do desenvolvimento e da gestão do trabalho. Seu relatório mostrou a existência de uma contradição na área de RHS, que mesmo aparecendo como estratégica nos documentos de saúde pública, vinha sendo muito pouco valorizada, uma vez que sempre é mencionada de forma superficial quando o assunto em pauta eram os aspectos que fundamentalmente afetavam as políticas públicas de saúde no país. Na oportunidade, três desafios foram postos: regulação do mercado de trabalho, qualificação dos recursos humanos, melhoria nas condições de trabalho. Apesar da constatação desses problemas, não se observou avanços significativos para superá-los a partir dessa Conferência (Brasil, 1986).

Machado (2006) afirma que os anos 1990, mesmo sendo crucial na consolidação do SUS, foi o período da 'antipolítica de RH' e priorização dos preceitos neoliberais em detrimentos dos princípios da Reforma Sanitária para os trabalhadores. O SUS passou praticamente uma década inteira sem o governo se atentar para trabalhadores da saúde e nem mesmo elaborar uma política de RH efetiva e ajustada com a concepção universalista do sistema. As consequências desse descaso foram: trabalhadores sem perspectiva de carreira profissional; expansão de profissionais com trabalho precarizado, com poucos direitos sociais e trabalhistas; equipes expandindo no que se refere a entrada de novas profissões, contudo sem regulamentação e pouco comprometidas com os princípios e

regulamentos do SUS; ocorrência de novos cursos de saúde, todavia sem critérios coerentes de qualificação do trabalho e do trabalhador.

Assim, percebe-se que a concepção neoliberal que se alastrou na década de 1990 pautou-se na privatização por meio da terceirização de serviços, da flexibilização das relações e do *laissez-faire* na abertura de novos cursos na área da Saúde. Desde então, houve poucos avanços em questões relacionadas ao trabalho, sendo as principais mudanças na forma de inserção e nos vínculos de trabalho, no perfil remuneratório e no jeito de se trabalhar, formando ambientes excessivamente competitivos, individualizados, adoecedores (Machado, 2006).

O SUS descentralizou os serviços e expandiu suas equipes de saúde, principalmente aquelas voltadas para a Atenção Básica, que, por localizar-se no município, gerou notáveis enfrentamentos para a gestão municipal, a qual teve, dentre outras questões, seus gastos com força de trabalho limitados, inclusive pela homologação da Lei de Responsabilidade Fiscal, já que ela fixava percentual máximo dessas despesas. Como resultado do período, tivemos ainda: precarização das relações de trabalho, falta de regulação do sistema de ingresso nos serviços, alta rotatividade nos postos de trabalho e ausência de uma política salarial e de carreira, comprometendo a profissionalização dos trabalhadores (Vieira, 2009).

Autores, como Pereira (2004), apontam que, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, leis n.º. 8.080 e n º8.142/1990, a questão da força de trabalho em saúde no SUS passou a ser considerada como um dos seus 'nós críticos', não tendo o devido tratamento no que diz respeito à sua organização e gestão. Apesar da publicação das normas operacionais posteriores (1991, 1993, 1996), na política de saúde não se tinha uma normatização clara e instituída para a gestão dos trabalhadores em saúde, tanto no que diz respeito às condições de trabalho de uma forma geral – formas de vínculo empregatício, carga horária, piso salarial – quanto à formação profissional dos trabalhadores em saúde.

Na década de 1990, fato relevante foi a elaboração dos Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica – RH (NOB/

RH-SUS). As ideias iniciais para sua criação foram dadas em 1993, na 2ª Conferência de Nacional de Recursos Humanos em Saúde. A proposta se consolidou em 1996, na 10ª Conferência Nacional de Saúde. Na oportunidade, o pedido foi por uma política de Recursos Humanos que contasse com equipe multidisciplinar para atuar em necessidades epidemiológicas e sociais da população e fizesse uso de tecnologias, recursos diversos e educação permanente (Brasil, 1998c).

A primeira versão da NOB/RH-SUS ficou pronta em 1998 e sua aprovação só se deu em sua segunda versão, no ano 2000, na ocasião do 11ª Conferência Nacional de Saúde. Em 2003, por meio da Resolução CNS nº 330, os princípios de diretrizes da NOB – RH passam a compor no SUS a Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Contudo a publicação definitiva da norma somente foi feita em 2005.

O conteúdo da NOB/RH-SUS considera que a Gestão do Trabalho no SUS, tema principal deste trabalho, compõe a parte da gestão e da gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, incluindo a prestação dos cuidados diretos à Saúde dos seus usuários e as atividades-meio necessárias ao seu desenvolvimento (Brasil, 2005). De acordo com Machado (2006), a principal contribuição da NOB/RH-SUS foi definir princípios e diretrizes, objetivando a centralidade do trabalho e do trabalhador, da valorização profissional e da regulação das relações de trabalho em saúde. Segundo Viana (2012), a NOB/RH-SUS e a Constituição Federal são os documentos normativos mais citados nos artigos em português sobre Gestão do Trabalho publicados em periódicos entre 1992 e 2011, excluindo as publicações da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde.

Em 2006, após a 12ª Conferência Nacional de Saúde, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Dentre as principais propostas do encontro estava a de destacar a função da NOB/RH-SUS de consolidar a legislação vigente para a Gestão do Trabalho no SUS, além de orientar – política e gerencialmente – questões sobre Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde,

Saúde Ocupacional para o Trabalhador da Saúde e Controle Social na Gestão do Trabalho do SUS (Brasil, 1986; Brasil, 2005).

Após 18 anos da última edição, está prevista, para dezembro de 2024, a 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (4ª CNGTES), que propôs o tema "Democracia, Trabalho e Educação na Saúde para o Desenvolvimento: Gente que faz o Sistema Único da Saúde (SUS) acontecer". Segundo informações do sítio eletrônico e do documento orientador do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o evento quer mobilizar as regiões de saúde do Brasil para a educação permanente das equipes de saúde visando aprimorar o trabalho e o cuidado, além de revisar os processos de formação de profissionais da saúde, para fazer frente às ações reiteradas dos últimos anos que desrespeitaram os direitos trabalhistas e promoveram o enfraquecimento das ações de educação em saúde, pioradas pelo impacto da pandemia de covid-19 e sua repercussão direta no mercado de trabalho, com aumento do desemprego, das vulnerabilidades, da desproteção social e das condições de trabalho precárias (BRASIL, 2024).

A REFORMA ADMINISTRATIVA DO ESTADO: UMA CONTRARREFORMA PARA TERCEIRIZAÇÃO E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

A contrarreforma neoliberal foi instituída no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) e previu que o Estado tomasse as principais decisões estratégicas por meio de agências executivas e reguladoras, como as autarquias e as fundações públicas, de forma autônoma, devendo elas apenas prestarem contas ao Estado (Bresser-Pereira, 2000). Essas agências foram órgãos criados para executar atividades estatais exclusivas, as quais deveriam ser implementadas por meio políticas públicas, prestação de serviços e execução de atividades.

As atividades consideradas competitivas ou não-exclusivas, como saúde, educação, cultura, ciência e tecnologia, ficariam sob gerenciamento de instituições do terceiro setor, no qual estão instituições como as Organizações Sociais (OS). Ao Estado, caberia o financiamento e controle e não mais executar ou prestar serviços diretamente à população, apenas regular, custear e promover os serviços sociais essenciais (Brasil, 1998a). Para viabilizar essas medidas no Brasil, dois instrumentos foram essenciais: o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRAE), instituído pela Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998, e a Emenda Constitucional da Reforma Administrativa – a EC 19 – publicada em 1998 e reconhecida como uma "reforma constitucional".

A contrarreforma brasileira baseou-se nas experiências dos países da Organização para a Cooperação Econômica Europeia (OCDE), principalmente da Inglaterra. Sob a justificativa da "modernização" e de tornar o serviço de saúde mais eficiente e receptivo às necessidades da população, a privatização aberta do National Health Service (NHS), sistema de saúde inglês, deu-se inicialmente pelo enfraquecimento do controle administrativo dos profissionais de saúde e pela terceirização de serviços (Siqueira; Borges, 2019).

No Reino Unido, a privatização também ocorreu como parte do Novo Trabalhismo, que implantou um verdadeiro mercado interno, com financiamento privado, em um sistema até então financiado por impostos. A estratégia, entre outras questões, considerava os cidadãos como consumidores e responsabilizava-os individualmente por seu tratamento. Isso provocou o esvaziamento do tradicional programa trabalhista, cuja regra passou a ser relações de trabalho flexíveis (Filipon *et. al*, 2016; Siqueira; Borges, 2019).

As Organizações Sociais (OS), as principais responsáveis pela gestão terceirizada dos serviços de saúde, surgiram no Brasil a partir da reforma gerencial do Estado, em meados de 1990, que teve como prioridade diferenciar as atividades exclusivas das não exclusivas. A política recomendada foi que o Estado cumprisse diretamente as primeiras, enquanto as demais fossem apenas financiadas por

ele e realizadas por organizações públicas não-estatais, sem fins lucrativos.

Os princípios básicos da reforma administrativa, ou da contrarreforma (Behring, 2008), foram definidos no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), documento de governo apresentado à nação pelo Presidente da República em novembro de 1995, no qual foi delineada uma concepção do Estado e seu funcionamento, a qual foi chamada de Nova Gestão Pública (NGP) ou Nova Administração Pública (Brasil, 1995, 1997; Bresser-Pereira, 2000).

Denomina-se como "contrarreforma" porque não consistiu em um processo real de reforma para o país, mas em um retrocesso social para benefício de poucas pessoas, destrutivo e sem os compromissos sociais da igualdade e da democracia. Havia uma agenda política progressista e democrática debatida desde o final dos anos 1970, desenvolvida nos anos 1980, que foi revertida pelo projeto neoliberal dos anos 1990 e viabilizada pela contrarreforma (Behring, 2008). O conceito também foi escolhido para demonstrar que se tratou um processo destrutivo e regressivo, que interrompeu e reverteu os avanços democráticos das décadas de 1970 e 1980. A contrarreforma reestruturou o papel do Estado, levando-nos a questionar a coerência interna da dita "reforma", sua relação com as mudanças econômicas e políticas sociais e a abrangência de seus impactos reais (Behring, 2008).

A tal "nova" gestão defendia a implementação de um modelo de administração gerencial de decisões e ações orientadas para resultados, cujo foco são os clientes, nome dado aos usuários dos serviços estatais. Ela propunha que o Estado tomasse as principais decisões estratégicas a partir da formação de agências executivas, que seriam reguladoras e mais autônomas do que as burocracias estatais (Brasil, 1995). Agência Executiva é a qualificação concedida, por decreto governamental específico, às autarquias e fundações públicas responsáveis por atividades e serviços considerados exclusivos do Estado, as quais funcionariam por meio de planejamento permanente e execução descentralizada e transparente (Brasil, 1997).

O PDRAE foi uma forma de criticar a administração pública direta como inacessível, centralizada, rígida e orientada para processos e tarefas, em vez de orientada para resultados. Os *Cadernos* publicados pelo Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE) continham um discurso de valorização dos recursos públicos, financeiros ou não, e defendiam o fim do formalismo burocrático (Brasil, 1995, 1997, 1998a). Segundo o Plano, a tal "nova" administração foi planejada para resolver três problemas da administração pública tradicional: (1) o desperdício de recursos públicos; (2) o desperdício das capacidades e competências dos servidores, que sofrem ainda a inibição de seu potencial criativo; e (3) a distância entre a decisão e a ação, em prejuízo do atendimento aos clientes e usuários.

O objetivo central do Estado foi legitimar a transferência da responsabilidade das atividades não exclusivas, como saúde e educação, para a iniciativa privada sem fins lucrativos, sob a justificativa de menor custo financeiro e melhor atendimento à população, quando comparada à administração pública direta (Brasil, 1998a).

A inclusão do SUS na contrarreforma do Estado foi justificada pela necessidade de aperfeiçoar o desempenho dos serviços de saúde pública, mediante o planejamento conjunto e a realização de acordos que contemplassem metas e indicadores a serem alcançados pelos agentes públicos e privados que integram o SUS. Para tanto, uma das ações chaves seria transferir a gestão dos hospitais, equipamentos mais caros do sistema de saúde, para Organizações Sociais de Saúde (OSS), organizações públicas não-estatais de direito privado, autorizadas por lei para celebrarem contratos de gestão com o Poder Executivo e participarem do orçamento federal, estadual ou municipal (Brasil, 1998a).

Na Lei Federal nº 9.637 de 1998, que institui as Organizações Socais (OS) no Brasil e serve de modelo para as leis estaduais e municipais, a nomenclatura usada é "Programa Nacional de Publicização" (Brasil, 1998b). Em âmbito internacional, esse tipo de iniciativa, na qual se inclui a terceirização da gestão de serviços públicos não essenciais, é conhecida como *New Public Managment*

(NPM) e foi idealizada por David Osborne (Osborne; Gaebler, 1993; Osborne, 1995).

O documento "Reforma Administrativa do Sistema de Saúde" afirma que as OSS estariam incluídas na adoção de modernas técnicas de gestão que valorizariam a competição e a busca por resultados, promoveriam a melhoria da qualidade do atendimento ao cidadão, maior competitividade e controle mais firme dos serviços hospitalares e ambulatoriais financiados pelo SUS, reduzindo custos e otimizando sua gestão operacional e administrativa (Brasil, 1998a). Em resumo, o sistema de saúde brasileiro sofreria uma Reforma Gerencial por meio das OSS.

Ocorre que o valor dos trabalhadores ocupou papel secundário nessa proposta. A ineficiência do SUS, tão frequentemente relacionada aos aspectos quantitativos e que deveria também levar em consideração a qualidade dos serviços, tem como um importante determinante o baixo investimento dispensado para as atividades de desenvolvimento de recursos humanos. Os efeitos do investimento insuficiente podem ser confirmados pela pouca profissionalização e a baixa valorização do trabalho realizado. Tais condições se agravam pela ausência de perspectivas de melhor remuneração, transformando o vínculo público em fonte de renda "adicional" (Pierantoni, 2001).

Machado (2006) argumenta que tal concepção neoliberal pautou-se na privatização, baseando-se, entre outros aspectos, na terceirização dos serviços e na flexibilização das relações de trabalho. Dentre suas muitas repercussões, houve mudanças na forma de inserção profissional, nos vínculos de trabalho, no perfil remuneratório e na organização do trabalho. Como resultado dessas mudanças, os ambientes de trabalho tornaram-se excessivamente competitivos, individualizados e adoecedores.

A flexibilização nas relações de trabalho foi uma das principais políticas da contrarreforma, justificada pela redução de custos, a qual exemplifica bem o desmonte do Estado no Brasil. A flexibilização também foi uma forma de adaptação ao capitalismo contemporâneo

e de busca por superlucros, provenientes da exploração do trabalho pelo capital. Tal política tende a adquirir maior ou menor profundidade de acordo com as escolhas estratégicas dos governos.

Além do gerencialismo e do discurso da eficiência, as políticas provenientes da contrarreforma se ampararam na diminuição do tamanho do Estado, assim como no amortecimento da proteção social do trabalho e dos trabalhadores. Na prática, a contrarreforma do Estado estabeleceu metas para privatização e flexibilizou a gestão, principalmente, das relações de trabalho (Pierantoni, 2001; Pierantoni, Varella; França, 2006). Portanto, a proposta da contrarreforma do Estado baseou-se na ideologia neoliberal e orientou-se por medidas que impactaram diretamente as questões sociais e as condições de vida e trabalho da população (Behring, 2008).

Seriam justificáveis regulamentações e reformas que alcançassem resultados positivos em termos de benefícios para a população, em coerência com a política pública devidamente orientada por critérios de eficiência. Entretanto, no caso dessa contrarreforma, ignorou-se em que medida os resultados, de fato, aconteceram. Nos anos subsequentes, faltou avaliação adequada desses resultados e, em muitos casos, consenso sobre quais deveriam ser as prioridades para a proteção social. Usuários do SUS passaram a ser tratados como consumidores, porém separados dos direitos que devem ser garantidos pela intervenção do Estado em cada um dos segmentos envolvidos na assistência à saúde (Nogueira, 2010).

A contrarreforma neoliberal gerou consequências para o trabalhador não só por propor deveres, mas também por negligenciar direitos. Ela alvitrou que os trabalhadores deveriam ser mais motivados com suas atividades e envolvidos nelas. Eles precisavam estar mais comprometidos com os interesses da instituição na qual estivessem inseridos (Pierantoni; Varella; França, 2006). Entretanto, as mudanças propostas pela contrarreforma flexibilizaram e excluíram os direitos dos trabalhadores. Nela, não foram atores, nem cidadãos, mas sim criticados por serem corporativos, burocratas, não aptos para a competição global (Oliveira, 2011).

Alves (1999) relaciona a globalização com a degradação do trabalho. O autor explica o fenômeno da globalização como sendo a "mundialização do capital", ou seja, um novo regime de acumulação capitalista, um processo de internacionalização do capital, com características próprias e particulares quando comparado com etapas anteriores do desenvolvimento do capitalismo. A globalização é do capital, de uma massa de dinheiro que se valoriza a partir da produção de mercadorias, conservando os mercados financeiros.

No processo de globalização, a flexibilização laboral e a vulnerabilidade da população geralmente tendem a aumentar. Baraldi *et al.* (2008) concordam que o termo "globalização" é o processo de mundialização do capital e acrescentam que esse fenômeno, apesar de ter sido incorporado à linguagem comum sugerindo grandes possibilidades para o desenvolvimento da humanidade, principalmente devido às transformações sociais e econômicas ocorridas no processo produtivo desde os anos 1960 por causa das mudanças nos fluxos de comunicação, da internacionalização das relações de produção e do desenvolvimento de novas tecnologias, trouxe consigo a exigência de que a relação entre o empregador e o empregado se flexibilizasse. Ocorre que tal relação tornou-se flexível do ponto de vista do empregador, porque os regramentos jurídicos que protegiam o trabalhador começaram a ser substituídos, reformados e até eliminados.

Behring (2008) pondera que a escolha pela terceirização da gestão, por meio de instituições privadas, como as OSS, concretiza o esforço para a retomada da competitividade no âmbito do Estado, retirando-o da regulação das relações de trabalho, reduzindo os encargos sociais e desprotegendo o trabalhador, que precisa lidar individualmente com a sua qualificação para manter sua empregabilidade. Sob o risco do desemprego, os trabalhadores tornam-se passivos e se submetem às perdas e à precarização das condições de trabalho.

Pesquisas mostram que os estudos realizados nos últimos 25 anos sobre a terceirização no Brasil evidenciam, de forma unânime, a indissociabilidade entre ela e a precarização do trabalho. Incluindo tanto investigações qualitativas quanto quantitativas, essas pesquisas

revelam a degradação do trabalho no que tange ao desrespeito aos direitos trabalhistas, às más condições de trabalho, aos baixos salários, à piora das condições de saúde, aos maiores índices de acidentes, à vulnerabilidade política dos trabalhadores e às suas dificuldades para se organizar coletivamente (Antunes; Druck, 2015; Druck, 2016).

Siqueira (2016), ao comentar os escritos de Druck (2016) e Muntaner (2016), chama de "gêmeas siamesas" a relação inseparável entre a terceirização e a precarização, afirmando que juntas geram profundos impactos na saúde do trabalhador, tornando o trabalhador vulnerável, não apenas psicologicamente, mas, sobretudo, socialmente.

Druck (2016) afirma que pesquisas sobre terceirização indicam que a precarização social do trabalho, além de se tornar uma temática central dos estudiosos, mostra-se uma estratégia de dominação que alcança todos os trabalhadores, diferenciada e hierarquicamente, como elemento da dinâmica de desenvolvimento do capitalismo flexível na conjuntura da globalização e da hegemonia neoliberal.

Sodré e Bussinguer (2019) também criticam a terceirização da gestão e alertam que o setor saúde envolve muitos recursos financeiros em toda a rede de serviços ou indústrias, enfatizando haver um "complexo econômico industrial da saúde" (Gadelha, 2003). Há um mercado da saúde dispendioso, amplo e competitivo, no qual as OSS se incluem e ampliam seu espaço. A distribuição dos serviços nos equipamentos públicos e privados mostra-se complexa em razão do amplo território brasileiro e da diversidade cultural do país. Os trabalhadores de saúde precisam de conhecimento especializado e alto grau técnico (Sodré; Bussinguer, 2019), e, nas OSS, eles estão em um contexto de severa precarização (Fernandes, 2017; Bussinguer; Salles, 2018).

Fleury (1997, p. 204) também argumenta que

> (...) no caso dos empregados públicos a retirada dos direitos do regime estatutário não foi substituída pela garantia dos direitos trabalhistas dos demais empregados. Ou seja, em relação às questões trabalhistas o empregado público passa a ser, a partir de agora, um pré-cidadão, já que

não tem como enfrentar as determinações de seu patrão todo-poderoso, o Estado gerencial.

Assunção *et. al.* (2007) asseveram que, além da flexibilização da produção e da sua gestão, as relações de emprego também foram flexibilizadas, ou seja, amplia-se a possibilidade de se contratar trabalhadores sem os ônus advindos da legislação do trabalho, a qual consolidou, ao longo de mais de sete décadas, direitos e garantias mínimas, como o 13º salário, férias e Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), entre outros. Instituiu-se um processo de precarização do trabalho, que implicou mudanças nas relações de trabalho e emprego e gerou maior instabilidade e insegurança para os trabalhadores.

Mesmo diante dos muitos avanços do SUS na área de Recursos Humanos em Saúde (RHS), a precarização do trabalho ainda se constitui um problema grave para a maior parte dos municípios brasileiros, não só para médicos, mas, sobretudo, para eles que, em quase sua totalidade, viraram prestadores de serviços e passaram a ser contratados como pessoas jurídicas (PJ), e isso têm se estendido a outros membros da equipe de profissionais da saúde. Sob renovadas formas, não se respeitam os limites da formalidade do trabalho, inclusive no setor público (Machado; Oliveira; Moyses, 2011). Além desse arranjo denominado "pejotização", a precarização também está no fato de profissionais do serviço público serem admitidos sem um processo seletivo ou concurso público, sem formalização de contrato, nem direitos como férias, 13º salário e um plano de cargos e salários (Fernandes, 2017).

Assim, a precarização do trabalho humano gera precarização da vida humana. A história nos revela que isso tem sido, invariavelmente, fruto derivado e indissociável da força destrutiva do capital, que se sobrepõe ao valor da vida. Afinal, ainda que tal associação não seja uma regra absoluta, temos que a desvalorização da força de trabalho sempre foi a resposta instintiva dos capitalistas à queda de lucros, até mesmo quando há ameaça de queda (Harvey, 2000; Moraes, 2008).

Portanto, quando há terceirização, há precarização e flexibilização. E quando se flexibiliza as relações de trabalho, o que se intensifica e proporciona são: condições instáveis de trabalho, multiplicidade de vínculos, excesso de trabalho e inúmeras dificuldades para usufruir dos direitos trabalhistas (Baraldi *et. al.*, 2008; Nogueira, 2010).

DESAFIOS PARA A GESTÃO DE RHS

Questões sobre Recursos Humanos em Saúde (RHS) são conceituadas e relacionadas diretamente com questões históricas e políticas. Variações no contexto influenciam diretamente a gestão dos serviços de saúde. Mudanças na gestão, por sua vez, principalmente quando se trata da terceirização da gestão, impactam no trabalho e, consequentemente, no trabalhador do serviço de saúde.

O que Pierantoni, Varella e França (2006) pontuaram como os principais desafios para os RHS ainda vale: há que se aumentar a cobertura e a fixação das equipes de profissionais para assegurar a prestação de serviços de saúde adequada e equitativamente; garantir competências e habilidades para a força de trabalho em saúde; ampliar o desempenho da equipe de profissionais; e fortalecer a capacidade de planejamento e o gerenciamento na área de gestão de pessoas na saúde. Tudo isso considerando e resistindo à pressão de se ter eficiência a qualquer preço e à banalização do esgotamento profissional, do estresse e do sofrimento no trabalho (Gaulejac, 2007).

Para enfrentar as consequências da globalização e dos déficits das políticas em matéria de crescimento e emprego, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) estabeleceu o princípio do "Trabalho Decente" como objetivo central de todas as suas políticas e programas. A noção de Trabalho Decente abrange a promoção de oportunidades para mulheres e homens para conseguirem um trabalho produtivo, adequadamente remunerado, exercido em

condições de liberdade, equidade e segurança e capaz de garantir uma vida digna (Abramo, 2015).

Trabalho Decente é o eixo central para o qual convergem os quatro objetivos estratégicos da OIT: a) respeito às normas internacionais do trabalho, em especial aos princípios e direitos fundamentais do trabalho; b) promoção do emprego de qualidade; c) extensão da proteção social; d) fortalecimento do diálogo social. Assim, promover trabalho decente nas instituições empregadoras significa oferecer oportunidades para que homens e mulheres exerçam um trabalho produtivo e de qualidade, com plenas condições de liberdade, equidade, segurança e dignidade humanas (Abramo, 2015).

O direito do trabalhador à saúde antecede aos demais direitos e é essencial promover e proteger tal direito. A promoção da saúde deve ser compreendida como um conjunto de ações articuladas intra e intersetorialmente, que viabilizam intervir nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, atuar em situações de vulnerabilidade e de violação de direitos e garantir a dignidade do trabalhador no trabalho.

Dignidade no trabalho denota garantia das relações éticas e de respeito nos locais de trabalho, reconhecimento de direitos, como o direito à informação, participação e livre manifestação. A dignidade compreende a defesa e a promoção da qualidade de vida do trabalhador como valores absolutos e universais. Promover saúde também significa promover ambientes e processos de trabalhos saudáveis; inclui políticas de desenvolvimento social e econômico, entendendo que qualidade de vida e saúde envolvem o direito de trabalhar e viver em ambientes saudáveis, com dignidade, impedindo o aprofundamento das iniquidades e das injustiças sociais (Brasil, 2012; Assunção, 2013).

Além da promoção da saúde, a prevenção dos riscos do trabalho é imprescindível e consiste em importante estratégia de diminuição de custos ao empregador. Estudos da OPAS (2015) indicam que os programas de prevenção têm menor custo que os gastos com o atendimento dos danos à saúde, razão pela qual são uma estratégia sólida de contenção de custos para os sistemas de saúde nacionais.

Assim, vislumbra-se, para o SUS, não uma gestão do trabalho terceirizada e eficiente, mas uma gestão efetiva, sensível às necessidades dos trabalhadores e crítica politicamente, direcionada para mudar o quadro de precarização enraizado e para propor transformações concretas que possam estabelecer condições decentes de trabalho, cuja proposta inclua a formação reflexiva e permanente e a consolidação dos direitos e garantias constitucionais e humanos aos trabalhadores, os quais poderiam influenciar positivamente todo o sistema e a população usuária.

REFERÊNCIAS

ABRAMO, Laís. **Uma década de promoção do trabalho decente no Brasil:** uma estratégia de ação baseada no diálogo social. Genebra: OIT, 2015. ISBN: 978-92-2-829683-9 (print); 978-92-2-829684-6 (web pdf).

ALVES, G. **Trabalho e mundialização do capital.** Londrina: Editora Práxis, 1999.

ANTUNES, R.; DRUCK, G. A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra. **Revista O social em Questão,** ano XVIII, n. 34, p. 19-40, 2015.

ASSUNÇÃO, A. A. **Disciplina Saúde do Trabalhador.** Caderno de Estudos. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Belo Horizonte: UFMG, 2013. 66 p.

ASSUNÇÃO, A. A. *et al*. Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, sup 2., p. S193-S201, 2007.

BARALDI, Solange *et al*. Globalização e seus impactos na vulnerabilidade e flexibilização das relações do trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 539-548, 2008. DOI 10.1590/S1981-77462008000300008

BARROS, André Falcão do Rêgo *et al*. (org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: Estudos e Análises v. 2. Brasília: Ministério |da Saúde, 2004.

BEHRING, E. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Recursos Humanos. **Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde**: Relatório Final. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, MARE, 1995.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Secretaria da Reforma do Estado. **Organizações sociais**. Brasília: MARE, 1997. 74 p. (Cadernos MARE da Reforma do Estado, v. 2)

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma administrativa do sistema de saúde**. Brasília: MARE, 1998a. 33 p. (Cadernos MARE da Reforma do Estado, c. 13).

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que mencionam e a absorção de suas atividades por Organizações Sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 18 maio 1998b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm. Acesso em: 15 jan. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Universidade de Brasília. Organização Panamericana da Saúde. **Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na Perspectiva da Reforma do Estado.** Relatório Final de Seminário. Brasília, 1998c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_gestao.pdf. Acesso em: 17 nov.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS** (NOB/RH-SUS). 3. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Portaria Ministerial da Saúde nº 1.823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em:15 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Documento Orientador da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Democracia, Trabalho e Educação na Saúde Para o Desenvolvimento: Gente Que Faz o SUS Acontecer. Brasília: CNS, 2024. Disponível em em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/4a-cngtes/publicacoes/documento-orientador-da-4a-cngtes.pdf. Acesso em: 15 nov. 2024.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A reforma gerencial do Estado de 1995. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, p. 7-26, v. 34. n. 4, jul./ago. 2000.

BUSSINGUER, E. C. de A.; SALLES, S. M. A precarização do direito humano fundamental ao trabalho nas organizações sociais de saúde. **Espaço Jurídico Journal of Law [EJJL]**, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 375-410, 2018. DOI: 10.18593/ejjl.v19i2.16849. Disponível em: https://periodicos.unoesc.edu.br/espacojuridico/article/view/16849. Acesso em: 15 jan. 2023.

DAL POZ, M. R. A crise da força de trabalho em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1924-1926, out. 2013.

DRUCK, G. Unrestrained outsourcing in Brazil: more precarization and health risks for workers. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 32, n. 6, 2016.

FERNANDES, L. E. M. **Gestão de recursos humanos em hospitais estaduais sob contrato com organizações sociais de saúde**. 2017.156 f.: il. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017.

FILIPPON, J. *et al*. A "liberalização" do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 8, p. e00034716, 2016.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (org.) **Saúde e Democracia**: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

GAULEJAC, V. DE. **Gestão como Doença Social**: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2007.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. 9. ed. São Paulo: Loyola, 2000.

MACHADO, M. H. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde.** v. 3, n. 1 (mar. 2006). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSÉS N.M.N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no brasil. In: PIERANTONI, Celia; DAL

POZ, Mario Roberto; FRANÇA, Tania. (org.). **O Trabalho em Saúde:** abordagens quantitativas e qualitativas. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, 2011. p. 103-116.

MENDES GONÇALVES, R. B. **A Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1993. (Relatório de seminário).

MORAES, P. R. S. Terceirização e Precarização do Trabalho Humano. **Rev. TST**, Brasília, v. 74, n. 4, out/dez 2008.

MUNTANER, C. The missing link in precariousness research. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 32, n. 6, 2016.

NOGUEIRA, R. P. (coord.) **Tendências na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde:** a gestão de recursos humanos no Sistema Único de Saúde. Brasília: UnB/CEAM/NESP/ObservaRH, 2010. (Série Observação, 5).

NOGUEIRA, R.P. A Força de Trabalho em Saúde. Trabalho apresentado ao I Curso Internacional em Política e Administração de Saúde para a América Latina e o Caribe. **Revista Administração Pública,** Rio de Janeiro, p. 61-70, v.17. n. 3. jul./set. 1983.

OLIVEIRA, R. F. A contra-reforma do Estado no Brasil: uma análise crítica. **Revista Urutágua**, n. 24, p. 132-146, 20 jun. 2011.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Plano de Ação Sobre a Saúde dos Trabalhadores.** 54° Conselho Diretor. 67.ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas em Washington, D.C., EUA, de 28 de setembro a 2 de outubro de 2015.Tema 4.7 da agenda CD54/10, Rev.1. Original: espanhol. OPAS, 2015.

OSBORNE, D. Reinventing Government. **Public Productivity & Management Review**, v. 16, n. 4, p. 349-356 Summer, 1993. Fiscal Pressure and Productive Solutions: Proceedings of the Fiftth National Public Setor Productivity Conference.

OSBORNE, D., GAEBLER, T. **Reinventando o governo:** como o espírito empreendedor está transformando o setor público. Trad. Sérgio Fernando Guarischi Bath e Ewandro Magalhães Jr. 7. ed. MH Comunicação. Brasília, 1995.

PAIM, J. S. **Recursos humanos em Saúde no Brasil:** problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

PEREIRA, L. D. A Gestão da Força de Trabalho em Saúde na Década de 90. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 363-382, 2004.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 341-360, v. 6. n. 2, 2001.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. In: BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde** v. 3, n. 1 (mar. 2006). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

SANTOS-FILHO, S B. Um olhar sobre o trabalho em Saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSus: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (orgs). **Trabalhador da Saúde:** Muito Prazer! Protagonismo dos Trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Unijui (RS): Editora Unijui, 2007. Coleção Saúde Coletiva.

SILVA, N. C. *et al*. Gestão de Recursos Humanos em Saúde e sua necessária interface ao mundo organizacional – um olhar ampliado. In: ENCONTRO DA ANPAD - Associação Nacional Dos Pós-Graduação E Pesquisa Em Administração, 23, São Paulo, 2009. **Anais [...].** 16 p. São Paulo: ANPAD, 2009. Disponível em: http://www.anpad.org.br/admin/pdf/GPR2596.pdf. Acesso em: 15 jan. 2023.

SIQUEIRA, C. E. The impact of the "siamese twins" outsourcing and precariousness on workers' health. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 32, n. 6, 2016.

SIQUEIRA, C. E. G.; BORGES, F. T. Inventando o Reinventado: As organizações Sociais de Saúde como modelo de gestão neoliberal de serviços de saúde à Bresser-Pereira. Cap. 1. In: SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E.C.A.; BAHIA, L. (orgs.) **Organizações sociais**: agenda política e os custos para o setor público da saúde. 1. ed. São Paulo: HUCITEC Livros técnicos, 2019. 370 p. ISBN: 9788584041442

SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E.C.A. Organizações Sociais e Privatização da Saúde: A Discricionariedade dos Contratos de Gestão com o Terceiro Setor. Cap. 2. In: SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E.C.A.; BAHIA, L. (orgs.) **Organizações sociais**: agenda política e os custos para o setor público da saúde. 1. ed. São Paulo: HUCITEC Livros técnicos, 2019. 370 p. ISBN: 9788584041442

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 15 (suplem.). p. 225-264, Rio de Janeiro, 2005.

VIANA, D. L. **Gestão do Trabalho em Saúde**: revisão da literatura por meio de scoping review. 2012. 170p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

VIEIRA, M. Recursos Humanos Em Saúde. In: DICIONÁRIO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/rechumsau.html. Acesso em: 15 jan. 2023.

8

DESIGUALDADES E VIOLÊNCIA NO COTIDIANO DO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19

STEPHANIA MENDES DEMARCHI, RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA, ERIKA MARIA SAMPAIO DA ROCHA, DHERIK FRAGA SANTOS
E MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

INTRODUÇÃO

A desigualdade entre homens e mulheres é produzida pela tradição cultural de um povo, por suas estruturas de poder e pelos agentes nas relações sociais. As relações desiguais entre os gêneros são construídas historicamente e interpretadas como naturais (Saffioti, 2015). Gênero é aqui definida como uma categoria implantada por meio de um longo processo de disciplina e mantida por meio das normas, além de ser reforçada por meio de diversos mecanismos, como a organização do trabalho, a divisão do trabalho, a criação de mercados de trabalho diferenciados, além da organização da rotina familiar, da sexualidade e do trabalho doméstico. Isso fica evidente ao observarmos o trabalho feminino em nossa sociedade, já que a mulher geralmente trabalha em serviços que remetem a cuidados ou atendimentos. Cada um desses itens ajuda na coerção e na exploração desse gênero (Federici, 2020).

No capitalismo, o feminino é uma construção direcionada para a função-trabalho, em que se faz desaparecer a força de trabalho sob o disfarce de destino biológico no qual se baseia a divisão sexual do trabalho. Nesse sistema, a mulher torna-se um sujeito primário de produção, pois, com ela, atinge-se o objetivo de baratear custos com a produção do trabalho. Nesse processo, garante-se a permanência das mulheres nas más condições de vida e trabalho e permite-se o uso da violência contra ela. Dessa forma, nesse sistema

global, quem paga o preço mais alto para mantê-lo são as mulheres (Federici, 2017).

Entre as desigualdades entre os gêneros encontradas no capitalismo, vê-se a divisão sexual no trabalho do cuidado, que faz com que as mulheres lidem com multitarefas, sendo mães, esposas e viúvas que conciliam as atividades da casa e do trabalho, mesmo quando os filhos são pequenos. Isso exige dessa mulher uma excessiva carga de responsabilidade doméstica, familiar e profissional (Costa, 2018). A mulher trabalha fora e dentro de casa, tendo "que gastar horas de trabalho na reprodução da sua própria força de trabalho" (Federici, 2019).

Além disso, o cuidado associado ao gênero feminino contribui para a ligação entre as mulheres no mercado de trabalho com as profissões relacionadas ao cuidado (Hirata, 2016). É um tipo de trabalho que pode ser exercido de diversas formas e situações, já que pode ser executado na casa ou fora dela, em uma relação compulsória ou profissional, de forma gratuita ou remunerada (Guimarães, 2016).

A enfermagem é um exemplo de gueto profissional feminino, categoria que, no Brasil, sofre com intenso processo de precarização e péssimas condições de trabalho, sendo acometida, muitas vezes, por violência durante as suas atividades laborais, baixos salários ou salários defasados, desvalorização da categoria, sobrecarga de trabalho, estresse e adoecimento. A situação da categoria foi ainda mais grave durante a pandemia da covid-19, quando as precárias condições de trabalho da enfermagem ficaram evidentes, com número elevado de profissionais contaminados e mortos pela doença (Machado *et al.*, 2020).

O relatório "Estado da Enfermagem no Mundo 2020: investir em educação, emprego e liderança", publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), revela a importância dessa categoria, pois estima-se que há 28 milhões de profissionais de enfermagem no mundo, quantitativo que representa mais da metade de todos os profissionais de saúde. Porém, existe grande variações de distribuição entre os continentes. Nas Américas, por exemplo, mais de 8 em

cada 10 enfermeiros exercem suas funções em três países (Brasil, Canadá e Estados Unidos) (WHO, 2020a).

No Brasil, existem mais de 2,5 milhões de profissionais de enfermagem. A profissão é estruturada no conjunto de quatro categorias: enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira (Brasil, 1986; COFEN, 2020). Além disso, é uma profissão de múltipla aplicabilidade, pois está na assistência, na saúde pública, na prevenção e na promoção da saúde. Encontra-se presente em todas as fases vitais do ser humano, o que lhe confere um aspecto essencial para sociedade. Dessa forma, a enfermagem é crucial em qualquer sistema de saúde, sem ela não há como seguir com o trabalho (SILVA; MACHADO, 2020).

Assim, o trabalhador de enfermagem encontrou-se em situação peculiar decorrente do enfrentamento da pandemia de covid-19, tendo como destaque as ações da enfermagem de vigilância, prevenção, controle da transmissão do vírus, assistência direta aos enfermos, produção de pesquisas e orientações à comunidade. Essas ações geraram sobrecarga de trabalho, além das outras demandas que foram provocadas pela alta taxa de contaminação do vírus (Miranda *et al.,* 2020). Portanto, devemos ressaltar que, na presença da maior crise sanitária do século provocada pelo SARS-CoV-2, também estávamos vivendo uma crise do cuidado, pois os profissionais que cuidam foram negligenciados pelas entidades que os empregam e pelos órgãos que fiscalizam os empregadores (Souza L.; Souza A., 2020).

O aumento da sobrecarga de trabalho e exaustão também foram desafios enfrentados pelo profissional de enfermagem no período da pandemia, como consequência de diversos fatores, tais como: aumento do número de pacientes atendidos, além da gravidades do mesmo devido complicações provocadas pela doença; aumento do número de horas trabalhadas; necessidades de remanejamento de setores; falta de profissionais devido aos afastamentos e a necessidade de diversas adaptações institucional; e sentimento de desvalorização e desamparo por parte da instituição (Boufleuer *et al*, 2023)

No contexto da pandemia, faz-se ainda necessário destacar que os profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, que atuaram na linha de frente do cuidado e combate à doença, vinham sendo infectados em massa nos hospitais e sendo obrigados a se afastar do trabalho. Junto com o colapso do sistema de saúde, muitos profissionais também morreram. Havia tensão e medo, e um sentimento de impotência quando recebiam a notícia de que um colega tinha sido contaminado ou que tinha morrido, muitas vezes longe da família, para preservá-la do risco (Souza L.; Souza A., 2020).

Assim, este estudo tem como objetivo discutir a experiência e desafios dos profissionais de enfermagem em tempo de pandemia, na perspectiva teórica de Marie-France Hirigoyen sobre a violência perversa.

METODOLOGIA

Esta pesquisa baseia-se em uma abordagem qualitativa e descritiva, alinhada aos objetivos da investigação. Em relação aos aspectos éticos do presente estudo, o projeto foi aprovado sob o parecer de número 5.527.934 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo - CCS/UFES conforme a Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os critérios de inclusão dos participantes no estudo foram: sexo feminino; profissionais de enfermagem; funcionárias efetivas de um hospital universitário da região Sudeste. Já os critérios de exclusão foram: estar de férias ou afastada das funções laborais. Optou-se por utilizar entrevistas com roteiro semiestruturado e diário de campo. As entrevistas foram realizadas presencialmente, entre julho e outubro de 2022, em Vitória/ES, em momentos marcados previamente no lugar de preferência da participante, como na sua residência. Todas as entrevistas foram gravadas com recurso do

aplicativo gravador de voz de um celular Android e foram transcritas para melhor avaliação.

Foram feitos dois blocos de perguntas, o primeiro, com o objetivo de caracterizar a amostra, a partir das seguintes características: idade; estado civil; religião; possui filhos; idade dos filhos; idade que teve o primeiro filho; qual categoria profissional pertence; em qual setor trabalha. O segundo bloco de perguntas teve o objetivo de identificar as violências que os profissionais foram submetidos, por meio das seguintes perguntas: como foi trabalhar na pandemia?; poderia citar quais momentos mais marcantes?; o que você sentiu nesse período?; quais desafios você enfrentou?; chegou a tomar alguma medida mais exigente para proteger seus familiares, como sair de casa ou dormir em local isolado?; perdeu algum familiar ou colega de trabalho devido à pandemia?; o que passava em sua mente?; como foi essa experiência?; como foi viver este momento nessa instituição?

Foram utilizados nomes fictícios para cada trabalhadora envolvida na pesquisa, no intuito de preservar a sua identidade e respeitar os critérios de privacidade. Logo após a coleta das entrevistas, foi iniciada a exploração do material, que reuniu todos os dados provenientes do diário de campo e entrevistas no computador com uso do *software* Atlas.ti. Para análise dos dados, foi empregado a análise de conteúdo de Bardin (1977).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E CATEGORIAS DE ANÁLISE

Participaram do estudo 40 profissionais de enfermagem. A faixa etária das participantes da pesquisa era entre 32 e 58 anos, sendo 45% entre os 35 e 45 anos. Quanto ao estado civil: 57,5% eram casadas ou em união estável, 10% divorciadas, 27,5% solteiras e 5% viúvas.

Das profissionais entrevistadas, 72,5% tinham filhos. Em relação à categoria de enfermagem: 17,5% eram auxiliares de enfermagem, 57,5% eram técnicas em enfermagem e 25% eram enfermeiras. Em relação ao tempo de serviço na área, 52,5% da amostra tinha de 10 a 20 anos. Já sobre os setores de atuação: urologia (3), pediatria (4), terapia intensiva neonatal (3), clínica cirúrgica (3), setor de imagem (1), maternidade (5), clínica médica (9), ginecologia (5), centro cirúrgico (1), terapia intensiva (3), pronto-socorro (1), ambulatório covid-19 (1) e nefrologia (1)

Inúmeros foram os desafios ocasionados pela pandemia mencionados pelas trabalhadoras de enfermagem, tais como: lidar com uma doença desconhecida, problemas com o uso de equipamentos de proteção individual (seja uso excessivo ou a faltas deles), óbitos, falta de profissional e estrutura, gestão ineficaz ou desumanizada, mudanças de rotina, afastamento familiar e social e assédio e preconceitos.

Os resultados obtidos nas entrevistas são apresentados, a seguir, em duas categorias: (i) A violência perversa no cotidiano do trabalho da enfermagem durante a pandemia por covid-19 e (ii) As relações perversas no cotidiano social da enfermagem durante a pandemia por covid-19.

(I) A VIOLÊNCIA PERVERSA NO COTIDIANO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19

Aqui, os discursos mostram a violência perversa no cotidiano do trabalho. O abuso de poder e a manipulação perversa que se instala de forma mais insidiosa e causa graves consequências para as trabalhadoras de enfermagem. Diante de todas as agressões, as trabalhadoras voltam para casa exaustas, humilhadas e deprimidas, com dificuldade de se recuperarem (Hirigoyen, 2011).

Importante destacar que a perversidade provém de uma fria racionalidade combinada a uma incapacidade de considerar os outros como seres humanos. Apesar de a palavra “perverso” chocar e perturbar, não dar nome à perversão é considerado um ato ainda

mais grave, pois representa deixar a vítima desarmada, agredida e passível de ser agredida, à mercê do perverso (Hirigoyen, 2011).

As participantes tinham como desafio a covid-19 ser uma doença desconhecida, com a qual elas não sabiam como lidar e com práticas que precisavam desenvolver, que poderiam ter como consequência se contaminar com a doença, como vemos na fala:

> Olha, foi desesperador porque era um inimigo invisível e desconhecido, que não escolheu classe, não escolheu credo e nem raça, e nem fronteiras, aliás ele rompeu fronteiras, foi uma coisa enlouquecedora, pelo fato de você também está a qualquer instante vitimado, por mais que você tenta se proteger, mas se proteger de que forma? Se ele era até então desconhecido, e foi destoante de tudo que a gente já tinha vivido (Amanda).

É importante destacar que, na verdade, o vírus não é democrático. Isso sugere haver uma intenção ou ato de manipular, de fazer crer nessa premissa democrática (Navarro *et al.*, 2021).

Outro desafio citado, associado ainda à prática laboral, foi o uso do equipamento de proteção, que ora demostrava desconfortável pelo uso excessivo, mas que também gerava preocupação em relação a sua falta ou mudanças em relação ao modo de uso.

> De máscara o tempo inteiro e isso causa um desconforto muito grande né. Eu tive dores de cabeça de repetição, narina ferida, orelha ferida com elástico (Amanda).

As profissionais de enfermagem relatam que um desafio significativo foi o aumento de óbitos, de perda de familiares, amigos ou colegas de trabalho no período da pandemia. O medo da morte foi algo presente no cotidiano, como vemos nas falas de Heloísa:

> O que pesou em mim na pandemia foi ver muitas mortes, eu trabalho há 14 anos na área, eu nunca vi tantas mortes feias né, pacientes com falta de ar, pedindo socorro e não ter tubo para todo mundo. (Heloísa)

A pandemia desmascarou as condições perversas às quais a equipe de enfermagem é submetida. Entretanto, outros dois desafios relatados estão associados à instituição, como a falta de profissional e estrutura, além de uma fala que afirma que a gestão despreparada para enfrentar a covid-19 ou desumanizada. A falta de profissionais e estrutura pode ser vista na fala de Ivone:

> No período da pandemia eu achava assim que faltava muita coisa. Faltava principalmente equipe médica para atender, para estar ali com a gente, a gente demorava a achar. Eu fiquei um desgaste emocional muito grande, falta de profissionais médicos, falta de estrutura, falta de aparato material (Ivone).

Faz-se necessário salientar o isolamento da equipe de enfermagem, a qual é afastada dos outros profissionais, como os médicos, por exemplo, e, por isso, precisa assumir sozinha objetivos impossíveis de serem atingidos no cuidado com os pacientes, sendo esse processo reconhecido como tenebroso e desumano. Ressalta-se que falar de abuso de fraqueza é questionar os conceitos de consentimento, submissão e liberdade. O abuso é caracterizado por três pontos principais: a vulnerabilidade por parte da vítima, o conhecimento dessa vulnerabilidade pelo abusador e o fato de o ato ser gravemente prejudicial à vítima (Hirigoyen, 2014).

Além dos problemas estruturais, as profissionais ainda relatam desafios associados à gestão que, conforme os relatos, se apresentou perdida com as orientações de quais condutas a serem tomadas no período da pandemia, principalmente no começo, como pode-se perceber no seguinte depoimento:

> A instituição ficou muito perdida no começo com as orientações. Tanto que uma coisa que me marcou que pediram para a gente usar máscara cirúrgica e aí chegou um técnico em radiologia com essa máscara N95 e a orientação foi não use a máscara N95 para não assustar ninguém e aí eu perguntei para o técnico de radiologia o porquê ele estava usando

> aquela máscara, ele disse que era para ele se proteger e que no setor dele todo mundo estava usando e aí eu falei vocês que veem fazer Raio-X no leito podem usar e nós que somos expostos contínuos não podemos, então a partir de amanhã eu não tiro mais a N95 da cara e quero ver alguém falar. Porque a orientação é que não podia usar e aí foi que todo mundo se rebelou e todos exigimos a N95 para a gente e aí passamos a comprar, sim, nós compramos, porque não era liberado para a gente, para nossa proteção só era liberada máscara cirúrgica, porque eles ficavam com esse discurso que não era para assustar, só que gente do alto escalão aqui usava a N95 e nós da assistência usávamos a cirúrgica. E aí então cada um comprou a sua, e começamos a usar. Até que depois foi liberada (Manuela).

Com relação ao uso de equipamento de proteção individual (EPI), chama a atenção o fato de a gestão fazer uso da máscara N95, apesar da orientação pela não liberação para a equipe de enfermagem, ou seja, a instituição descarregou as suas responsabilidades nos ombros daqueles a quem deveria orientar e ajudar ou proteger. Tal situação parece indicar a violência perversa institucional no cotidiano da equipe de enfermagem, a existência da necropolítica (Navarro *et al.*, 2021).

Nesse cenário, faz-se necessário destacar a Lei Nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, responsável pelo surto de 2019. Em seu § 2º, ressalta que o poder público e os empregadores ou contratantes fornecerão, gratuitamente, os equipamentos de proteção individual (EPIs) recomendados pela Anvisa aos profissionais que estiverem em atividade e em contato direto com portadores ou possíveis portadores do novo coronavírus, considerados os protocolos indicados para cada situação (Brasil, 2020).

A partir disso, a própria instituição pode tornar-se um sistema perverso quando o fim justifica os meios para que ela atinja seus objetivos. É no âmbito da organização do trabalho que, por um

processo perverso, a mentira serve ao desenvolvimento da instituição (Hirigoyen, 2011, 2014).

Nesse sentido, faz-se necessário afirmar que uma comunicação nunca é completamente neutra, que nenhuma esfera da vida de relação escapa à manipulação. A comunicação pode não ser mal-intencionada ou destrutiva, fazendo parte de uma troca normal enquanto houver reciprocidade, entretanto, quando ocorre uma tomada de poder de um sobre o outro, ela se torna abusiva (Hirigoyen, 2014, p. 13).

Em alguns momentos, a instituição se apresentou desumanizada em relação ao sofrimento das trabalhadoras, aos desafios que elas estavam enfrentando e aos cuidados com os trabalhadores quando se contaminavam pela covid-19, como podemos observar nas falas de Yasmim:

> Eles entregavam apenas duas máscaras para a gente e isso ia contra a regulamentações, mas devido à escassez, eu lembro que eles distribuem uma sacolinha com duas máscaras daquelas descartáveis que você tinha que usar durante todo o plantão, aquilo foi um absurdo para a gente porque se olhava para a escassez de material, mas não olhava para a saúde do trabalhador e isso foi um pouco revoltante porque a gente estava ali dando nossa cara a tapa, mas não tínhamos um retorno e quando você estava suspeito você ficava perdido porque a instituição não te atendia, não tinha um fluxo estabelecido. Se tivesse plano você ia para seu plano e não você iria para o SUS, mas tudo lá fora, tudo que você quer tinha que procurar, então eu acho que deixou a desejar essa questão de saúde do trabalhador (Yasmim).

Nesse contexto, faz-se necessário salientar que a perversidade provém de fria racionalidade combinada à incapacidade de considerar os outros como seres humanos (Hirigoyen, 2002). Isso fica evidenciado na fala de Edith, quando relata a diferença entre as duas instituições que trabalha no momento que foi diagnosticada com covid-19:

> No hospital X todo dia uma menina da medicina do trabalho me ligava para saber como eu estava, geralmente ela ligava no horário de 10, 9 horas para saber como foi minha noite, como foi meu dia. Para saber como eu amanheci aquele dia, então eu fiquei praticamente duas semanas sendo monitorada por ela, eu achei tão importante isso. Aqui eles não quiseram nem saber da minha vida (Edith).

(II) AS RELAÇÕES PERVERSAS NO COTIDIANO SOCIAL DA ENFERMAGEM DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19

A violência social do cotidiano é destacada em diversas falas. O relato de mudanças na rotina também foi presente nas falas das participantes, como mudanças nas práticas de saúde, principalmente nas práticas de exercício físico e no cotidiano social dessas mulheres, sendo as mudanças percebidas no transporte público e nas ruas estarem vazias as mais citadas, como vemos nas falas a seguir.

> Até 2019 antes da pandemia eu tinha uma vida estável, fazia atividade física, saia do trabalho já arrumada para dar uma caminhada na beira da orla, mas aí durante a pandemia isso ficou muito mais difícil (Sophia).

> Eu vivenciei coisas assim, eu moro na Serra, eu vinha para cá, eu pegava o [ônibus], eu ia até Laranjeiras sozinha. Teve um dia que eu filmei, eu dentro do ônibus. Nunca imaginei uma cena dessa. Porque só estava pegando profissionais de saúde né e eu peguei aqui em Maruípe e fui até Laranjeiras sozinha (Edith).

Destacam-se as relações sociais perversas com os trabalhadores de saúde, em especial as mulheres enfermeiras. Além de mudanças com rotinas de casa e cuidado familiar, algo ainda mais relevante quando o estudo foi realizado apenas com mulheres e levamos em consideração os papéis de gênero. Nos relatos, as trabalhadoras reforçam os papéis de cuidado familiar e a importância da escola na divisão do cuidado com os filhos, como vemos na fala de Gabriela, cuja filha, no começo da pandemia, tinha 9 anos:

> Foi difícil, eu tive que me desdobrar porque não tinha escola, a gente tinha que ser professora, tinha aula online, mas a criança às vezes se desesperava porque às vezes não entendia ou dava sono. Eu trabalhava com telefone no ouvido para falar o que ela deveria fazer, por exemplo, às vezes ela tinha que esquentar alguma comida, e aí eu falava 'filha só liga o fogo quando a mamãe estiver falando com você', e aí eu ficava com ela no telefone e 'agora desliga o fogo e senta em frente à televisão que a mamãe vai desligar'. Então, foi muito difícil (Gabriela).

Nesse cenário, observa-se a sobrecarga das mulheres com relação ao trabalho de cuidado, a crise do cuidado e a falta de apoio social. Outro desafio mencionado foi o afastamento familiar e social feito principalmente pelo medo de contaminar entes queridos, mas que gerou solidão e saudades nas participantes. Como relata Amanda, cujo filho, no início da pandemia, tinha 6 anos.

> Sim, teve um período de eu usar a casa da minha tia no mesmo quintal que estava desocupada, deles deixarem tudo arrumado para mim lá [...]. Lógico que tinha dias que eu não conseguia ficar longe, que eu queria dá um abraço, mas o dia que estava mais suspeita é que eu ficava mais longe deles (Amanda).

Destaca-se o processo de exclusão como forma de proteção social, num contexto de atraso na aquisição de vacinas, de hesitação vacinal e de negacionismo da sociedade brasileira (Carvalho *et al.*, 2022).

Outro problema associado à covid-19 foi o aumento do assédio e preconceitos em relação às trabalhadoras, com 42,5% das participantes relatando episódios de preconceitos em diversos momentos e por diferentes atores (familiares, amigos ou desconhecidos), como vemos na fala de Lilia:

> Sim, enfrentei preconceito de alguns vizinhos e pessoal da família. No bairro, uma pessoa que sempre falava comigo, me cumprimentava, viu que eu estava vindo, atravessou a rua (Lilia).

Ou enfrentaram assédio moral, até mesmo com agressão, como vemos no relato de Rebeca, sobre quando foi diagnosticada com covid-19:

> Aí, cheguei em casa e avisei no prédio que estava com covid né e aí começou né, não podia sair de casa, não podia pegar o elevador. E aí depois da quarentena eu precisei sair para vim aqui no hospital né e aí o síndico falou que eu não podia sair e aí eu coloquei a máscara e sai, e aí, foi as meninas da limpeza do prédio chorando falando que eu ia matar elas, o pessoal da portaria chorando falando que eu ia matar eles. Uma vez eu fui entrar no elevador uma senhora foi e me empurrou. (Rebeca)

O assédio moral acontece de forma prática quando os trabalhadores são expostos a situações humilhantes e constrangedoras, repetidas vezes e durante jornadas prolongadas de trabalho e no exercício de suas funções. São frequentes relações de hierarquias autoritárias, com condutas desumanas e antiéticas presentes, desestabilizando a relação da vítima com o ambiente de trabalho e a instituição (Barreto, 2008; Nunes, 2011). Hirigoyen (2011, p. 65) define assédio em local de trabalho como:

> Toda e qualquer conduta abusiva manifestando-se sobretudo por comportamentos, palavras, atos, gestos, escritos que possam trazer dano à personalidade ou a integridade física ou psíquica de uma pessoa, pôr em perigo seu emprego ou degradar o ambiente de trabalho).

O assédio moral é uma forma de violência perversa presente no cotidiano, podendo acontecer em qualquer setor de trabalho, porém é mais frequente em setores da saúde e da educação. Além disso, há condutas e contextos nos quais o assédio se desenvolve mais facilmente, cenários em que existem alto nível de estresse e desorganização, locais em que práticas perversas individuais são escondidas e a perversão é utilizada em práticas de gestão. O assédio no local de trabalho agrega dois fenômenos: o abuso de poder, que é rapidamente

desmascarado e não é necessariamente aceito pelos empregados, e a manipulação perversa, que se instala de forma mais lenta, mas causa consequências mais devastadoras (Hirigoyen, 2002, 2011).

Os trabalhadores não têm conseguido encarar a dura realidade do mundo do trabalho. Inseguros em questionar as normas impostas pelas instituições, acabam por criar e manter ideologias defensivas em suas rotinas de trabalho. De forma individual, o sofrimento é vivenciado como incompetência e impotência subjetivas e, o pior, não fica evidenciada que a origem do sofrimento é a exposição passiva e sem questionamento às violências e injustiças do contexto social do trabalho. Quando o sofrimento não é reconhecido como decorrente das pressões do trabalho, o indivíduo permanece se esforçando cada dia mais para ser recompensado e premiado dentro da empresa, focado na conquista de garantir a promessa de felicidade que não consegue viver (Caniato; Lima, 2008).

Nas falas das profissionais de enfermagem, observa-se as mais variadas formas de violência perversa no cotidiano do trabalho e nas relações perversas no cotidiano social provocadas pelo surgimento da pandemia, seja dentro ou fora do seu ambiente laboral. Vale considerar que os profissionais de enfermagem no Brasil já enfrentavam inúmeros desafios e muitos desses foram agravados no período da pandemia. Dessa forma, são diversos os fatores (institucional, profissional e pessoal) que afetam a qualidade de vida desses profissionais (Quadros *et al.*, 2020).

Durante a pandemia, a falta de profissionais foi algo presente, seja pela orientação do Ministério da Saúde de que os profissionais que faziam parte dos grupos de risco (idosos, gestantes, pessoas com doenças crônicas e imunossuprimidas) fossem afastados ou pelo adoecimento por parte da equipe que esteve em contato com a doença, trazendo ainda mais déficit assistencial e sobrecarga. Tais acontecimentos geraram ainda mais diminuição do quadro de funcionários e, como consequência, o aumento do estresse e da sobrecarga dos funcionários que ficaram (Ferreira; Cardim; Azevedo, 2021; Quadros *et al.,* 2020; Reis *et al.,* 2020).

No que tange à enfermagem, devemos lembrar que, por ser a categoria que mais esteve exposta ao vírus, trabalhavam com medo, sob pressão, adoeceram. Assim, muitos se arriscaram e outros perderam a vida ao enfrentarem uma pandemia. Enquanto as taxas de mortalidade se espalhavam de forma avassaladora, enfermeiros e técnicos de enfermagem estiveram constantemente expostos ao vírus sobre o qual pouco se sabia, que não havia cura, nem vacina, nem medicação com comprovação científica, nenhuma técnica que pudesse frear o seu progresso e dados epidemiológicos assustadores (Costa, 2020; Quadros *et al.,* 2020).

Nessa realidade de lidar com o novo, a principal queixa das profissionais era como deveriam ser realizados os cuidados aos pacientes com suspeita de covid-19 ou em casos confirmados. O contato gerou dúvidas, apreensões e ansiedade por não possuírem total domínio quanto ao atendimento do paciente, associado à rápida transmissão e, devido a isso, a números crescentes de pacientes associados a muitas lacunas no conhecimento de como lidar com a doença, o que gerou diversas dificuldades (Reis *et al.,* 2020; Ferreira; Cardim; Azevedo, 2021).

As mudanças na rotina hospitalar e a inconstância nos protocolos de assistência também foram um fator de estresse em profissionais de enfermagem. Nesse processo de adequação, é importante destacar que a atuação desse profissional no período da pandemia se deu como linha de frente, em uma realidade cheia de necessidades e de adaptação em um contexto inédito. A enfermagem lidou com o desconhecido enquanto cada pesquisa descobria algo novo, sendo necessário que os profissionais cuidassem dos pacientes ao mesmo tempo em que gerenciavam o seu autocuidado, especialmente pela falta de apoio institucional e social (Ribeiro, I. *et al.,* 2021; Ribeiro J. *et al.,* 2021).

Sobre essa falta de apoio, temos como exemplo o uso de equipamento de proteção individual (EPI), seja pelo seu uso excessivo ou o medo da falta. Essa realidade também é encontrada em outras pesquisas, nas quais os profissionais também relataram dificuldades

em adquirir EPIs em quantitativo adequados, principalmente as máscaras. Além da falta, o desconforto do uso também foi um relato presente no cotidiano dos profissionais de enfermagem, com relatos de falta de ar ou lesões no rosto. Além disso, os profissionais tiveram que enfrentar aumento da demanda de trabalho e sobrecarga de trabalho, prejuízos nos horários de alimentação, descanso e aumento do assédio moral (Ferreira; Cardim; Azevedo, 2021; Galon; Navarro; Gonçalves, 2022; Al Anazi *et al.,* 2020).

No mundo do trabalho, no qual a própria instituição torna-se um sistema perverso, destaca-se a sensação de mal-estar, a experiência de ter sido ludibriada, manipulada para tomar uma decisão ou agido contra seus próprios interesses de proteção. Dessa forma, revela-se que, por trás dos comportamentos de cada indivíduo que provoca assédio moral, é possível esconder uma gestão perversa (Hirigoyen, 2011; 2014).

É evidente que a pandemia gerou muitas dificuldades e desafios, tanto aos profissionais quanto aos gestores, e que gerenciar recursos humanos e materiais foi um enorme desafio diante dessa nova realidade (Ferreira; Cardim; Azevedo, 2021). Múltiplas foram as medidas que precisaram ser rapidamente tomadas, como desenvolvimento e aplicabilidade de protocolos, otimização de atendimento dos casos suspeitos e confirmados de covid-19, controle e gerenciamento de EPIs, além de apoio a equipe de enfermagem e suporte psicológico a fim de que fosse garantido uma assistência segura e de qualidade (Ferreira; Cardim; Azevedo, 2021).

Urge ressaltar que a pandemia de covid-19 ameaçou a vida humana, ameaçou os meios de sobrevivência das pessoas e ameaçou o modo de vida de todos. Porém, o que temos é uma categoria profissional de saúde que se encontra em esgotamento, que é a enfermagem, trazendo à tona a discussão sobre os fatores do processo de trabalho que geram desgaste físico e emocional e como esses fatores foram agravados ainda mais pela pandemia, que contribuiu para o aumento da curva de casos, internações e óbitos dos profissionais dessa categoria (David *et al.,* 2020; WHO, 2020b).

Além da morte do profissional, devido ao cenário de crise político-econômica e sanitária no Brasil, durante a pandemia de covid-19, tivemos um contexto assustador de aumento de casos e de óbitos diários da população por causa da doença (David *et al.*, 2020). No Brasil, tivemos 37.319.253 casos confirmados, com a maioria precisando de algum cuidado de saúde, além de mais de 700 mil mortes pela doença (Brasil, 2023).

É importante destacar que, na verdade, o vírus não é democrático. Visto que determinadas características estavam mais expostas ao contágio da covid-19 e falta de assistência do que outras (Navarro *et al.*, 2021). Tal situação parece indicar a violência perversa institucional no cotidiano da equipe de enfermagem, a existência da necropolítica. Sendo a necropolítica entendida pelos autores deste artigo como a soberania no poder e a capacidade de definir quem pode viver e quem pode morrer (Navarro *et al.*, 2021; Mbembe, 2016)

Destaca-se, ainda, que as profissionais de enfermagem tiveram que, durante o período da pandemia, fazer isolamento social de familiares, amigos e filhos, isso para não se tornarem veículo de contaminação para seus entes queridos. Muitos profissionais ficaram isolados em hotéis ou nas próprias casas (Costa, 2020). Além da escolha de se afastarem, nesse período da pandemia, os profissionais de saúde sofreram preconceito, já que eram vistos como agentes propagadores do vírus. Esse preconceito por parte da população também contribuiu para o sofrimento emocional dos trabalhadores de saúde (Nasi *et al.*, 2021; Paula *et al.*, 2021). Diante disso, devemos repensar esse momento vivenciado pela enfermagem e ver essa categoria não como heróis de guerra, mas como profissionais que se submetem a jornadas de trabalho desumanas e condições de trabalho variadas pela diversidade regional e contratuais, o que submete esses indivíduos ao risco de adoecimento físico e mental (Costa, 2020).

Historicamente, a desigualdade entre homens e mulheres foi estabelecida no meio social quando a mulher se torna dependente e refém da autoridade masculina (Saffioti, 2005). Por isso, ao se pensar as relações de gênero, é necessário considerar como essas relações

podem ser a estrutura para a produção de desigualdades sociais e subjetivas, o que torna necessária a criação de legislações, órgãos e políticas públicas específicas para impedir que isso aconteça (Cunha; Júnior; Lemos, 2019).

Além disso, as questões de gênero no ambiente de trabalho também transpassam a raça e a classe e se manifestam de diversas formas. Afinal, devemos levar em consideração que gênero, classe social e raça são traçados pelas estruturas de poder (Saffioti; 2015). As mulheres estão mais expostas ao assédio sexual nos locais de trabalho, e essa exposição ainda é maior em empregos com baixo salário, entre as mais jovens e entre as que trabalham no setor de serviços (Chappel; Di Martino, 2006). Elas também estão mais expostas a assédio moral (Bobroff; Martins, 2013).

Como limitações deste estudo, destaca-se a exposição à realidade de um único hospital, não abarcando as distintas realidades de outros hospitais e em outras regiões do país. Além disso, foram analisadas somente as situações da equipe de enfermagem, não abordando outros profissionais que também estiveram na linha de frente da pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado desta pesquisa evidenciou a experiência e os desafios que as profissionais de enfermagem enfrentaram dentro e fora da assistência hospitalar durante pandemia de covid-19. Mudanças de rotina, escassez de material e falta de humanização com os trabalhadores foram exemplos de desafios enfrentados nesse período singular e assustador. Porém, a pandemia não apenas estabeleceu novos desafios, ela desmascarou as dificuldades crônicas que os profissionais de enfermagem já enfrentavam em sua rotina laboral, como falta de estrutura, desvalorização e falta de quantitativo profissional, entre outros.

Nesse contexto, devemos repensar a humanização da gestão local e nacional em relação a essa categoria, a falta de direitos que estão sendo regidas pelo Estado brasileiro e qual a responsabilidade com a saúde dessas trabalhadoras, tornando-se um compromisso social de cuidar de quem cuida. Além disso, devemos, como sociedade, repensar a qualidade de vida desse grupo, que é composto principalmente por mulheres.

Dessa forma, falar de melhorias nas condições de trabalho e garantir direito da enfermagem é também garantir direito e melhora na qualidade de vida desse gênero, já tão sobrecarregado. Nessa perspectiva, as pesquisas e trabalhos científicos futuros devem explorar ainda mais a temática das consequências dos desafios que a covid-19 provocou nesses trabalhadores, quais foram as implicações em suas rotinas, na saúde emocional e física, na forma como enxergam a sua profissão.

REFERÊNCIAS

AL ANAZI, Ruqayyah B. *et al.* Violence against health-care workers in governmental health facilities in Arar City, Saudi Arabia. **The Scientific World Journal**, v. 2020, 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70,1977.

BARRETO, Margarida Maria Silveira. Assédio moral: risco não visível no ambiente de trabalho. 2008. **Agência Fiocruz de Notícias**, 21 jul. 2008. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/ass%C3%A9dio-moral-risco-n%C3%A3o-vis%C3%ADvel-no-ambiente-de-trabalho. Acesso em: 19 ago. 2023.

BOBROFF, Maria Cristina Cescatto; MARTINS, Júlia Trevisan. Assédio moral, ética e sofrimento no trabalho. **Revista Bioética**, v. 21, p. 251-258, 2013.

BOUFLEUER, E. *et al*. "Tentamos salvar vidas e nossas próprias vidas": o trabalho da enfermagem na pandemia da COVID-19. **Rev Gaucha Enferm**, v. 44, p. e20220303, 2023.

BRASIL. Casa Civil. Lei n° 1986, de 25 de junho de 1986. Regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1986.

BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**, 7 de fevereiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. **Coronavírus Brasil** [portal online], 2023. Disponível em: https://covid.saude.gov.br/. Acesso: 21 de abril de 2023.

CANIATO, Angela Maria Pires; LIMA, Eliane da Costa. Assédio a moral nas organizações de trabalho: perversão e sofrimento. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 11, n. 2, p. 177-192, 2008.

CARVALHO, Eleonora de Magalhães *et al*. Vacinas e redes sociais: o debate em torno das vacinas no Instagram e Facebook durante a pandemia de Covid-19 (2020-2021). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00054722, 2022.

CHAPPEL, D.; DI MARTINO, V. **Violence at work**. Geneva: International Labur Organizacinal, 2006.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Enfermagem em números. **Cofen** [portal online], 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros. Acesso em: 24 de julho de 2023.

COSTA, D. A. M. Os desafios do profissional de enfermagem mediante a covid-19. **Revista Gestão & Tecnologia**, v. 1, n. 30, p. 19-21, 2020.

COSTA, Fabiana Alves. Mulher, trabalho e família: os impactos do trabalho na subjetividade da mulher e em suas relações familiares. **Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 3, n. 6, p. 434-452, 2018.

CUNHA, M. C. C. C.; JÚNIOR, L. P. R.; LEMOS, F. C. S. Documentos, leis e políticas públicas no enfrentamento à violência de gênero. In: MATTIOLI, O. C.; ARAÚJO; M. F. **Violência nos contextos institucional, social e econômico.** Curitiba: CRV, 2019.

DAVID, H. M. S. L. *et al*. Pandemia, conjunturas de crise e prática profissional: qual o papel da enfermagem diante da Covid-19? **Rev Gaucha Enferm**, v. 42, 2020.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa**: Mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2017

FEDERICI, Silvia. **O ponto zero da revolução**: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante, 2019.

FEDERICI, S. **Beyond the periphery of the skin**: Rethinking, remaking, and reclaiming the body in contemporary capitalism. Oakland (Candá): PM Press, 2020.

FERREIRA, D. P.; CARDIM, M. G.; AZEVEDO, M. de S. N. Desafios da gestão de enfermagem na pandemia da COVID-19. **Rev Recien**, v. 11, n. 34, p. 364-372, 2021.

GALON, T.; NAVARRO, V. L.; GONÇALVES, A. M. de S. Percepções de profissionais de enfermagem sobre suas condições de trabalho e saúde no contexto da pandemia de COVID-19. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 47, 2022.

GUIMARÃES, N. A. Casa e mercado, amor e trabalho, natureza e profissão: controvérsias sobre o processo de mercantilização do trabalho de cuidado. **Cadernos Pagu**, v. 000, n. 46, p. 59-77, abr. 2016.

HIRATA, H. O trabalho de cuidado. **Sur: revista internacional de direitos humanos**, São Paulo, v. 13, p. 53-64, 2016.

HIRIGOYEN, M. F. **Mal-estar no trabalho**: Redefinindo o assédio moral. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

HIRIGOYEN, M. F. **Abuso de fraqueza e outras manipulações**. 1. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

HIRIGOYEN, M. F. **Assédio moral:** a violência perversa no cotidiano. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

MACHADO, M. H. *et al*. Enfermagem em tempos de COVID-19 no Brasil: um olhar da gestão do trabalho. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1. ESP, 2020.

MBEMBE, A. Necropolítica. **Arte & ensaios**, v. 32, p.122-151. 2016.

MIRANDA, F. M. D' A. *et al*. Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a Covid-19. **Cogitare Enferm**, v. 25, 2020.

NASI, C. *et al*. Significados das vivências de profissionais de enfermagem no contexto da pandemia da COVID-19. **Rev Rene**, v. 22, 2021.

NAVARRO, J. H. do N. *et al*. Necropolítica da pandemia pela covid-19 no Brasil: quem pode morrer? Quem está morrendo? Quem já nasceu para ser deixado morrer? In: ANDRADE, M. A. C. *et al*. (org.) **Gestão e Práticas em Saúde Coletiva no Contexto da Pandemia de Covid-19**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida; Rio de Janeiro: AREA27, 2021.

NUNES, Thiago Soares. **Assédio moral no trabalho:** o contexto dos servidores da Universidade Federal de Santa Catarina. 2011. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

PAULA, A. C. R. de *et al*. Reações e sentimentos dos profissionais de saúde no cuidado de pacientes hospitalizados com suspeita covid-19. **Rev Gaucha Enferm**, v. 42, 2021.

QUADROS, A. *et al*. Desafios da Enfermagem Brasileira no Combate da COVID-19: uma reflexão. **Enferm Foco**, v. 11, n. 1. ESP, 2020.

REIS, L. M. *et al*. Atuação da enfermagem no cenário da pandemia COVID-19. **Nursing** (São Paulo), v. 23, n. 269, p. 4765-4772, 2020.

RIBEIRO, Í. A. P. *et al*. Gestão em enfermagem: reflexões acerca dos desafios e estratégias frente à COVID-19. **Rev. Enferm.**, v. 95, n. 33, 2021.

RIBEIRO, J. F. *et al*. Profissionais de Enfermagem na UTI e seu protagonismo na pandemia: Legados da Covid-19. **Rev. Enferm. Contemp.**, v. 10, n. 2, 2021, p. 347-365. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v10i2.3423

SAFFIOTI, H. I. B. Gênero e patriarcado. In: BRASIL. Presidência da República. **Marcadas a Ferro.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005, p. 35-76.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado, violência**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SILVA, M. C. N.; MACHADO, M. H. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 7-13, 2020.

SOUZA, L. P. S.; SOUZA, A. G. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? Brazilian nursing against the new Coronavirus: who will take care for those who care? **J. nurs. health**, v. 10, n. 4, 2020.

WHO - World health organization et al. **State of the world's nursing 2020:** Investing in education, jobs and leadership. 2020a. Disponível em: https://web.archive.org/web/20200407162231/https://www.who.int/publications-detail/nursing-report-2020. Acesso em: 09 jul. 2024

WHO. World Heatlth Organization. **Actualización de la estrategia frente a la COVID-19**. Geneva: WHO; 2020b.

9

TRABALHADORES DA SAÚDE PRÉ E DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA REGIÃO NOROESTE DO ESPÍRITO SANTO

GABRIELA MANTOVANELLI DE OLIVEIRA GIUBERTI
E FRANCIS SODRÉ

Pandemias exigem prontamente que serviços e profissionais de saúde respondam às demandas para as quais nem sempre estão preparados. Com o crescimento de casos de covid-19 em larga escala, a demanda sobre os Sistema Único de Saúde (SUS) cresceu exponencialmente. A organização do trabalho de diversos grupos ocupacionais sofreu profundas alterações quanto à jornada, realização de horas extras, ritmo e intensidade de trabalho (Schwartz; King; Yen, 2020).

Além do risco de contaminação pelo vírus, se destacam a ansiedade e o estresse entre os trabalhadores da saúde, comprovados por estudo que identificou que 39% apresentavam algum sofrimento psíquico, especialmente aqueles que já trabalhavam com sobrecarga de trabalho (Dai *et al.*, 2020).

A crise sanitária imposta pela pandemia do novo coronavírus confirma a premissa destacada por Machado *et al.* (2020): "Profissional de saúde é um bem público: um patrimônio de 3,5 milhões de pessoas qualificadas a serviço desse bem universal chamado Saúde". Em relação à enfermagem, esses números se referem a 2.801.023 profissionais inscritos no Conselho Federal de Enfermagem, sendo 690.917 enfermeiros, 1.657.102 técnicos de enfermagem e 452.643 auxiliares de enfermagem com registros ativos, o que representam cerca de 60% desse enorme contingente de profissionais a serviço do SUS (COFEN, 2023a). Além da forte presença da categoria na estrutura dos serviços de saúde, há um reconhecimento da importância de seu trabalho para o funcionamento das equipes em que atuam,

em diversas áreas, por meio de ações de atenção, gestão, ensino e pesquisa (Machado; Pereira; Neto; Wermelinger, 2020).

A organização do sistema de saúde brasileiro demonstra que uma parcela significativa dos profissionais de enfermagem trabalha em instituições hospitalares. Tais ambientes expõem esses trabalhadores a riscos, tanto por ser um ambiente insalubre quanto pela complexidade das tarefas. Durante o período da pandemia, as características próprias do cuidado integral no processo de trabalho dessa categoria, como volume de procedimentos, maior tempo de permanência em contato com pessoas infectadas e superfícies contaminadas, incluindo o manuseio de equipamentos hospitalares, admissão dos pacientes no serviço até cuidados do corpo após o óbito e jornadas de trabalho extensas, aumentaram a exposição e, consequentemente, os riscos de infecção (RAN e*t al.*, 2020).

As equipes de enfermagem brasileiras são predominantemente constituídas por técnicas(os) e auxiliares de enfermagem (77%), profissionais do gênero feminino, casadas(os), com filhos e com idade média de 38 anos, variando entre 20 e 59 anos. Foi o que apontou um estudo transversal, realizado pelo Conselho Federal de Enfermagem, com todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem do Brasil que possuíam registro ativo no órgão (Machado *et al.*, 2016), que congregam entre enfermeiros, auxiliares e técnicos, mais de 1,8 milhão de trabalhadores, constituindo 50% da Força de Trabalho (FT). Geralmente, as condições de trabalho desses profissionais incluem extensas jornadas, ritmo intenso, desvalorização profissional, conflitos interpessoais, entre outros fatores desencadeantes de desgastes físicos e psíquicos (Miranda *et al.*, 2020).

A pesquisa "Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19", realizada pela Fundação Oswaldo Cruz em todo o território nacional, demonstrou que a pandemia alterou de modo significativo a vida de 95% dos trabalhadores da saúde. Os dados revelam, ainda, que quase 50% admitiram excesso de trabalho ao longo dessa crise mundial de saúde, com jornadas para além das 40 horas semanais, e que um elevado percentual (45%) dos

profissionais necessitam de mais de um emprego para sobreviver. Além disso, existe a necessidade desses profissonais equilibrarem o trabalho com as atividades laborativas cotidianas não remuneradas, incluindo os cuidados com a família e moradia, com desproporção na carga de trabalho entre homens e mulheres, estas a maioria entre os profissionais de enfermagem (Leonel, 2020).

Estudo de Barbosa *et al*. (2020) aponta que a insatisfação e a desmotivação no trabalho geram aumento do absenteísmo, elevação do *turnover*, diminuição do rendimento e intensificação de reclamações, produzindo um efeito negativo na saúde física e mental dos profissionais, assim como na rentabilidade e na qualidade dos serviços oferecidos pela instituição.

Soma-se a isso uma organização do trabalho cada vez mais frequente na conjuntura social brasileira, caracterizada pela intensificação do trabalho, aumento dos riscos e de acidentes laborais, surgimento de doenças ocupacionais, fragmentação e pulverização das organizações sindicais, que são formas de precarização das condições de trabalho. Ainda, ocorrem a instabilidade, o desemprego e a rotatividade nos serviços, fatores que concorrem para o aumento do mercado informal, de prejuízos para a dignidade humana e para a redução da qualidade dos postos de trabalho (Peixe, 2013).

Nesse sentido, a produção de conhecimento acerca das condições de trabalho dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem se faz necessária para um correto diagnóstico dos problemas e a elaboração de propostas às autoridades sanitárias e à sociedade para uma categoria que é apontada na literatura como aquela cujos profissionais mais se afastam do trabalho, com o intuito de melhorar a saúde física e mental dos profissionais e o trabalho em saúde como um todo (Freitas *et al.*, 2021)

Colatina e Baixo Guandu são municípios da região Noroeste do estado do Espírito Santo. Colatina apresenta uma população de 124.283 habitantes (IBGE, 2023), sendo o Hospital e Maternidade Silvio Avidos (HMSA) o único hospital público para o atendimento dessa população. A cidade possui ainda outros dois hospitais

filantrópicos. Baixo Guandu tem uma população de 31.263 habitantes (IBGE, 2023), sendo o hospital de referência do SUS o Hospital João dos Santos Neves (HJSN).

Neste capítulo, analisamos o perfil sociolaboral pré e pós pandemia (2018/19 a 2021/22) dos profissionais de enfermagem dos hospitais estaduais da região Noroeste do estado do Espírito Santo. Para isso, realizamos um estudo transversal, quantitativo e descritivo com dados sociodemográficos e laborais dos profissionais de enfermagem de hospitais estaduais da região Noroeste do estado do Espírito Santo nos períodos pré e durante a pandemia de covid-19, nos anos de 2020 e 2022.

A população estudada foi composta por profissionais de enfermagem (auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros) de hospitais estaduais dos municípios de Colatina e Baixo Guandu (Hospital Silvio Avidos - HMSA e Hospital João dos Santos Neves - HJSN). Contabilizaram-se 238 profissionais em 2020 e 426 trabalhadores em 2022. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão (amostra de 664 profissionais): profissionais de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) que trabalhavam nas instituições hospitalares e com mais de seis meses de trabalho no local, para obedecer ao período de contratação considerado pelos hospitais. Identificamos que nenhum dos profissionais atuava nos dois hospitais concomitantemente. Como a amostra se trata de dados secundários, não houve critério de exclusão.

Os dados foram coletados no Sistema de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SIARHES). Esse sistema é uma ferramenta de administração que contém dados pessoais e funcionais dos servidores; execução de rotinas mensais, anuais e eventuais; cálculo, auditoria e consolidação da folha de pagamento; alocação de recursos de pessoal, tecnológico, financeiro e informações de recursos humanos.

Para descrever o perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem, foram utilizadas, neste estudo, as variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade, cidade de residência e se o profissional mora e

trabalha no mesmo município. Em relação às variáveis laborais, as investigadas foram: unidade (HJSN e HMSA), cargo e carga horária semanal. Essas variáveis estão descritas na Figura 1.

Figura 1 - Variáveis contempladas na pesquisa sobre perfil sociodemográfico e laboral dos profissionais de enfermagem de dois hospitais estaduais do Espírito Santo nos anos de 2020 e 2022.

SEXO

Masculino | Feminino

IDADE EM ANOS

ESCOLARIDADE

1 - Fundamental completo
2 - Médio incompleto/completo
3 - Médio técnico completo
4 - Superior incompleto
5 - Superior completo
6 - Pós/mestrado completo

CIDADE DE RESIDÊNCIA

RESIDE E TRABALHA NA MESMA CIDADE

0 - Sim | 1 - Não

HOSPITAL/UNIDADE QUE TRABALHA

1 - HJSN | 2 - HMSA

ESCOLARIDADE

1 – Técnico em enfermagem
2 – Auxiliar de enfermagem
3 - Enfermeiro

TIPO DE VÍNCULO

1 – Contrato temporário
2 - Submetido RJU
3 – Efetivo

Fonte: Elaboração própria

Os dados foram organizados no Excel® e analisados no programa estatístico *IBM SPSS Statistics for Windows*®, versão 22.0 (Armonk, NY: IBM Corp). As análises descritivas incluíram medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de

dispersão (desvios-padrão e erro-padrão da média) para as variáveis contínuas, com percentuais e intervalos de confiança a 95%.

Em nosso estudo, observamos que a maioria dos trabalhadores de enfermagem avaliados eram do sexo feminino, representando 207 (87,0%) em 2020. O quantitativo desses profissionais aumentou globalmente em 2022, tanto do sexo feminino, 347 (81,5%), quanto do sexo masculino, passando de 31 (13,0%), para 79 (18,5%), provavelmente em função do grande aumento da demanda decorrente da pandemia. A faixa etária mais frequente foi a de 41 a 69 anos, denotando 161 (67,6%) trabalhadores em 2020 e 209 (49,1%) em 2022. Entretanto houve aumento percentual de pessoas abaixo de 30 anos – de 8 (3,4%) para 67 (15,7%). Com referência à escolaridade, 155 (65,1%) tinham ensino médio incompleto ou completo em 2020 e 232 (54,5%) em 2022. Quanto à profissão, a maioria era de técnicos de enfermagem, 178 (74,8%) em 2020 e 322 (75,6%) em 2022, com contrato de trabalho temporário, 179 (75,2%) em 2020 e 371 (87,1%) em 2022, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem de dois hospitais estaduais do Espírito Santo nos períodos pré e pós pandemia de covid-19, 2020 e 2022.

	2020 (n=238)				2022 (n=426)			
	HJSN		HMSA		HJSN		HMSA	
	n	%	N	%	n	%	N	%
Sexo								
Feminino	41	85,4	166	87,4	77	77,0	270	82,8
Masculino	7	14,6	24	12,6	23	23,0	56	17,2
Faixa etária								
≤ 30 anos	6	12,5	2	1,1	21	21,0	46	14,1
31 a 40 anos	11	22,9	58	30,5	25	25,0	125	38,3
41 anos ou mais	31	64,6	130	68,4	54	54,0	155	47,5

	2020 (n=238)				2022 (n=426)			
	HJSN		HMSA		HJSN		HMSA	
	n	%	N	%	n	%	N	%
Escolaridade								
Ensino fundamental completo	1	2,1	1	0,5	1	1,0	1	0,3
Ensino Médio incompleto/ completo	30	62,5	125	65,8	51	51,0	181	55,5
Médio Técnico completo	1	2,1	14	7,4	13	13,0	52	16,0
Superior incompleto	2	4,2	3	1,6	1	1,0	3	0,9
Superior completo	10	20,8	46	24,2	26	26,0	85	26,1
Pós/Mestrado completo	4	8,3	1	0,5	8	8,0	4	1,2

Fonte: Elaboração própria

Na Tabela 2, identificamos que a maioria dos profissionais trabalhava no mesmo município que residia – em 2020, 159 (66,8%), e em 2022, 323 (75,8%) –, com aumento percentual no período.

Tabela 2 - Perfil laboral dos profissionais de enfermagem de dois hospitais estaduais do Espírito Santo nos períodos pré e pós pandemia de covid-19, 2020 e 2022.

	2020 (n=238)				2022 (n=426)			
	HJSN		HMSA		HJSN		HMSA	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Reside e trabalha na mesma cidade								
Não	22	45,8	57	30,0	35	35,0	68	20,9
Sim	26	54,2	133	70,0	65	65,0	258	79,1

	2020 (n=238)				2022 (n=426)			
	HJSN		HMSA		HJSN		HMSA	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Cargo								
Técnico em enfermagem	32	66,7	146	76,8	69	69,0	253	77,6
Auxiliar de enfermagem	8	16,7	13	6,8	8	8,0	11	3,4
Enfermeiro	8	16,7	31	16,3	23	23,0	62	19,0
Tipo de vínculo								
Contrato temporário	27	56,3	152	80,0	80	80,0	291	89,3
Submetido RJU	1	2,1	1	0,5	1	1,0	1	0,3
Efetivo	20	41,7	37	19,5	19	19,0	34	10,4

Fonte: Elaboração própria.

Com relação à caracterização sociodemográfica da população estudada, ao avaliar o local de moradia, constatou-se que a maioria dos profissionais residem e trabalham na mesma cidade, Colatina e Baixo Guandu, e não houve mudança nesse parâmetro.

Em relação à carga horária, todos os trabalhadores avaliados cumpriam 40 horas semanais nos hospitais pesquisados. Os dados do SIARHES informaram que nenhum dos profissionais estudados trabalha nos dois hospitais simultaneamente. No entanto, como se tratam de dados secundários, não foi possível averiguar, neste estudo, se eles possuíam outro emprego, o que a literatura sobre o tema apresenta de forma recorrente.

Observamos que a amostra foi constituída por trabalhadores do sexo feminino, representando 87% em 2020 e 81,5% em 2022; com maior frequência na faixa etária de 41 anos ou mais, 67,6% em 2020 e 49,1% em 2022; ensino médio incompleto ou completo, 65,1% em 2020 e 54,5% em 2022; e que residiam e trabalhavam na mesma cidade, 66,8% em 2020 e 75,8% em 2022.

Verifica-se que, em 2022, houve um aumento do número de

trabalhadores nos dois hospitais, de 48 para 100 no HJSN e de 190 para 326 no HMSA, muito provavelmente para atender à demanda da covid-19. Em relação ao vínculo empregatício, a maioria dos profissionais trabalha por contrato temporário e a minoria dos avaliados são funcionários concursados, quantidade que se manteve estável em números absolutos nos dois períodos, 20 no HJSN e 37 no HMSA em 2020 e 19 e 34, respectivamente, em 2022. Dessa forma, o aumento do número de profissionais deu-se pela contratação temporária, representando a maioria dos trabalhadores nos hospitais estudados, com um crescimento considerável, de 75,2% em 2020 para 87,1% em 2022.

Cabe aqui um recorte sobre as características das cidades estudadas, Colatina e Baixo Guandu, que estão no interior do estado do Espírito Santo, na região Noroeste e distantes da região Metropolitana de Vitória. Colatina tem uma população de 124.283 habitantes (IBGE, 2023), Produto Interno Bruto (PIB) anual per capita de R$ 30.949,91 (2020) e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 0,746 (2010). Dessa forma, de acordo com o IBGE, classifica-se como cidade grande (100.000 a 500.000), de PIB médio (R$ 30.001 a 60.000) e IDH-M, de acordo com Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, considerado alto (0,700 a 0,799). Baixo Guandu, por outro lado, com uma população de 31.263 habitantes (IBGE, 2023), é considerada cidade pequena (menos de 50.000 habitantes), com PIB de R$ 27.672,34 (2020), considerado baixo (R$ 10.001 a R$ 30.000) e IDH-M de 0,702 (2010), considerado alto.

Esses dados podem ser associados aos da Pesquisa sobre a Influência do Tamanho da População, do Índice de Desenvolvimento Humano e do Produto Interno Bruto na Mortalidade por Covid-19 na Região Sudeste do Brasil (Groppo *et al.*, 2022), que avaliou o impacto do porte populacional (POP), da economia (medida pelo PIB municipal per capita) e do IDH-M dos municípios da região Sudeste do Brasil no casos de covid-19 e mortalidade devido à pandemia de covid-19 no período entre fevereiro de 2020 a maio de 2021. Nesse estudo, casos, óbitos, coeficiente de incidência, taxa de mortalidade e taxa de letalidade foram comparados entre

os estados e as cidades foram divididas em estratos de acordo com as variáveis avaliadas.

Dessa forma, Groppo *et al.* (2022) identificaram que, assim como Baixo Guandu, a maioria dos municípios capixabas (77%) são de pequeno porte, com baixo PIB, mas com valores de IDH-M de médios a altos. Os maiores coeficientes de incidência e mortalidade relacionados à covid-19 foram observados nos estados do Espírito Santo e Rio de Janeiro, respectivamente. Quanto maior o impacto do porte populacional, maior a taxa de mortalidade no período avaliado. O coeficiente de incidência e a taxa de mortalidade foram menores para cidades de baixo PIB. Ambos os coeficientes foram maiores em cidades com IDH alto e muito alto. A taxa de letalidade foi maior no estado do Rio de Janeiro, nas grandes cidades, nas cidades com PIB médio e naquelas com alto IDH. Tanto a incidência quanto a mortalidade foram afetadas pelo tempo, com influência mínima de quantitativo populacional, PIB e IDHIDH.

A pesquisa mostrou também que Baixo Guandu está entre as cerca de 85% das cidades da região Sudeste que têm menos de 50 mil habitantes, o que representa 20,6% da população total do estado. Apenas 1,26% das cidades têm mais de 500 mil habitantes, mas representam quase 40% da população. O PIB é inferior a R$ 10 mil em 11% dos municípios, sendo que a maioria (84%) apresentou valores de PIB entre R$ 10 mil e R$ 60 mil, assim como as duas cidades do interior capixaba. Todas as cidades com IDH-M baixo (4,4%) estavam no estado de Minas Gerais, e a maioria das cidades (94%) tinha valor de IDH-M médio ou alto (GROPPO *et al.*, 2022).

Na área da saúde, a feminilização é uma característica forte entre os profissionais, que ultrapassa 90% das vagas ocupadas entre os trabalhadores. Esse pode ser citado como o caso da equipe de enfermagem, que é composta em sua maioria por mulheres. No entanto, tem-se observado um novo cenário, com uma crescente presença de homens na equipe de enfermagem (Machado; Vieira; Oliveira, 2012).No ano de 2022, o percentual de trabalhadores do sexo masculino nos hospitais pesquisados subiu de 13% para

18,5%, valor superior à média nacional, que é de cerca de 15% (Machado, 2017).

Ao contrário do identificado neste estudo, em que a faixa etária dos profissionais de enfermagem de maior concentração tanto em 2020 quanto em 2022 foi entre os que tinham mais de 41 anos (67,6% e 49,1% respectivamente), nacionalmente a força de trabalho da enfermagem é predominantemente jovem. Esse dado foi demonstrado pela mais recente pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em convênio com o Conselho Federal de Enfermagem. A faixa etária predominante entre esses profissionais é de 26 a 35 anos, concentrando 45% do total de trabalhadores do país, 34,6% de 36 a 50 anos, e os profissionais acima de 61 anos correspondem a apenas 2,3%, tratando-se, portanto, de uma população bastante jovem, na qual 61,7% do total, ou seja, 1,1 milhão de trabalhadores possui até 40 anos (Machado, 2017). O perfil etário da equipe de enfermagem hospitalar estudada difere-se, portanto, do perfil nacional, caracterizando-se por profissionais mais velhos, acima dos 41 anos.

Pesquisa realizada com profissionais de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) identificou maior prevalência (73%) na faixa etária entre 31 a 50 anos (Luchtemberg; Pires, 2016). Em outro estudo, realizado com profissionais atuantes em atendimento de urgência e emergência psiquiátrica, a média de idade foi de 36,6 anos (De Vargas *et al.*, 2017).

Quanto à escolaridade, percebe-se que o presente estudo corrobora os dados do Perfil da Enfermagem no Brasil, em que, independentemente da área de concentração do trabalho, o maior percentual possui o Ensino Médio. A relação proporcional entre profissionais de Ensino Superior e os de Ensino Médio, ou seja, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, verificada na pesquisa é de 1 para 4. No perfil nacional, 77% dos trabalhadores são técnicos e auxiliares de enfermagem e 23% enfermeiros (Machado *et al.*, 2016), que congregam entre enfermeiros, auxiliares e técnicos, mais de 1,8 milhão de trabalhadores, constituindo 50% da Força de Trabalho (FT).

A carga horária dos trabalhadores verificada foi 40 horas semanais. Não foi possível inferir se eles possuíam mais de um vínculo de trabalho. No entanto, em hospitais, a organização do trabalho funciona geralmente em forma de turnos, o que permite a prestação de assistência integral e realização de cuidados contínuos durante as 24 horas do dia. Assim, a maior parte do trabalho de enfermagem é realizada durante o dia, uma vez que devem ser minimizadas interrupções do sono e garantido o repouso do paciente à noite, o que proporciona quantitativo maior de profissionais no turno diurno (Alilu *et al.*, 2017).

Apesar das condições de trabalho diversas e adversas, os profissionais da enfermagem no Brasil, em época pandêmica, cumpriram responsabilidades essenciais e exerceram importante liderança, desde a busca ativa, pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), de sintomáticos respiratórios nos seus territórios de atuação, passando pela vacinação da população contra à covid-19, até os cuidados mais especializados em UTI (Castilho, 2021).

Em relação à forma de contratação, esta pesquisa evidenciou que o vínculo por contrato temporário de trabalho predominou em ambos os hospitais avaliados, correspondendo a 75,2% dos trabalhadores em 2020 e dando um salto para 87,1% em 2022. Dessa forma, compreendemos que as premissas preconizadas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) no combate ao trabalho precário – definido como aquele com contrato de trabalho desprotegido de amparo legal – nunca foram tão relevantes e contemporâneas nesse mundo globalizado, sobretudo no período de pandemia da covid-19, que desvela a precariedade do trabalho em enfermagem em suas diversas dimensões. Nesse sentido, é possível afirmar que a enfermagem chega para as ações de controle à pandemia em condições desfavoráveis e com um cenário desfavorável no que tange a gestão do trabalho (Machado; Pereira; Neto; Wermelinger, 2020).

Nesse sentido, apesar do imenso contingente de trabalhadores no Brasil e da grande representatividade profissional, política e técnica, a enfermagem brasileira vivencia uma realidade de vulnerabilidade econômica, social e trabalhista devido à enorme dificuldade

de implementação de uma política salarial e do incremento da terceirização e da perda de direitos e garantias, fomentada pelas políticas neoliberais, além das precárias condições de trabalho e do adoecimento (Neto *et al.*, 2019).

Embora a pandemia de covid-19 tenha colocado na pauta diária da imprensa brasileira e mundial a importância dos profissionais de enfermagem, as dificuldades enfrentadas e as demandas relativas às condições de trabalho, as denúncias recebidas pelo Cofen durante o ano de 2020, que impulsionaram a realização de fiscalizações nas instituições de saúde, identificaram um aumento significativo dos riscos biológicos e da sobrecarga de trabalho. A escassez e distribuição inadequada e desigual de equipamento de proteção individual (EPI) foram os principais pontos denunciados pelos profissionais ao respectivo Conselho Regional, seguido do subdimensionamento das equipes (COFEN, 2020)

Analisando alguns aspectos das condições de trabalho e a exposição aos riscos à saúde dos profissionais de enfermagem no Brasil, por meio das informações do Observatório de Enfermagem e dos relatórios de fiscalização do Cofen, Neto e colaboradores (2019) apontaram que o subdimensionamento das equipes, considerado um problema crônico, foi agravado pelo aumento da demanda por serviços de saúde na pandemia e pelo afastamento de profissionais acometidos pela covid-19. A fiscalização do COFEN constatou também a insuficiência de outras medidas de biossegurança, como testagem e rastreio da doença, situação recorrente em que nem profissionais afastados sob suspeita de covid-19 foram testados. O elevado número de denúncias sinaliza uma percepção acentuada de risco por parte dos profissionais de Enfermagem ainda no início da pandemia, corroborada por dados verificados pelas equipes de fiscalização e pela própria evolução do contágio. Ao final de julho de 2020, o número de óbitos de profissionais de enfermagem no Brasil correspondia a 30% do total contabilizado. O déficit de EPI e a sobrecarga de trabalho estão associados ao elevado número de óbitos desses profissionais brasileiros no período analisado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Objetivamos analisar o perfil sociolaboral e sociodemográfico de trabalhadores de enfermagem (técnicos, auxiliares e enfermeiros) em dois hospitais estaduais dos municípios da região Noroeste do Espírito Santo antes e durante a pandemia. Alguns dados levantados, como sexo, faixa etária, nível de escolaridade e composição de profissionais nas equipes se equivalem aos dados nacionais da categoria. Outros, como as formas de contratação com vínculo de trabalho temporário, jogam luz ao contexto socioeconômico vivenciado em nosso país, em que a deterioração dos serviços e a precarização da força de trabalho apontam os desafios que se apresentam à gestão do trabalho em saúde, diante da necessária expansão dos serviços em contexto de pandemia.

Historicamente, as entidades representantes da categoria buscam por medidas que possam garantir a proteção do agir profissional com qualidade e segurança, entre elas condições igualitárias de remuneração e regulamentação da jornada de trabalho de 30 horas semanais, conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização internacional do trabalho (OIT) para a área da saúde. Tal luta se deve ao fato de que longos períodos de trabalho estão associados ao adoecimento dos profissionais e comprometem a prestação de cuidados seguros e de qualidade (Pires *et al.*, 2010).

O centro do debate atual sobre a implantação do piso salarial da enfermagem está na equação entre a valorização dos profissionais da área e os impactos financeiros para instituições de saúde de estados e municípios. Mesmo com essa demonstração nítida da pertinência e viabilidade da lei, ainda há polêmica sobre os gastos e os entraves administrativos para fazer valer o piso salarial (COFEN, 2023b).

As duas cidades do interior capixaba analisadas nesta pesquisa tiveram dificuldade em conter a doença covid-19 e seus diversos sintomas, apesar de pertencerem a região Sudeste, reconhecida

como a região que dispõe de mais recursos de saúde do que muitas outras no Brasil. Nessa região, assim como Colatina e Baixo Guandu, 65% dos municípios têm PIB per capita entre R$ 10.000,00 e R$ 30.000,00 (Groppo *et al.*, 2022), fator esse que pode ser associado à situação de vulnerabilidade social de uma população. Além disso, os serviços de atenção e cuidados especializados costumam se concentrar na região Metropolitana da capital, distante dessas cidades.

É nesse contexto, portanto, que os profissionais da enfermagem são os responsáveis pela gestão, coordenação e assistência dos serviços de saúde e se fazem ainda mais necessários em uma pandemia. Como limitação deste estudo, destaca-se o desenho transversal, que impossibilita a inferência causal dos resultados obtidos e o número restrito de variáveis pesquisadas. Sugere-se a realização de novas pesquisas, com um número maior de variáveis e possibilidade de comparação com outras localidades, ampliando a discussão de tema tão relevante para a melhoria das condições de trabalho e qualidade de vida desses profissionais.

É importante ressaltar que a sistematização de informações sobre o perfil dos trabalhadores e as condições de trabalho tem o potencial de instrumentalizar ferramentas de enfrentamento às desigualdades vivenciadas desde antes da pandemia e acirradas com tal situação. Tais informações devem ser produzidas de forma a considerar as diferentes variáveis presentes nessa relação de trabalho em saúde.

Por isso, tornam-se urgentes e necessárias a formulação de políticas e a adoção de medidas que sejam capazes de garantir a atuação segura da enfermagem, maior força de trabalho no sistema de saúde brasileiro, essencial para o enfrentamento da pandemia, com a valorização da categoria, o que implica em melhorias salariais e de qualidade de vida no trabalho, diminuindo, consequentemente, os impactos sociais e econômicos ocasionados pelo afastamento e adoecimento destes profissionais.

REFERÊNCIAS

ALILU, L. *et al*. A Grounded theory study of the intention of nurses to leave the profession. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, n. 0, 5 jun. 2017.

BARBOSA, D. J. *et al*. Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: Síntese de Evidências. **Comun. ciênc. saúde**, v. 31, suppl. 1, p. 31-47, 2020.

CASTILHO, L. A Enfermagem como foco principal ao sucesso da vacinação contra a COVID-19. **Nursing**, São Paulo, v. 24, n. 274, p. 5344-5345, 1 mar. 2021.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Fiscalização aponta subdimensionamento na resposta à covid-19. **Cofen (site)**, 14 jul. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/fiscalizacao-aponta-subdimensionamento-na-resposta-a-covid-19_81197.html. Acesso em: 7 jun. 2023.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Enfermagem em Números**. 2023a. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros. Acesso em: 7 mar. 2023a.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Governo deve anunciar MP da Enfermagem semana que vem, diz jornal. **Cofen (site),** 22 mar. 2023b. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/governo-deve-anunciar-mp-da-enfermagem-semana-que-vem-diz-jornal/. Acesso em: 18 ago. 2023.

DAI, Y. *et al*. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. **medRxiv**, 6 mar. 2020. Infectious Diseases (except HIV/AIDS). Disponível em: http://

medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.03.03.20030874. Acesso em: 6 jun. 2023.

DE VARGAS, D. *et al*. Enfermeiros De Serviços De Urgência E Emergência Psiquiátrica: Análise De Perfil Profissional E Educacional. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 4, 22 nov. 2017.

LEONEL, Filipe. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. **Fiocruz [portal online]**, 22 mar. 2021. Notícias. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude. Acesso em: 5 abr. 2023.

FREITAS, G. F. DE *et al*. Absenteísmo Entre Trabalhadores Do Sistema Único De Saúde: Uma Revisão Sistemática. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 1, p. 103–123, 16 jan. 2021.

GROPPO, M. F. *et al*. Influence of Population Size, the Human Development Index and the Gross Domestic Product on Mortality by COVID-19 in the Southeast Region of Brazil. International **Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 21, p. 14459, 4 nov. 2022.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatítica. Cidades e Estados. **IBGE (Gov.br)**, 2023. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados. Acesso em 8 Jul. 2023.

LUCHTEMBERG, M. N.; PIRES, D. E. P. D. Enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil e atividades desenvolvidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, p. 213–220, abr. 2016.

MACHADO, M. H. *et al*. Caracteristicas Gerais Da Enfermagem: O Perfil Sócio Demográfico. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. ESP, p. 9–14, 27 jan. 2016.

MACHADO, M. H. **Perfil da enfermagem no Brasil**: relatório final: Brasil. Rio de Janeiro: NERHUS - DAPS - ENSP/Fiocruz, 2017.

MACHADO, M. H. *et al*. Mercado de trabalho e processos regulatórios – a Enfermagem no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 101–112, jan. 2020.

MACHADO M. H.; PEREIRA E. J.; NETO F. R.; WERMELINGER M.C. Enfermagem em tempos de COVID-19 no Brasil: um olhar da gestão do trabalho. **Enferm Foco**, v. 11, n. esp 1, p. 32-39, 2020.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem*. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 3, p. 119–122, 30 ago. 2012.

MIRANDA, F. M. D. *et al*. Condições De Trabalho E O Impacto Na Saúde Dos Profissionais De Enfermagem Frente A Covid-19. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 7 maio 2020.

NETO, F. R. G. X. *et al*. Características de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de uma Microrregião da Saúde do Ceará. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 5, 2019.

PEIXE, João Carlos M. D. S. **Terceirização no Brasil**: tendências, dilemas e interesses em disputa. Rio de Janeiro, 2013. 269p. Dissertação de (Mestrado) - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2013.

PIRES, D. *et al*. Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 3, p. 114-118, 2010.

RAN, L. *et al*. Risk Factors of Healthcare Workers With Coronavirus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of

Wuhan in China. **Clinical Infectious Diseases:** An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America, v. 71, n. 16, p. 2218-2221, 19 nov. 2020.

SANTOS, K. M. DOS *et al*. Perfil da equipe de enfermagem de unidades ambulatoriais universitárias: considerações para a saúde do trabalhador. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 2, p. e20190192, 2020.

SCHULTZ, A. P. **Implantação do Modelo de Gestão da Atenção à Saúde do Servidor do Poder Executivo Estadual**. Secretaria de Gestão e Recursos Humanos do Estado do Espírito Santos (SEGER), 2021.

SCHWARTZ, J.; KING, C.-C.; YEN, M.-Y. Protecting Health Care Workers during the COVID-19 Coronavirus Outbreak –Lessons from Taiwan's SARS response. **Clinical Infectious Diseases:** An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America, p. ciaa255, 12 mar. 2020.

SOUZA, N. V. D. D. O. *et al*. Risco de uberização do trabalho de enfermagem em tempos de pandemia da Covid-19: relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. e7629109060, 18 out. 2020.

10

PNAES E EQUIDADE NA PERMANÊNCIA DE ESTUDANTES EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR: MAS E A SAÚDE?

SAMARA NAGLA CHAVES TRINDADE, LUCIANE BRESCIANI SALAROLI, MÔNICA RAFAELA DE ALMEIDA, THIAGO DIAS SARTI
E ANA PAULA SANTANA COELHO ALMEIDA

INTRODUÇÃO

Os serviços de assistência à saúde estudantil nas Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) brasileiras são sustentados pela Política Nacional de Assistência Estudantil (PNAES). A PNAES visa apoiar a permanência e a conclusão dos estudos dos estudantes, particularmente aqueles em situação de vulnerabilidade social, ao reduzir os impactos das desigualdades sociais e regionais existentes e promover a inclusão social por meio da educação (Brasil, 2024). A atenção à saúde está entre as dez áreas de atuação estabelecidas pela Política.

Embora a PNAES tenha incentivado a formação de equipes de assistência à saúde estudantil nas universidades públicas, a Política não detalha a execução prática dessas ações, o que resulta em uma falta de consenso sobre a implementação dessas atividades no cotidiano institucional. Isso tem gerado uma grande variação nos serviços oferecidos e na quantidade de profissionais especializados contratados pelas instituições (Bleicher; Oliveira, 2016; Trindade; Salaroli; Almeida, 2022).

Mesmo nas IFES com um número significativo de profissionais de saúde dedicados à assistência estudantil, os serviços prestados muitas vezes são insuficientes para atender toda a demanda. Além disso, embora haja alguma colaboração entre as universidades e a rede de atenção à saúde, os estudantes frequentemente enfrentam dificuldades para acessar os serviços do Sistema Único de Saúde

(SUS) (Gonçalves; Zuin, 2019). É importante ressaltar que são poucos os estudos que investigam a integração entre os serviços de saúde oferecidos pela assistência estudantil e o SUS.

No SUS, a principal porta de entrada na rede de atenção à saúde é a Atenção Primária à Saúde (APS), que se orienta pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade e organiza o acesso dos usuários e seu encaminhamento dentro do sistema (Brasil, 2017). A APS é estruturada por meio da territorialização, que organiza o território em áreas específicas sob a responsabilidade de uma equipe determinada (Gonçalves; Zuin, 2019). O território representa o espaço geográfico em que está inserida a população atendida pela APS daquela localidade (Brasil, 2017).

Dado que a universidade é parte integrante do território, é essencial investigar como as demandas de saúde dos estudantes estão sendo atendidas, como os discentes são encaminhados para a rede de serviços do SUS quando necessário e se existe integração entre os serviços oferecidos pela universidade e a rede de atenção à saúde. Assim, o objetivo deste trabalho é analisar as ações de saúde no contexto de uma universidade federal e sua interface com a rede de atenção à saúde do SUS.

METODOLOGIA

A pesquisa é de caráter exploratório e qualitativo, conduzida em uma universidade federal na região Nordeste do Brasil, escolhida por sua localização interiorizada e pelo elevado percentual de estudantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica. O estudo foi realizado no campus-sede, que oferece o maior número de serviços de saúde da assistência estudantil e é o único dos cinco campi a contar com um serviço ambulatorial.

A amostra incluiu estudantes de graduação, profissionais da assistência à saúde estudantil da universidade e um gestor de saúde

do município-sede. Para os estudantes, os critérios de inclusão foram: estar matriculado na graduação, ter 18 anos ou mais e ter utilizado o ambulatório da instituição. Para os profissionais, os critérios foram: atuar na assistência à saúde dos estudantes e representar um serviço de saúde específico da universidade, sendo convidados um profissional de cada área (médico, nutricionista e psicólogo). O gestor municipal foi selecionado com base em uma indicação da Secretaria de Saúde Municipal.

Os contatos dos estudantes foram fornecidos pela Diretoria de Saúde (DISAU), com base em registros do ambulatório. Dos 32 contatos iniciais, 10 foram descartados devido ao cancelamento do curso ou falta de resposta, resultando em 22 possíveis participantes, dos quais 12 foram entrevistados, de acordo com o critério de saturação empírica de dados (Ribeiro; Souza; Lobão, 2018). Com a equipe de saúde da universidade, o contato inicial foi feito por meio do site oficial, e os gestores de núcleo indicaram os profissionais, que foram então convidados por e-mail. O gestor municipal foi indicado após consulta à Secretaria de Saúde.

A coleta de dados ocorreu, entre agosto e novembro de 2022, por meio de entrevistas individuais, videogravadas online, utilizando roteiros semiestruturados. As perguntas foram elaboradas para explorar os serviços de saúde oferecidos aos estudantes e a integração com a rede de atenção à saúde do SUS. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram transcritas *in verbatim* pela autora principal e os participantes foram identificados com códigos fictícios (E1 a E12: estudantes; P1 a P3: profissionais de saúde da instituição; G1: gestor de saúde municipal). A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise temática indutiva (Souza, 2019), ou seja, foi a partir da categorização inicial das entrevistas que foram sendo definidas as articulações entre núcleos temáticos e elementos teóricos e descritivos oriundos da literatura. O processo incluiu uma pré-análise e leitura flutuante do material, exploração livre do conteúdo das entrevistas, categorização e nucleação dos sentidos produzidos pelos

participantes da pesquisa, definição dos núcleos temáticos iniciais e finais e discussão dos achados em relação com a literatura disponível.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Oeste da Bahia, conforme Parecer nº 4.602.330.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 16 pessoas, incluindo 12 estudantes de graduação, 3 profissionais de saúde da universidade e 1 gestor de saúde do SUS. Entre os estudantes, nove (75%) são do sexo feminino, a maioria tem entre 20 e 30 anos (75%) e está matriculada a partir do 7º período (66,7%). Além disso, sete (58,3%) se deslocaram de outras localidades exclusivamente para cursar a graduação, e nove (75%) recebem auxílio estudantil (conforme detalhado na Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos universitários (n=12) que participaram do estudo.

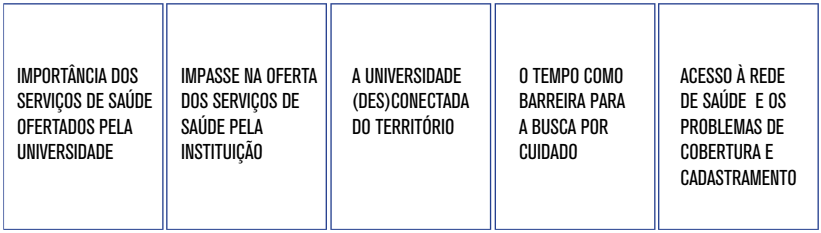
Variável	n (%)
Sexo biológico	
Feminino	9 (75)
Masculino	3 (25)
Faixa etária	
20 a 30 anos	9 (75)
31 a 40 anos	3 (25)
Curso	
Ciências Biológicas	1 (8,3)
Direito	3 (25)
Engenharia Civil	2 (16,7)
Farmácia	1 (8,3)
Física	1 (8,3)
Geologia	1 (8,3)
Matemática	1 (8,3)

Nutrição	1 (8,3)
Química	1 (8,3)
Período letivo	
1° - 6° período	4 (33,3)
7° - 12° período	8 (66,7)
Natural do município sede da universidade	
Sim	5 (41,7)
Não	7 (58,3)
Recebimento de auxílio estudantil	
Sim	9 (75)
Não	3 (25)

Fonte: Elaborada pelos autores.

A partir da análise dos dados, os resultados foram organizados em cinco núcleos temáticos, conforme descrito na Figura 1.

Figura 1. Núcleos temáticos produzidos a partir da análise dos dados.



Fonte: Elaborada pelos autores.

IMPORTÂNCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE OFERTADOS PELA UNIVERSIDADE

Os participantes percebem os serviços de saúde oferecidos pela universidade como um suporte crucial durante a graduação, contribuindo significativamente para a permanência dos estudantes na instituição diante dos desafios acadêmicos. Um estudante relatou: “Eu estava pensando em trancar o curso este semestre porque estava

cansada, mas conversei com a psicóloga e ela foi maravilhosa, me ajudou muito" (E1). Outro mencionou a praticidade do serviço: "Quando precisei do ambulatório para tratar minha gastrite, o atendimento foi rápido e eu não precisei me deslocar da universidade. Se tivesse que me deslocar, talvez eu não tivesse ido" (E4). Um terceiro destacou a importância do atendimento emergencial: "Se não tivesse recebido aquele atendimento preliminar, verificando minha pressão e me acalmando, eu teria que ir a uma UPA" (E10). Outro estudante enfatizou o impacto da orientação psicológica na sua permanência: "Hoje, continuei no curso graças às orientações da psicóloga, que possibilitaram minha permanência" (E11). Finalmente, um estudante destacou a relevância dos serviços para quem está longe de casa: "Acho essencial, especialmente para quem vem de fora, longe da família, sem apoio, é fundamental" (E12).

O estudante E6 apontou que o serviço de saúde e as formas de assistência representam um suporte aos discentes ao longo do curso:

> Eu acho extremamente importante essa política de assistência estudantil e a questão da saúde, porque o estudante ele é movido por desafio o tempo todo, de permanência, a questão psicológica, emocional e eu acho que tudo agrega né, a saúde, o ambulatório, a assistência estudantil [...]. Eu mesmo nem sei onde é o posto de saúde (E6).

Como descrito pelo estudante E4, a presença de serviços de saúde na universidade demonstra um maior cuidado com os discentes, o que contribui para a motivação de permanecer no curso: "A gente percebe que há um cuidado não só com a parte acadêmica, e isso é um incentivo para continuar: saber que esses serviços estão à disposição" (E4).

A importância da oferta dos serviços de saúde também foi destacada por um profissional da universidade: "[...] são serviços que fazem diferença para o estudante; não resolvem totalmente, mas minimizam os problemas e ajudam o estudante a enfrentá-los melhor" (P3). Quanto ao serviço de ambulatório, foi relatado que

há uma alta demanda por atendimentos na universidade, motivada por diversos problemas de saúde, evidenciando a relevância e a necessidade desses serviços:

> Agora, depois da pandemia, a gente não tem ainda uma média, mas eles têm procurado né. Como eles são assim jovens, geralmente eles procuravam muito assim, "ah, tô com dor de cabeça", dor de estômago, dor de cólica, gripe. Então assim, aquele atendimento ali imediato, mas assim o que que procura muito lá assim, é ansiedade, depressão, eles vão pedir para fazer exames, ultrassom, tomografia, as vezes estão com muita dor de cabeça aí querem um pedido pra uma ressonância, uma guia pro neurologista, psiquiatra, eles procuram né, esse tipo de atendimento, algum problema assim ginecológico também procura né, infecção urinária (P1).

As declarações destacam, de diversas maneiras, a importância dos serviços de assistência à saúde estudantil, que desempenham um papel fundamental na permanência dos estudantes na universidade. Esses serviços facilitam o acesso à saúde dentro do ambiente acadêmico, oferecendo um suporte essencial para enfrentar os desafios relacionados à vida universitária.

IMPASSES NA OFERTA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA INSTITUIÇÃO

Foi constatado que o número limitado de profissionais na equipe de assistência à saúde da universidade sobrecarrega os servidores e restringe a oferta de serviços aos estudantes. Dois profissionais (P1 e P3) relataram que são os únicos em suas especialidades nas respectivas equipes e, portanto, atendem a diversas demandas. Além do atendimento aos discentes, eles realizam perícias de servidores, conduzem atividades coletivas periódicas, respondem a e-mails, participam de atividades em sala de aula, gerenciam suas próprias agendas e oferecem suporte individual a estudantes com casos mais graves, como risco de suicídio.

A instituição oferece, no âmbito da assistência à saúde estudantil, serviços de nutrição, psicologia e ambulatório. O serviço de nutrição proporciona consultas individualizadas para orientações alimentares, realiza atividades coletivas de promoção de hábitos saudáveis e supervisiona as refeições no Restaurante Universitário. O serviço de psicologia oferece acolhimento individual quando necessário e desenvolve atividades coletivas para promover a saúde mental dos estudantes. O ambulatório, por sua vez, disponibiliza atendimentos eletivos de enfermagem e de clínica médica geral, além de desenvolver atividades socioeducativas voltadas à prevenção e promoção da saúde. De acordo com os relatos dos entrevistados, o número reduzido de profissionais na instituição resultou na restrição dos atendimentos individuais em psicologia e nutrição apenas para estudantes de graduação.

Os estudantes relataram várias questões relacionadas à quantidade de profissionais de saúde na universidade. Um estudante comentou: "Acho que o número de profissionais disponíveis é muito pequeno para a demanda da universidade. Mais profissionais seriam melhor" (E9). Outro mencionou dificuldades específicas: "Já tentei atendimento psicológico, mas as vagas sempre estavam cheias [...] Acho que deveriam disponibilizar mais vagas" (E12). Outro estudante destacou: "É mais difícil conseguir uma consulta com o psicólogo, que é o serviço que mais preciso. Além disso, já precisei do ambulatório e não havia médico nem enfermeiro disponível" (E5). Um quarto estudante acrescentou: "Utilizei os serviços de psicologia e nutrição, que foram em decorrência de uma ansiedade que eu estava enfrentando. No entanto, depois de um tempo, as vagas acabaram e tive dificuldade para marcar novas consultas, então não consegui continuar" (E6).

Um profissional apontou alguns obstáculos para o atendimento médico, como a falta de medicamentos e a ausência de um farmacêutico na equipe de saúde:

> [...] agora não vai ter mais essa questão dos atendimentos assim de livre demanda e não vai ter mais medicamentos lá, porque não tem

> farmacêutico né responsável, então agora não tem mais essa parte de medicamentos. Os alunos agora estão sendo orientados assim a quando eles passarem mal, se for algo de urgência e emergência, eles chamarem o SAMU[1], ou então eles buscarem assim alguma condução, procurar um estabelecimento de saúde do município de urgência, de emergência (P1).

Essas dificuldades, juntamente com o número limitado de profissionais, foram apontadas como razões para a reestruturação do serviço de ambulatório médico, que agora se limita a consultas eletivas e agendadas. Em casos de urgência e emergência, os estudantes são orientados a buscar atendimento na rede de serviços de saúde disponível no município.

Outros impasses identificados pelos profissionais da universidade incluem mudanças no formato da prestação dos serviços e a falta de continuidade nas ações de assistência após a mudança de gestão na instituição. Além disso, foi relatada dificuldade em encaminhar os estudantes para a rede de atenção à saúde do SUS:

> Na minha percepção, enquanto profissional que esteve na outra gestão, tem uma diferença muito grande de uma pra outra, da forma de enxergar e de fazer assistência estudantil. Na gestão passada, a gente trabalhava a assistência enquanto assistência estudantil, de forma mais integrada [...] hoje a gente não trabalha mais dessa maneira [...]. Eu acho que vai ser sempre assim enquanto não tiver gestão que tenha leitura mais adequada do que seja assistência estudantil, que não conhece de verdade aquilo que tá gerindo, não entende que assistência estudantil não é só auxílio, não é só pecúnia, vai ser assim (P3).

> A gente gostaria mesmo que os alunos tivessem mais acesso a saúde do município né, que as coisas fossem mais fáceis pra eles mesmo, mas assim a gente vê que o município só tenta dificultar, a gente não vê eles

1. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

tentarem facilitar em nada, as coisas se tornam cada vez mais difíceis e pra gente acaba ficando mais difícil também (P1).

Para os discentes, existem impasses quanto à divulgação dos serviços de saúde oferecidos pela universidade, especialmente para os ingressantes, como nos seguintes relatos: "na verdade, quando a gente entra na instituição, não nos é direcionado assim 'olha aqui tem o ambulatório', é tanto que a maioria dos meus colegas não sabe que funciona ambulatório dentro da universidade" (E10); "divulgar mais pros estudantes, principalmente pros calouros. Quem é calouro não sabe que tem uma psicóloga lá, não sabe que tem nutricionista lá" (E11).

Observa-se que os impasses enfrentados pela instituição em relação à oferta de serviços de saúde, tanto em termos de qualidade quanto de quantidade, podem impactar negativamente a vida dos graduandos e dificultar a conclusão do curso.

A UNIVERSIDADE (DES)CONECTADA DO TERRITÓRIO

Foi constatado que estudantes de outras localidades enfrentam dificuldades para acessar os serviços de saúde da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) devido à necessidade de um cartão do SUS específico do município sede da universidade. Como relatado pelos estudantes: "tenho o cartão do SUS da minha cidade, eu apresentei ele, mas não serve, tem que ser o cartão do SUS local" (E1); "só teve uma vez que eu tava tendo muita dor de cabeça e ela (médica da universidade) passou pra mim fazer uma ressonância só que eu não consegui [..] por causa desse problema aí do SUS (não ter cartão do município)" (E5); "[...] aí como eles alegaram que tinha que fazer um cadastro, alguma coisa assim, eu até cheguei a ir no posto de saúde né, pra fazer, só que precisou de uma série de questões [...]" (E6); "quando eu comecei a morar aqui em [...] eu encontrei essa dificuldade de fazer meu cadastro no PSF, na Unidade Básica de Saúde (UBS)" (E7).

O gestor municipal explicou o processo para o cadastro de novos residentes no município:

> [..] aquele paciente que vai precisar de acesso, de um acompanhamento contínuo na atenção primária, primeiro ele tem que comprovar o endereço, até porque ele vai precisar fazer alteração do cartão do sus e cartão do sus a gente não faz alteração se a pessoa chegar e quiser alterar cartão do sus, não é dessa forma. Até porque nós temos a regionalização, nós temos que respeitar a regionalização, ou seja, a gente tem uma pactuação, onde a gente tem que respeitar essa pactuação (G1).

O estudante E10 sugeriu que a instituição poderia fornecer orientações mais claras sobre o funcionamento da rede de atenção à saúde no município, especialmente para aqueles que vêm de outras localidades para cursar a graduação:

> Seria também importante, até a universidade tá auxiliando os alunos que moram, como eles vão achar o agente de saúde deles. Eu mesma só sabia que teria que mudar o cartão do SUS, essa burocracia, no momento que eu adoeci ali e já tava em cima da hora (E10).

Observou-se que o município não aceita os encaminhamentos realizados pelos profissionais da universidade. Conforme citado pelo gestor municipal: "Se o encaminhamento for com a guia da universidade, o paciente precisa passar novamente por um médico da Saúde da Família, pois as marcações de exames e consultas devem ser feitas pelo SUS" (G1). A falta de parcerias com a rede de saúde também foi destacada pelos profissionais da universidade:

> Teve uma vez que a gente teve uma aluna [...] ela não era daqui, ela era do Ceará, e ela teve um quadro psicótico mesmo né, ela surtou e não tinha ninguém da família aqui, era sozinha aqui e a gente teve muitos problemas, a gente ligou pro CAPS[2], nós chegamos a ligar, mas a gente não teve sucesso, porque disse que lá não era paciente perfil do CAPS, então assim, eu fiquei bem frustrada com isso sabe, porque ela não

2. Centro de Atenção Psicossocial.

> conseguia marcar pelo SUS, no posto de saúde, ela tava num quadro psicótico e eu achei que o CAPS ia poder nos ajudar e não houve o menor interesse (P1).

> O CAPS [...] que é um serviço importantíssimo e que seria de muita valia hoje a gente ter uma parceria de encaminhamento, de troca, a gente não tem, não conseguiu estabelecer parcerias com o município, com a secretaria de saúde, para fazer encaminhamentos, para ter essas trocas e tal [...]. Já tentamos fazer essa parceria na gestão anterior [...] fizemos muitas reuniões, muitos diálogos com a secretaria de saúde, mas a parceria ela não foi pra frente, a gente recebeu muitas promessas, mas não foi (P3).

Um profissional da universidade relatou que, durante uma das reuniões com o secretário de Saúde, na tentativa de estabelecer uma parceria, foi informado que, para viabilizar a integração, seria necessário transformar a universidade em uma unidade de atendimento aberta a toda a população local. O profissional explicou:

> Olha, já tivemos algumas reuniões sabe, com o secretário de saúde do município, a gente já buscou ter essa parceria mesmo, mas assim a gente nunca teve sucesso, eles nunca mostraram interesse. Eles sempre mostravam dificuldade porque eles achavam assim, como o SUS é igualitário, é algo que tem que ser igual para todos, eles usavam sempre essa expressão; então assim, eles não podiam estar priorizando os alunos da universidade, então se eles colocassem ali priorizando os alunos da faculdade, eles não estariam respeitando essa norma do SUS. A gente sugeriu assim "ah porque que a gente não colocaria lá na faculdade as guias e alguém da secretaria uma vez por semana iria lá e recolheria os encaminhamentos e agendaria", então isso eles disseram assim que estaria dando prioridade aos alunos da faculdade, não seria justo com os outros pacientes [...] na época, foi a questão do secretário de saúde na época, que teria que estender, pra colocar lá como uma unidade de atendimento, teria que abrir a faculdade para a localidade onde a universidade está (P1).

Os profissionais da universidade acreditam que há falta de interesse por parte do município em estabelecer parcerias entre a instituição e a APS. Eles consideram que uma colaboração entre a universidade e a rede de saúde poderia ajudar a aliviar a demanda sobre os serviços municipais. No entanto, relatam que a prefeitura não demonstra interesse em facilitar esse processo.

O TEMPO COMO BARREIRA PARA A BUSCA POR CUIDADO

Os estudantes apontaram o tempo como um fator crucial que dificulta o cuidado com a saúde:

> [...] a gente percebe que a universidade ela não tem flexibilidade de horários pros estudantes [...] Então por causa dessa flexibilidade muitas das vezes a gente passa sono, estresse, vários alunos desenvolvem ansiedade, depressão, começa a engordar [...]. Você não tem tempo ali pra estar fazendo uma comida saudável, então acaba que você se prende ali comendo aqueles lanchinhos rápidos (E10).

> Na verdade, influencia em relação a faltas. Porque você precisa faltar (na universidade) para ficar em filas, tem que ficar esperando. Até na UPA, por exemplo, se você for na UPA e não tiver emergência, você vai ter que ficar muito tempo lá. E meu curso é diurno, de manhã e de tarde (E3).

> Como o tempo na universidade é muito corrido, aí fica difícil de achar tempo e energia pra poder ir, aí quase sempre eu fico negligenciando porque eu não tenho tempo. Aí como na faculdade é difícil de achar vaga, aí complica um pouco (E8).

Estudantes informaram ainda que a demora para conseguir atendimento pelo SUS os deixa desmotivados em continuar o tratamento ou os pressiona a buscarem pela rede privada: "O postinho é muito, muito demorado e as vezes eu opto por desistir" (E11); "Por conta

da demora que a gente tem nos atendimentos, para conseguir uma consulta, na rede pública, no SUS, né?! Dificuldade a ter acesso aos profissionais, desmotiva" (E4); "Normalmente é muito difícil conseguir pelo SUS [...], então eu faço isso fora e preciso pagar porque na rede de saúde ou pelo SUS é meio complicado" (E3).

Os resultados indicam que a falta de tempo compromete o cuidado com a saúde dos estudantes, especialmente em relação aos impactos acadêmicos quando eles precisam buscar atendimento de saúde fora da universidade.

O ACESSO À REDE DE SAÚDE E OS PROBLEMAS DE COBERTURA E CADASTRAMENTO

A análise revela defasagem na cobertura das áreas, número limitado de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e falta de divulgação sobre a localização da unidade no bairro: "[...] a questão da cobertura de saúde da família ela é importante porque realmente ela não tem acompanhado o crescimento populacional [...]" (G1); "tem gente também que mora naquela localidade e nunca procurou a unidade e no dia que precisa, ele não sabe nem onde é o endereço daquela unidade" (G1); "aqui, até ano passado, a gente tava sem, a minha área aqui estava sem cobertura, tava sem agente" (E4).

O gestor municipal destacou que a ausência de cobertura por parte dos ACS prejudica o acesso aos serviços, mas esclareceu que a contratação desses profissionais não é de responsabilidade da prefeitura. Segundo ele, a disponibilidade de orçamento para a contratação depende do Ministério da Saúde.

O gestor afirma ainda que o município inclui em seu planejamento de saúde os estudantes que vêm de outros locais para cursar a graduação: "[...] a gente conta aquelas casas que são de aluguéis, geralmente os estudantes, a maioria mora ou prédio ou casas alugadas, então a gente tem se preocupado [...]" (G1). O representante da prefeitura considera essa ação importante, tendo em vista que, para ele, o município compreende um território que é polo educacional, além de ser a maior cidade da região, e, por isso, recebe muitas

pessoas de outras localidades. Para o gestor municipal, o crescimento populacional é uma preocupação, especialmente porque algumas unidades de saúde já ultrapassaram a cobertura estabelecida pelo Ministério da Saúde em relação ao número de pessoas cadastradas.

Os estudantes mencionaram outros pontos que interferem no acesso aos serviços da rede, como as dificuldades para realizar o cadastro na APS, para conciliar os horários com os ACSs que fazem a visita em domicílio e por desconhecerem o profissional:

> Aqui nunca apareceu [ACS]. Por isso que eu fiquei um pouco deslocada desde que cheguei aqui em [município], porque aqui nunca veio (E8).

> [...] ia ter que ter tempo pra poder procurar e tal, aí eu acabei fazendo particular por conta disso também. Perguntaram quem é a agente de saúde, eu não sabia nada disso (E10).

> [...] eu teria que me cadastrar no postinho, aí eu já fui no postinho pra poder me cadastrar e a mulher do postinho falou que ia mandar um assistente social aqui pra poder cadastrar, só que até hoje ela não veio, aí eu não estou cadastrada ainda. Aí agora eu tô precisando passar no médico, aí eu vou lá na minha cidade pra poder passar (E5).

Todos esses fatores têm dificultado o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pela rede de APS.

DISCUSSÃO

Constatou-se que, embora os serviços de assistência à saúde oferecidos pela instituição representem um suporte importante aos estudantes, o atendimento de suas necessidades está sendo prejudicado devido aos poucos profissionais disponíveis na universidade e às dificuldades em acessar a rede de atenção à saúde do SUS,

especialmente em relação aos estudantes advindos de outras cidades. Verificou-se que os profissionais de saúde da assistência estudantil não conseguem encaminhar estudantes para os serviços de saúde do SUS do município e que o acesso aos serviços de saúde da rede é dificultado devido aos problemas de cobertura e cadastramento no âmbito da APS.

O número limitado de profissionais da saúde na equipe de assistência estudantil não permite absorver toda a demanda que se apresenta ao serviço, fato também reportado em outros estudos (Gonçalves; Zuin, 2019; Lima; Alvez; Canela, 2021; Almeida; Oliveira; Seixas, 2019). Cabe destacar que o objetivo da atenção à saúde no âmbito da assistência estudantil é promover a saúde e prevenir o adoecimento dos estudantes, favorecendo sua permanência na universidade. A assistência individual é realizada de modo pontual, não pretendendo resolver as necessidades de saúde dos universitários. Dessa forma, o acesso à rede de serviços de saúde do SUS é fundamental para a saúde do estudante.

A grande demanda por serviços de saúde da universidade é reflexo da dificuldade de acesso aos serviços do SUS por parte dos universitários. Estudos realizados na Universidade Federal de Viçosa (Gonçalves; Zuin, 2019) e na Universidade Federal de São Paulo (Siqueira *et al.*, 2017) também verificaram que os estudantes preferem recorrer aos serviços de saúde da instituição a buscar atendimento na rede pública.

Neste estudo, as dificuldades de acesso aos serviços do SUS foi reportada principalmente por estudantes oriundos de outros municípios ou estados, por não disporem de "cartão do SUS do município". Ressalta-se que o Cartão Nacional de Saúde (cartão SUS), documento de identificação do usuário do SUS, é único, devendo ser atualizado em caso de mudança nos dados do cadastramento.

A APS, por sua vez, é responsável pela população residente em seu território, devendo acolher e acompanhar a população cadastrada (Brasil, 2017). Dessa forma, a ausência de "cartão SUS do município" não deveria ser impeditiva para o acesso aos serviços de

saúde no município, devendo apenas ser realizado uma atualização do cadastro dos usuários residentes no território. É importante frisar que um sistema da natureza do SUS não deveria impor barreiras de acesso à atenção à saúde em decorrência de um cartão ou cadastro, embora a justificativa de que o perfil do município atraia pessoas de outras cidades e isso possa sobrecarregar o sistema seja válida. Contudo é necessário ajustes nos processos de trabalho de forma a desburocratizar a atualização do cadastro e aprimorar os meios de comunicação para que a informação chegue com qualidade ao usuário, que, no caso deste estudo, é o estudante universitário.

Cabe destacar, ainda, que a Política Nacional de Atenção Básica permite que sejam realizadas outras estratégias de organização no território a fim de que considere e inclua as especificidades daquela região, abarcando populações específicas, itinerantes e dispersas, as quais devem ser assistidas pela equipe enquanto permanecerem no território, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2017). Dessa forma, por fazer parte de seu território, entende-se que as cidades que sediam campus universitários deveriam considerar, em seu planejamento de saúde, a população flutuante composta pelos discentes que chegam ao local para cursar a graduação, a qual possui duração mínima de quatro anos.

Rodrigues *et al.* (2021), ao caracterizarem a organização da APS em um município rural remoto da região Norte do Brasil, identificaram esforços dos gestores locais para adequar os processos de trabalho da atenção primária com vistas a atender ao grande fluxo de demanda espontânea, estrangeiros e população indígena, devido às particularidades daquele local. Outras investigações apontam essa realidade em municípios que também recebem população flutuante, a exemplo das regiões fronteiriças, turísticas, militares e cidades em época de colheita (Rodrigues *et al.*, 2021; Picco *et al.*, 2022).

Por outro lado, reconhece-se a dificuldade dos gestores de saúde em ampliar a cobertura da APS no território de sua responsabilidade. Nesse contexto, a concretização de parcerias entre o Ministérios da Saúde e o Ministério da Educação, conforme destacado por outros

autores (Bleicher; Oliveira, 2016; Gonçalves; Zuin, 2019), poderia beneficiar o atendimento das demandas de saúde dos graduandos ao longo do curso, por meio da implementação de estratégias para facilitar a integração da universidade no território, o cadastramento dos estudantes na APS, o aporte de mais recursos financeiros destinados à saúde discente e a ampliação de cobertura nos territórios nos quais existam universidades, favorecendo o acesso dos discentes aos serviços de saúde do SUS.

Resultados mais satisfatórios, no que diz respeito a integração entre universidade e SUS, foram identificados por Gonçalves e Zuin (2019) ao estudarem a Universidade Federais de Viçosa, os quais verificaram que os estudantes são encaminhados para a rede pública pela Divisão de Saúde da universidade e não necessitam de "cartão SUS" para garantia de acesso.

Como limitação deste estudo, destaca-se que os resultados encontrados podem não refletir a realidade de todas as universidades do país, sendo necessário realizar investigações mais amplas que envolvam outras instituições, em especial as universidades que contam com hospitais universitários e complexos de saúde. Além disso, a pesquisa foi conduzida exclusivamente no campus sede da instituição, sem avaliar o cenário dos demais campi. Recomenda-se que futuras pesquisas examinem os impactos da dificuldade de acesso à rede de atenção à saúde na permanência dos estudantes de graduação presencial, abrangendo todos os campi das universidades, incluindo os mais interiorizados.

O presente estudo conclui que a capacidade da universidade em atender às necessidades de saúde dos estudantes está comprometida, pois não consegue suprir toda a demanda existente e a rede de atenção à saúde não aceita os encaminhamentos realizados pelos profissionais da instituição. Isso se deve à falta de integração entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a universidade. Assim, torna-se evidente a necessidade de uma política pública eficaz que defina diretrizes claras para a execução dessas ações nas instituições de ensino e que estabeleça mecanismos de integração entre os serviços

de assistência à saúde estudantil e a rede de atenção à saúde do SUS, reconhecendo a universidade como parte integrante do território, a fim de aprimorar a assistência aos estudantes e mitigar os impactos das desigualdades sociais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. R. de; OLIVEIRA, I. F. de; SEIXAS, P. de S. O Programa Nacional de Assistência Estudantil em uma universidade pública. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 13, n. 2, p. 191-209, 2019.

BLEICHER, T.; OLIVEIRA, R. C. N. de. Políticas de assistência estudantil em saúde nos institutos e universidades federais. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 20, n. 3, p. 543-549, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Política Nacional de Assistência Estudantil (PNAES). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 abr. 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2024/2024/pnaes.htm. Acesso em: 10 set. 2024.

GONÇALVES, L. H.; ZUIN, D. C. O Sistema de Saúde na Assistência Estudantil da UFV: a percepção dos estudantes de graduação beneficiados pelo PNAES. **Revista Internacional de Educação Superior**, v. 6, p. 1-26, 2019.

LIMA, W. A. S.; ALVES, L. M. S.; CANELA, D. C. da S. Ingressei no Ensino Superior, e agora? **Agenda Política**, São Carlos, SP, v. 9, n. 2, p. 276-300, 2021.

PICCO, T. M.; BAGGIO, M. A.; HIRANO, A. R.; CALDEIRA, S.; FERRARI, R. A. P. Cuidado em saúde à criança na atenção primária em região de fronteira. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. 1-9, 2022.

RIBEIRO, J.; SOUZA, F. N. de; LOBÃO, C. Saturação da análise na investigação qualitativa: quando parar de recolher dados? **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 6, n. 10, p. iii-vii, 2018.

RODRIGUES, K. V.; ALMEIDA, P. F. de; CABRAL, L. M. da S.; FAUSTO, M. C. R. Organização da Atenção Primária à Saúde em um município rural remoto do norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 131, p. 998-1016, 2021.

SIQUEIRA, L.; BASTOS, M.; NASCIMENTO, A.; PURIDADE, M. Perfil de estudantes acolhidos em um serviço de saúde na universidade. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, p. 1-8, 2017.

SOUZA, L. K. de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a análise temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019.

TRINDADE, S. N. C.; SALAROLI, L. B.; ALMEIDA, A. P. S. C. Atenção à saúde no âmbito do Programa Nacional de Assistência Estudantil em universidades federais do Nordeste do Brasil. **Revista GUAL**, v. 15, n. 3, p. 210-230, 2022.

11

REFORMA DO ESTADO E A POLÍTICA DE SAÚDE: UMA PROPOSTA DE EFICIÊNCIA DA GESTÃO PÚBLICA

LEANDRA MARIA BORLINI DRAGO E FRANCIS SODRÉ

INTRODUÇÃO

Falar da saúde pública no Brasil da atualidade requer evocar a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1980, a partir das relações de forças e lutas de classe naquele momento político, econômico e social. Em meio à disputa de interesses entre os muitos e diversos grupos societários envolvidos, a amplitude da defesa de um sistema sem contrapartidas financeiras dos usuários, equânime no acesso e de alcance universal ganhava formato, tendo seu marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília no ano de 1986. Ali ficou demarcado o conceito abrangente de saúde, como o resultado do encontro das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde. Mantinha-se a defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado, a partir da integração entre as políticas públicas da área econômica e social (CNS, 2019).

Dentre os princípios balizadores do sistema de saúde pública, destacamos aqui a universalidade – enquanto acesso para todo cidadão, isento de condicionalidades, pagamentos ou inserções em grupos específicos – e a equidade – como forma de acesso diferenciada, sem barreiras ou privilégios, destacando a necessidade de tratamento desigual aos desiguais. A nova proposta em pauta destacava os determinantes sociais em saúde como conjunto de fatores que afetam os indivíduos e a coletividade, apontando a necessidade de revisão do

modo de produção de saúde, considerando, a partir disso, também os fatores sociais, econômicos e as iniquidades apresentadas a partir da distribuição de poder, renda, bens e serviços. O que se defendia nesse novo paradigma era compreender e ofertar a saúde a partir das relações entre Estado, economia e sociedade (Fiocruz, 2020).

O documento encaminhado à constituinte apontava uma saúde exclusivamente pública, com participação do serviço privado em caráter subordinado e pontualmente complementar.

> A partir dessas diretrizes, se consolida a Constituição Federal do Brasil de 1988, a primeira após a reabertura democrática do país. Todavia, é importante destacar que ainda que a Constituição Federal se apresentasse progressista, delegando a atuação de um Estado forte para as políticas públicas, outros interesses se mantinham presentes no país almejando a ampliação de seus espaços, clientes e receitas (Gerschman, 2004).

Em paralelo ao movimento de Reforma Sanitária no Brasil, os países centrais lançavam medidas e ações de cunho conservador, marcado sobretudo pela austeridade econômica. A despeito do avanço político e social que caracterizava a consolidação legal da saúde pública no Brasil, o contexto econômico mundial direcionava os países dependentes, entre eles os latino-americanos, para políticas sociais de restrição e focalização em prol do superávit fiscal e dívida externa. Um paradoxo de propostas e anseios que marcam desde então o sistema de saúde brasileiro.

Mantendo soberania e capacidade de barganha junto aos países dependentes, países centrais como EUA e Reino Unido impunham condições para os empréstimos de sobrevivência aos países que seguiam num crescente cenário de inflação, desemprego e ampliação da pobreza. A crise do capital se justificava pelo excessivo gasto público e, assim, um processo de reestruturação do Estado era preciso, esse feito a partir de ajustes fiscais, cortes no orçamento das políticas sociais, fragilização das relações de trabalho e desestatização

das indústrias, órgãos e empresas nacionais, em prol de maior repasse à dívida externa – uma perspectiva de austeridade neoliberal, que apontava para um Estado menor no social e amplo no econômico. Associa-se a esse processo de transformação do tamanho do Estado o movimento de globalização, também marco da década de 1990, que reduz a autonomia e condução das economias nacionais em prol da internacionalização e competitividade dos mercados. Para Bento (2003), aí se encontra a dificuldade em precisar o "tamanho" do setor público, pois o Estado, nos moldes liberais, é um mal, mas, no entanto, necessário (um bem!) quando legitimamente chamado a intervir para otimizar ou potencializar a eficiência do mercado.

Nesse contexto, o Brasil, que avançava na estruturação das políticas sociais, com a conformação de um sistema de Seguridade Social, num processo recente de democratização e instauração da constituição progressista, é transversalizado pelas "orientações" econômicas neoliberais que abriam a década de 1990 – ou seja, "na contramão das ideias neoliberais difundidas na Europa e EUA" (Vaccaro; Gomes, 2022, p. 51). Um paradoxo se formava, entre as recentes conquistas sociais desmontadas pelo corte orçamentário, reformas de caráter ortodoxo, fragmentação dos movimentos sociais e ampliação das desigualdades de renda entre as classes. Para além do "tamanho" do Estado, as medidas liberais, propagadas e defendidas pelas corporações internacionais, moldavam a capacidade de seletividade do Estado quanto às áreas elementares de intervenção.

Destacamos aqui as reformas do Estado brasileiro a partir dos anos 1990 voltadas à política de saúde, num processo de reorientação da gestão pública, o qual permanece a lógica de subfinanciamento das políticas, seguida pela tendência do processo de repasse da administração das instituições de saúde ao mercado privado e sociedade civil, com prevalência da focalização e seletividade das ações e serviços ofertados à sociedade.

ANOS 90 — A PROPOSTA DE REFORMA DO ESTADO

Para Druck (2021), o projeto neoliberal não almeja limitar o Estado, mas sim transformar a ação pública a partir da lógica mercantil. Nessa perspectiva, a década de 1990 no Brasil foi marcada pelo cenário de reformas do aparelho estatal, com a introdução do Estado gerencial, da mercadorização da instituição pública e da lógica empresarial nos espaços públicos – surge a defesa de um Estado regulador, no qual a administração pública se restrinja à formulação das normas de regulação das atividades econômicas e a prestação de serviços fique a cargo do setor privado e sociedade civil (Bento, 2003). A proposta seguia como diretriz de alcance mundial de um novo formato de governar, em que "A obrigação do governo não é prestar serviços ao público, mas garantir que eles sejam prestados", como apontaram Osborne e Gaebler (1994, p. 31).

Nesse cenário, propagava-se a ideia de que a crise brasileira (marcada pela exorbitante inflação, ampliação da pobreza, déficit fiscal, com ampla dependência econômica) era a "crise do Estado" e que, por isso, sua "modernização" era preciso. A redefinição do papel do Estado passava pela lógica de economia dos gastos, retorno dos princípios de livre regulação do mercado e o papel do governo restrito à manutenção da ordem econômica liberal, segurança pública, garantia da propriedade e investimentos básicos em infraestrutura. A reestruturação apontada pela ordem neoliberal organizou e legitimou as ações estatais a partir da sua eficiência econômica.

A reforma do Estado, aprovada em 1995 sob o nome de Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), tinha por foco quatro eixos que atendem às características da gestão gerencialista, a saber: 1) redefinição do papel do Estado como regulador e o seu grau de intervenção na economia; 2) recuperação da capacidade financeira e administrativa das decisões do governo, ou, a solução da crise fiscal (recuperar a governança); 3) garantir legitimidade para governar (governabilidade); e 4) delimitação das

funções do Estado, por meio das terceirizações, privatizações e publicização dos serviços (Bresser Pereira, 1998). Alguns termos embasam o PDRAE: governança, governabilidade, privatização, publicização e terceirização – compreendendo que seu uso ocorreu sob a justificativa do alcance da eficiência, agilidade e flexibilidade nas instituições públicas, valores importados do mundo empresarial e que prometiam respostas à crise associada ao Estado, adjetivado de ineficiente, obsoleto e oneroso nos moldes econômicos neoliberais.

Nas palavras de Bresser Pereira (1998), a governança se refere a capacidade do Estado tornar efetiva suas decisões, a partir do ajuste fiscal, envolvendo autonomia financeira e administrativa, rompendo com a administração burocrática, além da separação, dentro das ações entendidas como exclusivas do Estado, entre aquelas que a ele cabe a formulação e aquelas em que o Estado segue como executor. Para Bento (2003), a governança diz respeito aos instrumentos técnicos da gestão para o desempenho administrativo, com eficiência e democratização das políticas públicas, lidando com a complexidade e pluralidade dos interesses. Trata-se da competência dos administradores e servidores públicos no cumprimento das metas definidas.

A governabilidade agrega o ambiente político, as estratégias políticas de articulação que garantam sustentabilidade e legitimidade das decisões de quem ocupe o lugar de poder (Bento, 2003). Trata-se do poder legítimo do governo, a partir das instituições políticas que garantam uma melhor mediação de interesses e o torne mais democrático (Bresser Pereira, 1998).

Ainda que com diferenças conceituais, a relação entre governabilidade e governança é permeada por intersecções, ao passo das ações que agem na reforma do Estado e na reforma do aparelho do Estado respectivamente. Como aponta Bento (2003), a reforma do Estado se refere às redefinições das funções do Estado, seu padrão de intervenção na economia e no social, relações com mercado e sociedade civil. Já a reforma do aparelho do Estado, ligada à governança,

diz respeito às mudanças na forma burocrática de administração e serviços públicos, por meio de novas ferramentas gerencias que possam alcançar a eficiência estatal.

A privatização, como processo de alteração de uma empresa pública em privada (a desestatização) ganhou força na perspectiva neoliberal, sob o discurso de alcance de maior eficiência, agilidade, qualidade e menor custo aos cofres públicos. De acordo com Carneiro Jr. (2002), a privatização, enquanto processo de reforma do Estado, está voltada às empresas estatais pertencentes ao setor de produção de bens e serviços para o mercado, por meio de compra, venda ou concessão para a iniciativa privada, visando lucro e total autonomia sobre o serviço adquirido[1].

A publicização, como ferramenta desse processo de redução do aparelhamento do Estado, transforma a organização estatal em uma organização de direito privado, ou seja, permanece como instituição de interesse público, mas não estatal na sua forma legal. Não se apresenta como uma privatização clássica, mas um processo de descentralização da execução dos serviços exclusivos do Estado[2], agora sob execução dos serviços privados, mas subsidiado pelo Estado, numa espécie de parceria entre Estado e sociedade civil (Cruz, 2022). Para Di Pietro (2018), a publicização é um dos possíveis formatos de privatização, o qual a pessoa jurídica de direito público é extinta, e não vendida, e, em seu lugar, sobrepõe-se uma

1. Moraes e Bahia (2022) apontam que a privatização, nos novos formatos da gestão pública, se dividem em três tipos: formal, quando os serviços públicos passam a ser geridos por instituições de direito privado, como fundações e autarquias; funcional, que pressupõe a gestão indireta dos serviços através de contratos firmados com entidades privadas com ou sem fins lucrativos, como as OSS e as parcerias público-privadas; e a material, em que ocorre a transferência total da prestação do serviço público para uma entidade privada. Contudo, neste estudo, manteremos a perspectiva de publicização dos serviços privados e a privatização dos serviços públicos para as diferentes modalidades de gestão.
2. Enquanto a privatização repassa ao setor privado a produção de bens públicos (energia, estradas), a publicização ocorre entre a fatia dos serviços não exclusivos do Estado, como saúde e educação.

pessoa jurídica de direito privado não enquadrada no conceito e nas regras de administração pública.

A terceirização, por sua vez, transfere para o setor privado parcela dos serviços até então no rol das organizações públicas (em geral serviços auxiliares e de apoio, como limpeza, manutenção e informatização). Ela tem por objetivo redução dos custos trabalhistas e, por isso, atende também ao processo de reforma do Estado ao passo da substituição do servidor público por empregados pela via ou não do contrato (Druck, 2021) – um recurso marcado pela redução salarial, fragilização das representações sindicais, alta rotatividade e precarização das garantias ao trabalhador, sob o foco da maximização do lucro. No século XXI, como fenômeno mundial, a terceirização ocupa lugar central nas novas formas de gestão, organização do trabalho e relações de forças entre as classes. Apresentando diferentes modalidades e ramificações, como as cooperativas, organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIPs) e organizações não-governamentais (ONGs), a terceirização permite vários formatos de contratações, da mesma empresa ou de diversas simultaneamente. A cada "parceria" estabelecida, há uma composição diferente da força de trabalho, o que resulta na hibridização dos direitos e deveres dos trabalhadores e no acúmulo de vantagens aos empregadores[3] (Vaccaro; Gomes, 2022).

Apontada a linguagem do processo de reforma do Estado, configurando o processo de Nova Administração Pública como movimento econômico e político hegemônico nos anos 1990, trataremos no item seguinte do reflexo desse projeto sobre a política de saúde.

3. Citamos: flexibilidade na operação, redução dos custos sem aumento dos salários, extinção de níveis hierárquicos, uso compartilhado de estrutura, redução do número de trabalhadores, fragmentação da força sindical e redução de impostos a recolher (Vaccaro; Gomes, 2022).

"NOVOS" MODELOS DE GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA

A reforma do Estado brasileiro baseou-se na busca por melhor organização estrutural e de gestão da administração pública a partir de uma suposta desburocratização estatal. Como medidas, traçou redução dos gastos públicos, descentralização das ações e flexibilização das relações entre público e privado. O Estado produtor e provedor cede às orientações e normativas do capital, numa relação de causa e efeito, e passa a desempenhar outro principal papel: o Estado regulador.

A década de 1990 fortalece o projeto neoliberal que, em prol da eficiência e competência econômica, redige políticas públicas de caráter pontual, contributivo e focalizado. A redução do Estado operou, pelo recuo dos direitos sociais, em especial daqueles de caráter universalizante, aqui em destaque a saúde pública, que acabava de ganhar caráter normativo, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir dessa construção histórica, política e econômica, a saúde pública brasileira, apesar de ter como legislação um avançado sistema composto pela lógica de regionalização e hierarquização, nunca alcançou a formalização de seu componente de custeio. A proposta de universalização do acesso e gratuidade foi transversalizado pelas normativas e medidas políticas de desfinanciamento do SUS, que não se trata mais do volume de recursos insuficientes para a manutenção do sistema, mas sim da retração efetiva desses recursos e a consequente focalização dos serviços ofertados (Marques; Ferreira, 2022). O lugar de atuação complementar da saúde privada ganhou amplitude e mantém, atualmente, extensa participação dentro dos serviços ofertados pela saúde pública, além de estar dentre as despesas de aproximadamente 39% da população brasileira com planos de saúde privados (IPEA, 2022), sendo fator importante na avaliação das iniquidades em saúde, como produto e produção dos determinantes sociais e econômicos.

A exaltação ao setor privado se manteve crescente mesmo após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde[4], que determina a saúde como direito de todos e dever do Estado. Os serviços privados, planos e seguros ganhavam adeptos aliados ao discurso de ineficiência do "Estado provedor", pobre em recursos, extremamente burocratizado e pouco ágil. A partir dessa crença e junto às medidas de austeridade fiscal, ocorre o lançamento de regulamentações que inserem "novas soluções" no SUS, as quais carregam promessas de "melhor desempenho" da saúde púbica. Ganha força e forma a ideologia do gerencialismo, em que a gestão aparece como ação transformadora a partir das noções de eficiência e inovação. A nova gestão garantiria, ao setor público, "fazer mais com menos" e, no setor privado, sustentará a competitividade no mercado (Moraes; Bahia, 2022). As redes de filantropia, fundações, organizações sociais e outros possíveis formatos se fortalecem como propostas ideais para a gestão da saúde, aqui já não mais reconhecida como direito, mas sim como despesa (Marques; Ferreira, 2022).

A gestão da saúde pública, inserida no processo de reformulação do Estado e da administração pública, ganhou novos formatos, que demarcam o esvaziamento das responsabilidades sociais do Estado, o repasse de atividades não exclusivas para outros modelos de administração, a fragmentação do processo de participação e controle social, além da descontinuidade do serviço ofertado. São propostas que se aproximam da perspectiva de publicização defendida na reforma do Estado, inscrita no PDRAE. Aqui, traremos dos principais novos formatos de gestão da saúde pública lançados a partir dessa concepção.

As Organizações Sociais de Saúde (OSS)[5] surgem como entidades qualificadas para formar parceria junto ao poder público por meio do instrumento contrato de gestão, cabendo às OSS a execução e gestão das atividades nos espaços de saúde (hospitais por exemplo).

4. Lei 8.080/1990.
5. A partir da Lei 9.637/1998, no governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso.

Esse contrato estabelece metas, prazos, critérios de avaliação de desempenho, indicadores de qualidade e produtividade. Por meio dele, o ente da federação (municipal, estadual ou federal) repassa às OSS os espaços, equipamentos, recursos humanos e financeiros, dando a elas autonomia para contratar e comprar (Cruz, 2022).

Lima e Bravo (2015) destacam o contrato de gestão não como um instrumento único da OSS, mas como uma outra categoria de privatização da gestão, em que o direito à saúde e acesso aos serviços passa a ser administrado como mercadoria, num processo de mercantilização dos setores rentáveis do serviço público, como já se apresenta nas unidades de saúde e hospitais[6]. A transferência do volume de recursos e bens públicos às OSS demarca o repasse do dinheiro público ao setor privado, sem nenhuma contrapartida prévia deste.

As OSS são hoje o principal instrumento de redefinição do tamanho do Estado na provisão dos serviços sociais, como diretriz reformista e da nova administração púbica (Carneiro Jr.; Elias, 2003). A crescente adesão dos entes públicos às OSS vai ao encontro da lógica neoliberal de descentralização das responsabilidades e custeio do Estado, que repassaram sobretudo aos municípios a gestão e encargos dos serviços como UPA e ESF[7]. A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)[8] aparece aqui como catalisador dos novos formatos de gestão, pois, com o limite dos gastos públicos e repasse da gestão da saúde às OSS, se permite, além do repasse da responsabilidade direta, inserir essa despesa como prestação de serviços e não mais como custo de pessoal (Cruz, 2022). Sob a justificativa da ausência de recursos humanos nos serviços de saúde e a imposição legal quanto

6. Cruz (2022) apresenta revisão sistemática de literatura quanto ao processo de publicização da saúde. Nesse estudo, o autor aponta outros diversos autores que ratificam o processo de repasse da gestão pública às OSS como "camuflagem" do processo de privatização da saúde.
7. UPA – Unidade de Pronto Atendimento; ESF – Estratégia Saúde da Família.
8. Lei 101/2000, que dispõe os tetos de gastos de cada ente federado, apontando os limites de receitas e despesas, inclusive com pessoal.

às despesas, os serviços públicos aderem às OSS favorecendo a expansão da gestão privada sobre os serviços públicos.

As fundações estatais de direito privado foram criadas a partir do Projeto de Lei 92/2007 pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão[9] na intenção de criar um novo instrumento de atuação nas áreas de interesse coletivo, especialmente na saúde, de forma a contornar as limitações da gestão pública. Dallari (2009) pontua equívocos quanto ao projeto, carregado de intenções quanto ao repasse das funções públicas para instituições de regimes jurídicos mais flexíveis. O conceito de fundação pressupõe a existência de fundo rentável atrelado aos objetivos fins da instituição a qual esteja associada, contudo se mostrou comum a criação de fundações de amparo às universidades e o uso dos recursos dessas para o alcance dos objetivos. O projeto prevê a personalidade jurídica "pública ou privada", o que abre espaço para a utilização dos recursos públicos sem o controle social devido. Além disso, ao se declarar de direito privado não estaria sujeita às disposições da LRF, especialmente nos limites de gasto com pessoal.

As empresas públicas de direito privado são entidades dotadas de personalidade jurídica do direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União. São criadas por lei para a exploração de atividade econômica pública, quando o governo é levado a exercê-la por força de contingência ou de conveniência administrativa. São exemplos desse formato a Caixa Econômica Federal, Correios e, mais recente na área da saúde, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada pelo Ministério da Educação (MEC) para gestão dos hospitais universitários (Dallari, 2009).

Instituições filantrópicas são instituições privadas, sem fins lucrativos, caracterizadas a partir do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão colegiado subordinado ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.

9. Tiveram no Ministério da Saúde defesa e empenho para sua aprovação.

As condições exigidas para a obtenção desse título passam pela oferta e efetiva prestação de 60% ou mais de internações ao SUS e no caso do gestor local do SUS declarar a impossibilidade de contratação de 60% das internações de seus leitos, ou ainda a classificação do hospital como estratégico para o SUS, apesar da venda de seus serviços à rede privada. São exemplos desse modelo na saúde as Santas Casas de Misericórdia e a Rede de Hospitais Sírio Libanês. Além de recursos públicos, as instituições filantrópicas na saúde recebem isenções fiscais e outras vantagens financeiras, a partir de normatizações.

A diversificação do formato de gestão na área da saúde aponta para a redução das políticas públicas e a aceitação do esgotamento do governo enquanto mediador das tensões sociais geradas pela ordem capitalista. A lógica do bem-estar social utilizada no pós-guerra como reconstrução e fomento de renda mínima para consumo e circulação do capital não está mais em pauta. As corporações financeiras apostam agora no setor privado como responsáveis pela provisão dos serviços antes de responsabilidade do Estado, apresentando a imagem pública e social das empresas como fonte de lucro e visibilidade. Há um deslocamento do governo para o terceiro setor, num empobrecimento da discussão pública e política, em que se modifica o sentido das relações entre as partes: privatiza-se o público e publiciza-se o privado (Dupas, 2003).

O reflexo dessa postura política e econômica para com a saúde pública se mostra na distorção das promessas legais de acesso universal, dever do Estado, equidade, direito de todos, gratuidade dos serviços e participação complementar do privado. A perspectiva democrática e progressista lançada nos anos 1970 perde força diante do projeto neoliberal dos anos 1990, carregado de suas justificativas econômicas e liberais em prol do cidadão-cliente. Nos anos 2000, as intervenções de caráter liberal avançam pelas normativas de cunho econômico, com reflexos deletérios às políticas públicas de saúde.

ANOS 2000 — OS AVANÇOS DA LÓGICA PRIVATISTA

O processo de publicização das instituições privadas, ou seja, a inserção do privado no espaço público e a redução do tamanho do Estado na prestação dos serviços sociais, se fortalece a partir de aparato político e econômico que mantém progressivamente o processo de desfinanciamento da saúde, fragmentação da força de trabalho e flexibilização das garantias sociais. Exemplos desse contorno legalista do Estado em prol do capital está na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) do ano 2000; na Reforma Trabalhista (Lei 13.467/2017), que retira um conjunto de garantias ao trabalhador; na Emenda Constitucional 95/2016, que congela os gastos sociais até o ano de 2036; nas Propostas de Emenda à Constituição (PECs) 186/2019, 187/2019, 188/2019, que abordam o "equilíbrio fiscal" numa balança voltada ao pagamento da dívida pública; e na PEC 32/2020, que lança uma reforma administrativa voltada à extinção progressiva do servidor público.

Os "novos" arranjos de gestão da saúde são marcados pela importação de conceitos, técnicas e práticas. Moraes e Bahia (2022, p. 152) listam os elementos que se destacam nesse fenômeno: ênfase no desempenho; preferência por formas organizacionais desagregadas; substituição de contratos por relações hierarquizadas na coordenação; importação de mecanismos de mercado; tratamento dos usuários como clientes — em síntese "pode ser expressa na fórmula: desagregação + competição + incentivo".

As propostas reformistas adentram os serviços de saúde desconexos de outras melhorias que possam tocar nos indicadores de qualidade e eficiência. Ou seja, altera o formato e a entidade responsável por gerir, mas insere no cenário da prestação de serviços em saúde a redução de salários, redução de orçamento, fragilização dos vínculos, fragmentação da luta sindical, focalização das ações, primazia das metas e indicadores, rigidez nas ações prestadas e descontinuidade das ações, desconsiderando o projeto de saúde

envolto ao debate da participação social, da universalização e integralidade.

A nova gestão pública, aqui representada pelos novos formatos de gestão da saúde apresentados como proposta de flexibilização e agilidade em prol da desburocratização do Estado, se alia às medidas econômicas de desfinanciamento da saúde pública. A LRF, que traz a responsabilização dos gestores públicos sobre a receita do Estado, é revestida de limitações que impactam nos gastos com políticas públicas e recursos humanos. Forma-se um paradoxo na política de saúde quando o Estado responsabiliza os gestores pela oferta da saúde integral e universal, mas limita a via para contratação de servidores públicos efetivos, que poderiam manter e executar a política. A "saída" ocorre pelo repasse da gestão dos serviços estatais, de forma que essa despesa não mais se caracterize como gasto com recursos humanos, mas prestação de serviços. Faz-se um encontro entre a necessidade de otimização da receita disponível e as orientações internacionais de redução de gastos, focalização do cuidado, desmanche das políticas universais e fragmentação da luta entre as classes.

Em 2016, a Proposta de Emenda Constitucional 95 (PEC 95, conhecida como PEC da Teto dos Gastos) congelou os gastos sociais por 20 anos, obrigando o rearranjo dos serviços diante do cenário de restrição financeira. Novamente, o contexto político e econômico aponta para as medidas de austeridade como solução – aqui o subfinanciamento transforma-se em desfinanciamento, numa retração efetiva dos recursos alocados no sistema de saúde (Marques; Ferreira, 2022). Ainda em 2016, o próprio Ministério da Saúde apresentou proposta de planos privados com valores acessíveis, numa lógica de segregação populacional e enaltecimento do sistema privado em detrimento do SUS.

Em 2019, a Portaria do Ministério da Saúde Nº 2.979, intitulada de Previne Brasil, alterou o modelo de alocação de recursos na Atenção Básica de Saúde, combinando receitas por fixação de metas, pagamento por desempenho e incentivos para programas

específicos – uma quebra da lógica de territorialidade e universalidade que cede espaço para a saúde voltada aos mais pobres a partir da racionalização dos serviços (Mendes; Carnut, 2022). Em avaliação do triênio 2020-2022, Costa, Silva e Jatobá (2023) apresentam a lacuna dos serviços municipais no alcance das metas e indicadores do Previne Brasil. A proposta de repasse financeiro atrelado a indicadores desconsidera as realidades locais e especificidades das populações e não correlaciona o contexto sanitário e a precarização dos serviços no que se refere à estrutura e recursos humanos. Os dados alcançados demonstram a débil cobertura na prestação de serviços essenciais da atenção materna, infantil e de adultos dos municípios brasileiros, culminando em retrocessos, como baixíssima cobertura vacinal e triagem infecciosa em gestantes. O programa agrava o subfinanciamento da saúde pública, revertendo conquistas históricas de expansão do alcance dos serviços e de redução de desigualdades (Costa; Silva; Jatobá, 2023).

O destaque dessa discussão está na percepção de que as medidas apontadas surgem como sequência da lógica de austeridade desenhada pelas grandes corporações econômicas mundiais frente aos países dependentes. Rossi (2020) define a austeridade como retórica ameaçadora, criadora do clima de coação e aceitação pública de determinada agenda econômica. Ao argumentar os cortes de gastos em função do crescimento econômico, as reformas surgem como remédio/solução/amparo para a crise apresentada, sem explicitar os interesses de classe embutidos.

Os exemplos aqui já expostos confirmam que a política de austeridade, característica do projeto neoliberal e amplamente difundida nos anos 2000, se comporta como política de classe a partir da imposição de interesses econômicos, com efeitos reducionistas sobre os direitos sociais da população. É um veículo de corrosão da democracia e de fortalecimento corporativo – a justaposição entre as elites econômicas mundiais e os governos subservientes (Rossi, 2020).

O questionamento sobre os gastos com a ampliação de direitos e políticas sociais segue em expansão no mundo, sob o discurso de

que o uso dos recursos nessas áreas atuava como catalizador da crise econômica que tomava o mundo. O Estado de bem-estar social, que seguia como modelo do pós-guerra, caracterizado pela ampliação das garantias sociais, e com isso movimentação da economia, passa a ser combatido em prol do déficit público e da queda da inflação. A lógica de seguridade social e universalidade de direitos aparece como inadequada para o momento econômico mundial e ganham força os princípios do liberalismo econômico, liberdade e individualismo, pilares do projeto neoliberal. A política social é tomada como o instrumento de ajuste dentre o foco central da estabilização econômica. O setor privado é exaltado como alternativa às dificuldades do setor público (Santos; Vieira, 2018).

As condicionalidades impostas aos países dependentes são fundamentadas na eliminação de barreiras comerciais e financeiras, na desregulamentação das atividades econômicas e na privatização das estatais ao setor privado. Como medidas pró capital, as ações de austeridade trazem os efeitos na relação entre as classes de redução por pressão salarial, aumento da margem de lucros do empresariado, ampliação da desigualdade de renda, redução de impostos a pagar pelas corporações e criação de outros nichos de especulação do mercado privado. Na área da saúde, essas orientações culminam em redução do direito de acesso das populações, visto na prática de redução de recursos; reformas com a imposição de políticas focalizadoras; ajustes estruturais, como taxas e coparticipação; ampliação da participação do setor privado na prestação dos serviços; e desresponsabilização fiscal dos serviços privados, com ampla vantagem sobre a receita pública (Santos; Vieira, 2018).

No Brasil, essa conformação política e econômica destrói o caráter universal das políticas sociais e fortalece os grupos privados diante da redução da oferta e queda da qualidade dos serviços públicos. A crescente demanda da população por serviços privados, por exemplo os planos de saúde, demarca o ônus da população diante de uma regulação incompleta do governo sobre o mercado da saúde, que não corresponde às configurações da Constituição de 1988 (Costa, 2017).

A demarcação legal da saúde não constrangeu a ação do mercado, tampouco foi capaz de institucionalizar o modelo de acesso universal proferido. Pelo contrário, permitiu, nas linhas normativas, a composição entre mercado e setor público, vide a baixa regulação, incentivos fiscais, ausência de barreiras para com as empresas e liberalização de diferentes contratos entre as partes[10] (Costa, 2017).

Permanece um cenário favorável ao setor privado, marcado pelo desfinanciamento gradual da política de saúde, focalização dos serviços ofertados pelos gestores públicos e concessão progressiva de incentivos fiscais às instituições privadas. O reflexo é o consumo da saúde como mercadoria, com parte da população aderindo a planos e serviços de saúde privados[11].

Costa (2017) alerta para os incentivos dos próprios gestores públicos das três instâncias para o consumo dos planos privados pelos servidores, uma relação também marcada pela classe de rendimento, ou seja, quanto maior a renda maior o percentual da população consumidora direta dos serviços de saúde privada – reforçando a lógica da saúde pública voltada à população de baixa renda. O arcabouço de políticas que demarcam a contenção dos gastos, a seletividade da população e a oferta de serviços foram acompanhadas pela inovação das empresas privadas de saúde, que adotam estratégias da especulação financeira: abertura de capital na bolsa de valores, associação com bancos de investimentos e empréstimos internacionais em prol da maximização dos lucros (Pessoa, 2023). É "o início da transformação de um direito social em um ativo financeiro que integra o portifólio de investimentos globais, com investidores distantes e alheios à prestação do serviço" (Pessoa, 2023, p. 7).

A saúde como mercadoria, amparada pelos incentivos do próprio Estado em favor do empresariado, ganha novas proporções, e o que se coloca na economia mundial são grandes conglomerados de empresas

10. Somente nos anos 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como órgão limitador sobre os provedores privados.
11. Pesquisa do IBGE (2019) sinaliza aumento de 48% do consumo/despesa das famílias com planos privados de saúde no período de 2010 a 2017.

de planos e seguros privados, medicamentos e tecnologia em saúde. Pitombeira e Oliveira (2020) demarcam que a determinação social dos processos saúde-doença se baseia nos padrões estruturais de produção/reprodução de dominação, exploração e marginalização das sociedades concretas. O que se evidencia é a determinação social da vida: as determinações sociais que implicam os modos de viver das pessoas e, por consequência, os processos saúde-doença.

A expressividade do mercado privado não significa maior oferta e cobertura dos serviços de saúde aos seus conveniados, uma vez que o objetivo final da seguradora é o lucro e não a saúde. Importa destacar que as empresas de saúde são controladas por investidores distantes e com interesses voltados a uma economia financeirizada, sem ligação com o projeto de saúde pública ou mesmo de desenvolvimento nacional. Os planos e seguros privados mantêm cobertura restrita e limitada, cabendo ao Estado, que já custeou parte do plano privado a partir das isenções, ofertar a cobertura ao cidadão daquilo que o plano se negar a cobrir – um gasto duplicado da gestão pública.

O que se apresenta são interesses totalmente distintos entre a provisão de saúde privada e pública. Enquanto o setor privado age unicamente em prol do lucro, sem qualquer compromisso com a qualidade e garantia do acesso, o Estado permanece como o único agente gestor capaz de ter objetivos sociais. Contudo a era da financeirização dos capitais avança sucessivamente sobre os espaços públicos como novos nichos de mercado na ganância incessante do sistema capitalista. E cabe destacar que, "diante de um contexto social que se funda na trama da acumulação do capital e da concentração de riquezas, as pautas da cidadania e das políticas sociais apresentam-se cada vez mais desafiadoras" (Pitombeira; Oliveira, 2020). Prevalece, sob a lógica de austeridade perpetuada pelos países centrais, as orientações de desfinanciamento dos gastos sociais nos países periféricos, uma prática que impede o desenvolvimento das economias, que perpetua a desigualdade entre as classes e as iniquidades de acesso às políticas públicas, numa conveniente

dependência entre as nações. Uma clara medida de subordinação ao capital, impeditiva da autonomia e ampliação dos estados, repressora dos direitos, dos acessos e da qualidade do serviço público.

REFERÊNCIAS

BENTO, L. V. **Governança e governabilidade na reforma do Estado**. São Paulo: Manole, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. **Conselho Nacional de Saúde (Gov.br)**, Brasília, 22 maio 2019. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma. Acesso em: 19 jul. 2024.

BRESSER PEREIRA, L. C. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Lua Nova: **Revista de Cultura e Política**, n. 45, p. 49-95, 1998. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ln/a/xQZRPfMdrHyH3vjKLqtmMWd/# . Acesso em:

CARNEIRO JR, N. **O setor público não estatal**: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública de saúde. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2002. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14072003-133411/publico/TESE.pdf. Acesso em: 22 jul. 2024.

CARNEIRO JR, N.; ELIAS, P. E. A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 2, n. 37, p. 201-227, 2003. Disponível em: https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6484. Acesso em: 22 jul. 2024.

COSTA, N. R. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 22, n. 4, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/yT9WQtPtcQVcMgpyQFRm4fs/ . Acesso em: 10 ago. 2024.

COSTA, N. R., SILVA; P. R. F.; JATOBÁ, A. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. **Saúde em Debate** [online], v. 46, n. spe8, p. 08-20, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E801. Acesso em: 11 jul. 2024.

CRUZ, M. A. S. Publicização dos serviços públicos de saúde: revisão sistemática de literatura. **Cadernos de Gestão e Empreendedorismo**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p. 95-116, jan-abr 2022.

DALLARI, D. A. Fundações estatais: proposta polêmica. **Rev Direito Sanitário**, São Paulo, v. 10, n. 1, 2009. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13147. Acesso em: 15 jul. 2024.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo.** Rev. Atual. Ampl. Barueri (SP): Forense. 2018.

DRUCK, G. **Cadernos da Reforma Administrativa**. A terceirização no serviço público brasileiro: instrumento de privatização do Estado. Brasília: Fórum Nacional Permanente de Carreiras de Estado (FONACATE), 2021. Disponível em: https://anfip.org.br/wp-content/uploads/2021/02/RA-CADERNO-17-FONACATE.pdf Acesso em: 15 jul. 2024.

DUPAS, G. **Tensões contemporâneas entre o público e o privado.** São Paulo: Paz e Terra, 2003.

FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **O que é DSS**. DSSBR [portal], c2020. Disponível em: https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/. Acesso em: 22 jul. 2024.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa:** um estudo da Reforma Sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

IBGE - Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. **Despesa com bens e saúde entre 2010-2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

IPEA - Instituto De Pesquisa Econômica Aplicada. Gasto per capta com saúde aumentou 29,3% de 2015 a 2019. **IPEA (Gov.br)**, Brasília, 3 fev. 2022. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/11441-gasto-per-capita-com-saude-aumentou-29-3-de-2015-a-2019. Acesso em: 22 jul. 2024.

LIMA, J. B.; BRAVO, M. I. S. A privatização da saúde no município do Rio de Janeiro: o caso das Organizações Sociais de Saúde. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 7., 2015, **Anais...** [online], Maranhão: UFMA, 2015. Disponível em: https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/a-privatizacao-da-saude-no-municipio-do-rio-de-janeiro-o-caso-das-organizacoes-sociais-oss.pdf. Acesso em: 22 jul. 2024.

MARQUES, R. M.; FERREIRA, M. R. J. A situação financeira do SUS na pandemia de Covid-19. In: FILIPPON, J. *et al.* (orgs.). **Capitalismo, Austeridade e Saúde no Brasil** – perspectivas da economia política. São Paulo: Editora Hucitec: 2022. p. 96-116.

MENDES, A.; CARNUT, L. A política do capital na crise e o desmonte recente da saúde pública no capitalismo dependente brasileiro. In: FILIPPON, J. *et al.* (orgs). **Capitalismo, Austeridade e Saúde no Brasil** – perspectivas da economia política. São Paulo: Editora Hucitec: 2022. p. 56-95.

MORAES, L.; BAHIA, L. Organizações sociais de saúde: interseções entre o gerencialismo, a terceira via e o terceiro setor. In: FILIPPON, J. *et al.* (orgs). **Capitalismo, Austeridade e Saúde no Brasil** – perspectivas da economia política. São Paulo: Hucitec, 2022. p. 148-174.

OSBORNE, D.; GAEBLER, T. **Reinventando o governo**: como o espírito empreendedor está transformando o setor público. 2. ed. Brasília: MH Comunicação, 1994. cap. 1-4.

PESSOA, L. S. O SUS e a crescente mercantilização dos serviços de saúde no Brasil dos anos 2010. **Rev. Economia Contemporânea**, v. 27, p. 1-28, 2023.

PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L.C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 25, n. 5, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.159 /1413-81232020255.33972019. Acesso em: 22 jul. 2024.

ROSSI, P. O Brasil é refém da austeridade (prefácio). In: BLYTH, M. **Austeridade**: a história de uma ideia perigosa. São Paulo: Autonomia Literária, 2020. p. 11-16.

SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2303-2314, 2018.

VACCARO, S. B.; GOMES, T. S. **Terceirização da gestão na saúde pública**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2022.

GÊNERO E SAÚDE

12

PRÁTICAS EM SAÚDE E PRODUÇÃO DE SUJEITOS LGBTQIAPN+: ENFRENTANDO AS INIQUIDADES EM SAÚDE EM PERSPECTIVA INTERSECCIONAL

MARCO JOSÉ DE OLIVEIRA DUARTE, SABRINA PEREIRA PAIVA, BRUNE COELHO BRANDÃO E MAYARA DA SILVA SARAIVA

INTRODUÇÃO

Este capítulo, ao tomar as formulações críticas sobre as iniquidades em saúde, no campo de análise da determinação social da saúde, em perspectiva interseccional dos marcadores sociais das opressões e diferenças, como gênero, sexualidade e raça, tem por objetivo problematizar como o cisheterossexismo e o racismo são elementos constitutivos no processo social e histórico de produção de saúde-doença-sofrimento de pessoas que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, intersexo, assexuais, pansexuais, não-binários e mais (LGBTQIAPN+).

Essa população, historicamente vulnerabilizada e negligenciada pela estrutura da bionecropolítica do Estado capitalista neoliberal, também produz e incide, enquanto sujeito coletivo, na esfera pública no campo das políticas públicas e dos direitos, disputas, enfrentamentos e resistências. Assim, nos seus modos de subjetivação frente ao aniquilamento das suas subjetividades também imposto pelas práticas de saúde e pela clínica, afirmam produção de sujeitos vivos.

No campo da Saúde em particular, esse segmento populacional protagoniza, apesar das barreiras, entraves e discriminações institucionais, inclusive na prática dos próprios atores e atrizes organizacionais, a necessidade de afirmação da ampliação do conceito de saúde, nos marcos da determinação social, que incorpore, de

fato, a perspectiva da clínica ampliada nas práticas e redes de saúde no contemporâneo.

FORMULAÇÕES CRÍTICAS SOBRE INIQUIDADES EM SAÚDE E DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DA CONCEPÇÃO AMPLIADA DA SAÚDE E DA CLÍNICA AMPLIADA

O debate e a construção de estratégias e ações públicas que buscam a equidade em saúde é hoje um dos temas em voga no âmbito dos movimentos sociais, das políticas públicas, das instituições de saúde, dos setores acadêmicos e, até mesmo, da mídia. Entretanto, o fato de múltiplos setores reconhecerem a importância de reduzir as desigualdades e iniquidades em saúde não torna a discussão mais simples. Ao contrário, na miríade de publicações, reportagens, relatórios e projetos nacionais e internacionais a respeito do tema, revelam-se as diferentes concepções/explicações para as iniquidades em saúde, ancoradas em concepções divergentes sobre saúde e doença e sobre as formas de produzir cuidado em saúde.

Desde o último quartel do século XX, o interesse no estudo sobre as desigualdades sociais e seus efeitos sobre a saúde foi retomado e ressignificado em vários países do mundo, tanto nos meios acadêmicos quanto na agenda política. Ressaltamos que o crescimento exponencial desse interesse pode ser atribuído à maior visibilização e debate público sobre as várias opressões, violências, sofrimentos e adoecimentos causados pelas desigualdades de classe, raça/etnia, gênero, sexualidades, territoriais, em especial quando elas se relacionam e se sobrepõem.

Engendra-se um sistema que acumula opressões e iniquidades, que incide especialmente sobre a parcela mais vulnerável da população, que se encontra na base desse sistema, e que sente mais,

'na pele' e nos próprios corpos, os efeitos do sistema capitalista, neoliberal, racista, LGBTQIAPNfóbico, misógino e necropolítico operado também no interior do Estado e de suas instituições, em consonância com as necessidades do sistema opressor vigente. Mas, recuperando a lógica dialética, aquelas/es/os que sentem mais em seus corpos estão se movimentando e continuam atuantes pelas pautas e demandas sociais ligadas aos direitos sociais e aos direitos humanos. No campo da Saúde, o debate sobre equidade/iniquidade é reafirmado e complexificado.

Partimos da compreensão de que os fenômenos que se referem à saúde e à doença são sociohistoricamente determinados, não prescindindo do corpo enquanto instância biológica, mas (in)corporando os processos corporais, normais e/ou patológicos a partir de um olhar sobre esses corpos/pessoas/sujeites em interação social, cultural, econômica, política, afetiva, sexual etc. Partimos, particularmente, das formulações da Medicina Social latino-americana da década de 1970 enriquecidas pelas formulações sobre as desigualdades sociais e iniquidades em saúde, que brotaram no interior da sociedade, dos movimentos feministas, LGBTQIAPN+ e negros, do movimento sanitário e dos trabalhadores e pesquisadores da saúde pública/coletiva.

A abordagem sugerida pela Medicina Social latino-americana consiste na compreensão de que a produção de saúde e doença no interior das sociedades deve priorizar o plano coletivo, recolocando a problemática da relação entre o processo social e o processo biológico a partir da perspectiva da 'determinação' (Laurell, 1983; Breilh, 1991). Essa visão sobre a saúde/doença como determinada e resultante de um processo social traduziu-se na reinterpretação de suas causas, fazendo uma crítica ao modelo da história natural das doenças, que tratava os estados de adoecimento como se fossem estáticos, passíveis de abstração formal, e partindo para o entendimento de seu caráter dinâmico, como parte integrante do movimento geral da vida social (Breilh, 1991).

Dos aspectos que dizem respeito às desigualdades e iniquidades entre grupos populacionais em termos de saúde e doença,

enfatizamos aqui o entrelaçamento de raça, gênero e sexualidade, visando apresentar elementos que caminhem na direção da superação da hegemonia biomédica e da fragmentação que retroalimenta as iniquidades no sistema de saúde, compreendendo que esse ainda opera na perspectiva cisheteronormativa, racista e machista.

Assim, ao considerarmos o conceito de equidade/iniquidade em saúde em uma perspectiva interseccional, estamos partindo da compreensão de que a desigualdade é produzida pelo próprio processo social, ou seja, que o acesso a bens e serviços e a um dado nível de saúde está fortemente determinado pela posição/lugar que as pessoas ocupam na organização social. Considerando essas desigualdades, os indivíduos expressam diferentes necessidades, e, portanto, a simples partilha igualitária dos recursos não atenderia, obrigatoriamente, a essas necessidades.

Nesse sentido, quando tratamos dos vários níveis e formas de vulnerabilidade existentes nos grupos populacionais, estamos entendendo o conceito de vulnerabilidade, conforme foi representado por Ayres e colaboradores (2003), constituído por três dimensões, sendo estas a individual (valores, interesses, conhecimentos, atitudes, redes e suportes sociais), a social (relações de raça/etnia, entre gerações, acesso aos direitos sociais, participação social e política) e a programática (definição de políticas específicas, planejamento e avaliação de políticas, controle social, ações intersetoriais etc.).

Retomamos o Relatório da Comissão da Organização Pan-Americana da Saúde sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas publicado em 2019, no qual foi reafirmado que grande parte da precariedade da situação de saúde é determinada socialmente. Fatores como posição socioeconômica, raça/etnia, gênero, orientação sexual, condição de deficiência e situação de migrante (isolados ou em combinação) são determinantes das graves desigualdades na saúde ao longo da vida. A análise também revela que outros fatores estruturais, como a mudança climática, as ameaças ambientais, a relação das pessoas com a terra, bem como o impacto contínuo do colonialismo e do racismo, também são elementos a

serem considerados na análise da situação de saúde. Nesse documento, foram apresentadas 12 recomendações para se atingir equidade em saúde, que envolvem fatores estruturais (iniquidades de poder, riqueza e recursos), condições de vida num sentido amplo e a governança para a equidade e respeito e proteção aos direitos humanos. Observamos que o pressuposto que acompanha tais recomendações é o de que elas devem se desenvolver por meio de ações coordenadas que abordem de forma interseccional os elementos que determinam os processos saúde/doença (OPAS, 2019).

INTERSECCIONALIDADE DOS MARCADORES SOCIAIS DAS OPRESSÕES E DIFERENÇAS: GÊNERO, SEXUALIDADE E RAÇA

A palavra interseccionalidade popularizou-se nos primeiros anos do século XXI no Brasil, passando a ser utilizada por atores e atrizes sociais, como pesquisadoras/es, militantes/ativistas e profissionais de diversos campos públicos e políticos. O termo ganhou repercussão a partir das contribuições do feminismo negro, com destaque para a professora, jurista e ativista estadunidense Kimberlé Williams Crenshaw, que denunciou a impossibilidade de dissociação das lutas antirracista e antipatriarcal.

Embora não haja um consenso teórico quanto à sua definição, podemos afirmar que, de forma mais geral, a interseccionalidade constitui uma importante ferramenta analítica ou uma espécie de "lente" a partir da qual podemos enxergar e compreender as relações de poder e desigualdade, nas suas mais diversas expressões.

> A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as

> categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas (Collins; Bilge, 2021, p. 16).

Segundo Akotirene (2019), as contribuições teóricas e políticas de mulheres negras, em sua crítica ao feminismo branco e colonial, fincaram as bases para o surgimento da interseccionalidade, enquanto ferramenta teórico-metodológica de apreensão dos processos de opressão e exploração que incidem em uma sociedade marcada pela diversidade.

> A interseccionalidade permite às feministas criticidade política a fim de compreenderem a fluidez das identidades subalternas impostas a preconceitos, subordinações de gênero, de classe e raça e às opressões estruturantes da matriz colonial moderna da qual saem (Akotirene, 2019, p. 24).

Nesse sentido, em uma sociedade cisheteropatriarcal-racista-capitalista[1], marcadores sociais como o gênero, a raça, a orientação sexual, a classe, entre outros, exercem forte influência nas vivências e nas relações sociais dos sujeitos e grupos, inclusive no que diz respeito ao acesso aos direitos civis, sociais e às políticas públicas em geral.

Entretanto, não se trata de hierarquizar tampouco de somar tais marcadores na análise das relações. Isso porque sistemas de opressão e exploração, como o racismo e a LGBTQIAPNfobia, por exemplo, incidem de formas diferentes na vida dos sujeitos. Em determinados

1. Partimos da compreensão de que cissexismo, heterossexismo, patriarcado e racismo, embora possuam especificidades enquanto sistemas de opressão e exploração, estão articulados e intrinsecamente imbricados na conformação no capitalismo.

momentos da vida social, um homem cis[2] gay poderá sofrer mais os rebatimentos do racismo, em outros, os da homofobia, embora ambos estejam sempre presentes.

Se incluirmos a dimensão da classe em nossa análise, veremos que essa pode preponderar em muitos contextos. Se tomarmos, como exemplo, o caso de duas mulheres negras, uma de classe média alta e a outra pobre e moradora da periferia, não será difícil imaginar que, embora ambas sejam negras, serão vitimadas pelo racismo de maneiras distintas. Nesse sentido, em uma abordagem interseccional, precisamos analisar, em cada contexto, quais marcadores exercem maior influência na vida dos sujeitos no que diz respeito à obstaculização dos direitos e à produção das desigualdades.

> Mulher + negra + nordestina + trabalhadora + travesti + gorda, segundo a metodologia de Patricia Hill Colllins, trata-se de visão interseccional inválida ao projeto feminista negro. A interseccionalidade impede aforismos matemáticos hierarquizantes ou comparativos. Em vez de somar identidades, analisa-se quais condições estruturais atravessam corpos, quais posicionalidades reorientam significados subjetivos desses corpos, por serem experiências modeladas por e durante a interação das estruturas, repetidas vezes colonialistas, estabilizadas pela matriz de opressão, sob a forma de identidade (Akotirene, 2019, p. 27).

Sabemos que a dimensão da classe, por exemplo, exerce forte influência na questão da saúde, tanto em relação aos processos de adoecimento físico e sofrimento mental, como no acesso às ações de prevenção e de tratamento de doenças e transtornos. Em uma concepção ampliada de saúde, entendemos que fatores como a renda, o desemprego, a educação, as condições de moradia, a insegurança alimentar, a exclusão e o meio ambiente são condicionantes sociais da saúde que impactam diretamente na forma como os sujeitos e grupos acessam esse direito.

2. Forma contraída de cisgênero.

No que se refere à saúde mental da população LBGTQIA+, para além das questões econômicas que, de certa forma, são comuns à toda a classe trabalhadora, sabemos que esses sujeitos ainda são vitimados por um conjunto de violências que são perpetradas em todos os espaços, família, escola, posto de saúde, entre outros. Tais violências e seus efeitos nos sujeitos (Duarte, 2023a) são precedidas e acompanhadas por discursos de ódio, que se naturalizam nas relações cotidianas por meio de ideologias heterossexistas e cissexistas.[3]

> Chama-se a atenção que a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incidem na determinação social da saúde, ao desencadear processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura decorrentes do preconceito, da discriminação e do estigma social ao qual estão expostas LGBT (DUARTE, 2015). Assim, destaca-se que o processo social de saúde sofrimento-doença e cuidado de LGBT não deve ser visto de forma isolado, pois é constitutivo na forma como esses sujeitos são vulnerabilizados pela LGBTfobia (Duarte, 2021, p. 137).

Ainda em 2024, observamos que, quando se trata da saúde da população LGBTQIAPN+, grande parte das ações e campanhas que são realizadas junto a esse público estão centradas em apenas dois eixos: 1) a prevenção e o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST), especialmente do HIV/Aids[4]; e 2) a realiza-

3. O cissexismo pode ser definido como uma "ideologia, resultante do binarismo ou dimorfismo sexual, que se fundamenta na crença estereotipada de que características biológicas relacionadas a sexo são correspondentes a características psicossociais relacionadas a gênero. O cissexismo, ao nível institucional, redunda em prejuízos ao direito à auto-expressão de gênero das pessoas, criando mecanismos legais e culturais de subordinação das pessoas cisgênero e transgênero ao gênero que lhes foi atribuído ao nascimento. Para as pessoas trans em particular, o cissexismo invisibiliza e estigmatiza suas práticas sociais" (Jesus, 2012, p. 30).
4. HIV, do inglês *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana), é um lentivírus que está na origem da AIDS, do inglês *Acquired*

ção do processo transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde (PT/SUS). Sem querermos deslegitimar ou conferir menos importância a essas iniciativas, nos perguntamos: como tem se dado o acesso dessa população aos demais serviços de saúde?

Luciano Palhano, homem trans e palestrante em um evento científico sobre diversidade trans de uma das mesas do Seminário Serviço Social e Diversidade Trans: Exercício profissional, orientação sexual e identidade de gênero em debate, evento realizado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) no ano de 2015, em São Paulo, menciona que um dos principais desafios encontrados pela população trans na atualidade reside no fato de que, via de regra, as políticas públicas são pensadas dentro de uma lógica binária (homem-mulher) e cisgênera. Em sua fala, cita vários casos reais em que os corpos trans são invisibilizados nas políticas de atendimento às/aos usuárias/os (CFESS, 2020). Dentre eles, destacamos o caso abaixo:

> Na saúde, temos o caso de um menino trans que está com câncer de mama. Eu até escrevi para o Ministério da Saúde sobre esse caso, pedindo socorro. Ele fez várias cirurgias. Eu fico procurando ajuda, porque as políticas públicas não dão conta. O que motivou a procura de ajuda foi o fato de ele ter sido encaminhado para um hospital de referência da mulher aqui em São Paulo, o Pérola Byington. Ele foi tratado na maioria do tempo como mulher. Então, a pessoa que está vulnerável, porque está com câncer, e precisa de um tratamento especializado, ainda tem que passar pelo constrangimento de pedir para ser respeitado como homem num hospital de referência da mulher.

Isso é de um constrangimento que, às vezes, não conseguimos medir. Você ter que, na sua vulnerabilidade, com câncer, precisando

---

Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), doença do sistema imunológico humano.

de tratamento e ter que chegar e falar: "Olha, eu estou aqui, mas eu não sou mulher, então não me trata como mulher". Esse foi o primeiro aspecto que dificultou muito o processo de tratamento dele (CFESS, 2020, p. 129)[5].

No relato, identificamos que a invisibilização dos corpos trans dialoga com uma lógica cissexista e binária, que obstaculiza o acesso de uma população já vulnerabilizada ao direito à saúde. Em outras palavras, consideramos que as atuais políticas de atenção e saúde à população LGBTQIAPN+ ainda não são pensadas de modo a contemplar as particularidades dos corpos de pessoas trans.

Já quando falamos sobre população negra, não podemos deixar de considerar que os séculos de escravidão no Brasil influenciaram negativamente a forma como esse contingente populacional foi inserido na sociedade. Esse processo histórico resultou na desigualdade de acesso desses sujeitos ao mercado de trabalho, bem como às políticas de educação, saúde, habitação etc.

No que tange ao direito à saúde, segundo informações da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, pessoas negras têm menos acesso aos serviços de saúde como um todo, o que envolve desde a realização de consultas médicas, até o acesso a medicamentos (Brasil, 2017).

Já segundo o Boletim Temático da Biblioteca do Ministério da Saúde, mulheres negras são as mais vitimadas pela violência obstétrica, tanto nas instituições públicas, como nas privadas (Brasil, 2022). Ainda segundo o Boletim, o racismo também tem efeitos deletérios sobre a saúde mental dessa população.

> Os modos de adoecer e morrer da população negra Brasil refletem contextos de vulnerabilidade expressos em iniquidades em saúde.

5. Trata-se da exposição do referido homem trans ativista à mesa no "Seminário serviço social e diversidade trans: exercício profissional, orientação sexual e identidade de gênero em debate", evento realizado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em São Paulo, em 2015. O compilado das palestras das/os participantes pode ser conferido integralmente em CFESS (2020).

> O racismo causa impactos danosos que afetam significativamente os níveis psicológicos e psicossociais de qualquer pessoa. Geram efeitos que incidem diretamente no comportamento das pessoas negras que normalmente estão associados à humilhação racial e à negação, que podem levar diversas consequências, inclusive às práticas de suicídio (Brasil, 2022, n/p).

Até aqui, vimos que a interseccionalidade constitui uma importante ferramenta para o entendimento de que gênero, raça e classe, por exemplo, "não se manifestam como entidades distintas e mutuamente excludentes" (Collins; Bilge, 2021, p. 17). Pelo contrário, tais dimensões, constitutivas da vida dos sujeitos e da realidade social, aparecem imbricadas e, por vezes, unificadas.

Vimos, também, que a compreensão dos marcadores de gênero, raça, classe, geração, nacionalidade etc. é imprescindível para a análise das relações de opressão e exploração que incidem na vida dos sujeitos e grupos. Todavia consideramos importante destacar que a origem dessas relações não deve ser buscada na análise dos marcadores em si, mas na forma como esses são apropriados na dinâmica de um sistema cisheteropatriarcal-racista e na maneira como essa apropriação resulta na produção das desigualdades.

PRODUÇÕES DE SAÚDE E VULNERABILIDADES: UMA PRÁTICA HISTORICIZADA E POLÍTICA

Dentro do campo da Saúde, o paradigma biomédico é o saber ainda legitimado e que coloca ênfase na primazia do corpo e dos processos fisiológicos. A crítica, principalmente baseada na visão biopsicossocial do sujeito (Nepomuceno; Ximenes, 2015), é a perspectiva reducionista de indivíduo que se processa, sem localizá-lo frente a questões sociais, históricas e políticas. Com efeito, temos a

produção de certas políticas e práticas em saúde que invisibilizam outras, dentre os quais operam processos de inequidade em saúde.

A Saúde Coletiva, a partir de seu contraponto, emerge como uma nova perspectiva (Carvalho, 2015; Saforcada; Alves, 2015). Fortalecendo os princípios da visão integral dos usuários, seu foco é na atenção multidisciplinar. Enquanto novo paradigma que vai ganhando força, ela se sobrepõe ao campo da Saúde, trazendo metaexplicações autossuficientes acerca dos processos de saúde-doença e da intervenção (Campos, 2000). Além disso, sua capacidade de crítica e reconstrução dos saberes e processos de construção de saúde é um pressuposto que desloca certos lugares hegemônicos de poder. Contudo, mesmo a Saúde Coletiva sendo um avanço do ponto de vista biopsicossocial e com capacidade de autocrítica, ela é considerada de natureza primordialmente médica (Saforcada; Alves, 2015).

Trazendo para jogo as relações de poder que as Ciências da Saúde ao longo da história mantiveram com as populações marginalizadas, como podemos redefinir nosso conceito de saúde? As definições se borram e se imbricam com a participação popular em saúde, buscando entender suas produções de sentido cotidianas (Spink; Medrado; Mello, 2014) para construir coletivamente estratégias de saúde que possibilitem o protagonismo das comunidades. Alguns autores e algumas autoras (Fine *et al.*, 2004; Adrião, 2015; Carvalho, 2015; Saforcada; Alves, 2015) apontam o paradigma da saúde comunitária como uma forma de garantir a politização de tal concepção. Isso seria possível através da participação da comunidade no gerenciamento da sua própria saúde, desde a microação individual até a participação democrática e popular na elaboração de políticas públicas em saúde.

Não obstante, como considerar as produções de sentido que usuários atribuem a seus processos de saúde e as políticas específicas para populações em situação de vulnerabilidade? Como fomentar o protagonismo dos movimentos sociais em relação a contingências sociais, históricas e políticas que impactam de forma distinta nos corpos? A concepção de vulnerabilidade estática acaba por

naturalizar os recortes de classe, raça, gênero e território, reduzindo a complexidade e especificidade de suas produções. Caminhamos, assim, no sentido de problematizar como os diversos marcadores que atravessam os sujeitos possibilitam a construção de novas práticas sociais (Jesus, 2015) em sua interconexão com o conceito de vulnerabilidade – localizadas nos sujeitos a partir de suas gramáticas de não reconhecimento de suas especificidades em saúde.

Retomando as problematizações de Crenshaw (2002, p. 177) de que "a interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação", podemos pensar para além de dimensões isoladas e mecanicistas das opressões e buscar entender questões concernentes à racialidade inscritas nos regimes de verdade, produzindo silêncios em nosso país enquanto lugares privilegiados que eclipsam as relações raciais (Carneiro, 2005; Silveira; Nardi, 2014). As dinâmicas decoloniais postas para nós, no sentido de uma construção de uma prática em saúde que tenha um comprometimento político, partem do princípio de reconhecer a postura colonizadora, colocada aqui a partir da cisnormatividade e da branquitude, *versus* a dos sujeitos colonizados, ou seja, os corpos não-normativos, que escapam aos critérios nosológicos que a cisgeneridade também deseja manter (Bagagli, 2016) e que foram historicamente racializados em investiduras colonizadoras das subjetividades (Lima; Oliveira; Santos, 2023).

Tal concepção engessada de saúde opera uma construção de sujeito em seu lugar essencialista, um lugar fora da história e da cultura, como um corpo dado, como corpo e identidade de referência. Assim, cabe nos questionar sobre essas categorias de maneira estrutural e estruturante: o que estrutura quem é sujeito e quem é o outro nos regimes de vulnerabilidade?

Tomando os estudos transfeministas interseccionais, decoloniais e *queer*, reconhecemos a maneira que os marcadores sociais impactam as produções de vulnerabilidades no campo da Saúde, não reduzindo a discussão para questões de gênero ou de uma

concepção de soma de vulnerabilidades (Jesus, 2015). Indo além, vale ressaltar, como as práticas em saúde ainda são historicamente atravessadas pelo masculino (Haraway, 2009; Anzaldua, 2009; Spivak, 2010) e pela branquitude (Lima; Oliveira; Santos, 2023). As epistemologias pajubás e travestis contribuem para o debate ao acrescentar o olhar da cisgeneridade para a colonização dos corpos e subjetividades (Favero, 2020; Gonçalves Jr; Oliveira; Benevides, 2020). Nesse sentido, a branquitude, o capitalismo, o capacitismo e a cisgeneridade são engrenagens da estrutura colonial (Pfeil B.; Pfeil C., 2022) que atuam mutuamente sob os sistemas de saúde.

Partindo dessa premissa, esse conceito de saúde ampliada e localizada a partir das experiências dos sujeitos deve fomentar um olhar analítico para se compreender as nuances dinâmicas das vulnerabilidades ao trazer as múltiplas posições de sujeito que as pessoas ocupam nos contextos de saúde. Trabalhar com a produção localizada de subjetividades e suas relações com o poder traz dimensões políticas e sociais para entender o campo da Saúde como território de disputas políticas a partir das relações étnico-raciais, de gênero e sexualidade, para citar alguns elementos estruturais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar sobre as iniquidades em saúde significa se ater aos múltiplos sistemas produtores de desigualdades e seus rebatimentos nos corpos, nas relações sociais, nas políticas e nas instituições de saúde. E mais do que isso, implica em definirmos formas, estratégias e políticas que busquem considerar essas desigualdades e suas interseccionalidades, traduzindo em novas formas de acolhimento, itinerários terapêuticos e relações entre as pessoas que buscam os serviços de saúde e aquelas que pensam projetos, programas e políticas e trabalham para operar o cuidado às pessoas.

De certa forma, parte dessa tarefa foi realizada quando aprovamos políticas específicas para as populações mais vulneráveis, como as populações negra, indígena, LGBTQIAPN+, em situação prisional etc. Mas, porque entendemos enquanto processo social em construção, compreendemos que é preciso fortalecer e reafirmar os pressupostos aqui expostos, bem como os caminhos e possibilidades plurais de clínicas ampliadas que podem ser operadas no cotidiano dos serviços.

Como uma das diretrizes colocadas pela Política Nacional de Humanização, a ideia de clínica ampliada propõe transformações e/ou qualificações no modo de operar o cuidado em saúde. Supõe que busquemos formas de ampliar a autonomia dos usuários dos serviços de saúde, da família e da comunidade. E também que estejamos abertos e mais integrados aos territórios de vida das pessoas, grupos e coletivos que buscam os serviços de saúde, buscando um cuidado e tratamento de acordo com as necessidades das pessoas, grupos e comunidades, construindo vínculos, redes e possibilidades de atuação diante das situações apresentadas no cotidiano dos serviços de saúde (Brasil, 2004, 2013).

Nesse sentido, consideramos adequada a incorporação da perspectiva interseccional, conforme nos sugeriu Collins e Bilge (2021), como uma ferramenta analítica, que se conectada à perspectiva da determinação social do processo saúde e doença (Fleury-Teixeira, 2009) e da clínica ampliada (Brasil, 2004, 2013). O que nos ajuda, portanto, na produção de diagnósticos mais amplos sobre a situação de saúde e doença, bem como de estratégias que visem arrefecer as iniquidades em saúde, como aquelas que se expressam pela cisheteronormatividade, racismo, misoginia etc., sendo esses sistemas de opressão pensados em relação, de forma imbricada e intrincada, interagindo e produzindo diferentes níveis de hierarquias e iniquidades em saúde.

Desse modo, deve-se levar em consideração como o saber-poder e as práticas científicas produzem nossas concepções de saúde e quem se promove por ela, sendo atravessadas por concepções

colonizatórias de raça, gênero, sexualidade, classe, território e geração. Portanto, como ferramentas de ruptura dessa lógica pautada no saber biomédico e neutralidade temos os aportes teóricos dos estudos construcionistas e pós-estruturalistas, juntamente com o feminismo negro interseccional (Collins, 2022) e transfeminista (Jesus, 2015; Nascimento, 2021; Simakawa, 2015; Favero; Marini; Senna, 2023), como decoloniais (Anzaldua, 2009) e *queer* (Duarte; Ferreira, 2024).

Assim, em uma perspectiva ético-política de produção do cuidado singular, toma-se, nas práticas de saúde, a subjetividade de usuárias/os/es sem a tutela da ordem médica, mas em gramáticas de reconhecimento do outro no mundo (Diniz, 2007; Moreira *et al.*, 2022). Isso se coloca no sentido de reconhecer e problematizar as iniquidades (Duarte, 2023b), as estruturas decorrentes e as normativas impostas pelo binarismo, capacitismo, racismo, cisheterossexismo e branquitude, que atravessam os acessos e os itinerários de LGBTQIAPN+ pelos diversos serviços de saúde, de modo a politizar e de implicar com nas atuações e intervenções profissionais no campo da Saúde Coletiva e de fortalecimento do SUS.

REFERÊNCIAS

ADRIÃO, K. G. Feminismo, Psicologia, e Justiça social: um encontro possível? Uma entrevista com Michelle Fine. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 3, p. 479-486, 2015.

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. Coleção Feminismos Plurais. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

ANZALDUA, G. Como domar uma língua selvagem. **Cadernos de Letras da UFF** - Dossiê: difusão da língua portuguesa, Niterói, n. 39, p. 305-318, 2009.

AYRES, J. R. C. M. *et al*. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção em saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BAGAGLI, B. P. A diferença trans no gênero para além da patologização. **Revista Periódicus**, Salvador, v. 1, n. 5, p. 87-100, 2016.

BRASIL. **HumanizaSUS**. Política Nacional de Humanização - a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **HumanizaSUS**. Política Nacional de Humanização (PNH). 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política do SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Boletim Temático da Biblioteca do Ministério da Saúde**, Brasília, v. 2, n. 11, nov., 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/boletim_tematico/populacao_negra_novembro_2022.pdf. Acesso em: 13 set. 2024.

BREILH, J. La epidemiología (crítica) latinoamericana: análisis general del estado del arte, los debates y desafios actuales. In: FRANCO, S. *et al*. (ed.). **Debates en medicina social**. Ecuador: OPS/ALAMES, 1991. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n. 92)

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, jul./dez. 2000.

CARNEIRO, A. S. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. 2005. 339f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CARVALHO, J. E. C. Saúde comunitária e políticas públicas de saúde: contribuições para a construção de uma saúde coletiva com compromisso com trabalhadores e participação das comunidades. In: SARRIERA, J. C.; SAFORCADA, E. T.; ALFARO, J. **Perspectiva psicossocial em saúde comunitária**: a comunidade como protagonista. Porto Alegre: Sulina, 2015.

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social. **Seminário nacional de serviço social e diversidade trans**: exercício profissional, orientação sexual e identidade de gênero em debate. Brasília: CFESS, 2020. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/2020Cfess-LivroSeminarioTrans2015-Site.pdf. Acesso em: 13 set. 2024

COLLINS, P. H. **Bem mais que ideias** - a interseccionalidade como teoria social crítica. São Paulo: Boitempo, 2022.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero (Trad. Liane Schneider e revisão de Luiza Bairros). **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, 171-188, jan./jun., 2002.

DINIZ, D. **O que é deficiência?** São Paulo: Editora Brasiliense, 2007.

DUARTE, M. J. O. A política de saúde LGBT no SUS: contribuições para o serviço social. In*:* MORAES, C. A. de S. (org.). **Serviço social e trabalho profissional na área da saúde**. Uberlândia: Navegando, 2021.

DUARTE, M. J. O. Sexualidades dissidentes, violência e saúde mental: questões para a política de saúde LGBT. In: GARCIA JR, C. A. S.; CECCON, R. F. (org.). **Violência e saúde mental**: desafios contemporâneos. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2023a.

DUARTE, M. J. O. Diversidade sexual e de gênero e iniquidades em saúde: violências LGBTfóbicas e saúde LGBT+. In: SODRÉ, F.; ANDRADE, M. A. C.; ROCCON, P. C. (org.). **Saúde coletiva**: temas emergentes e análises transdisciplinares. Vitória: EDUFES, 2023b. (Coleção Pesquisa UFES, 60)

DUARTE, M. J. O.; FERREIRA, G. G. Feminismos, movimentos queer e Serviço Social: aproximações e enlaces. In: DUARTE, M. J. O. *et al.* (org.) **Feminismos, interseccionalidades e serviço social.** São Paulo: Hucitec, 2024.

FAVERO, S. Por uma ética pajubariana: a potência epistemológica das travestis intelectuais. **Equatorial** – Revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Natal, v. 7, n. 12, p. 1-22, 2020.

FAVERO, S.; MARINI, M.; SENNA, A. Uma teoria psicológica transfeminista: sobrevivendo aos escombros da saúde mental brasileira. **Psicologia**: Ciência & Profissão, Brasília, n. 43, p. e243741, 2023.

FINE, M. *et al*. Participatory action research: From within and beyond prison bars. In: WEIS, L.; FINE, M. **Working method**: research and social justice. New York: Routledge, 2004.

FLEURY-TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 380-387, 2009.

GONÇALVES JR, S. W. Y. P.; OLIVEIRA, M. R. G.; BENEVIDES, B. Manifestações textuais (insubmissas) travesti. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 3, set./dez., 2020.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. (Trad. Mariza Corrêa). **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 5, p. 7-41, 2009.

JESUS, J. G. de. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. 2. ed. Brasília: Fundação Biblioteca Nacional, 2012.

JESUS, J. G. de. Interlocuções teóricas do pensamento transfeminista. In: JESUS, J. G. de (org). **Transfeminismo**: teorias e práticas. Rio de Janeiro: Metanoia, 2015.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (org.). **Medicina Social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983.

LIMA, F.; OLIVEIRA, L. R. de; SANTOS, A. de O. A sociogenia fanoniana e a formação em psicologia: uma aposta clínica política e negra. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 35, p. e277053, 2023.

MOREIRA, M. C. N. *et al*. Gramáticas do capacitismo: diálogos nas dobras entre deficiência, gênero, infância e adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 3949-3958, out. 2022.

NASCIMENTO, L. **Transfeminismo**. São Paulo: Jandaíra, 2021.

NEPOMUCENO, B. B.; XIMENES, V. M. Pobreza e saúde mental: determinações do processo saúde-doença de usuários de um CAPS no nordeste do Brasil. In: RONZANI, T. M.; SARTES, L. M. A.; PERUCCHI, J. **Psicologia e Saúde**: contribuições e desafios. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2015.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Sociedades justas:** equidade em saúde e vida com dignidade. Relatório da Comissão da Organização Pan-Americana da Saúde sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas. Washington, D.C.: OPAS, 2019.

PFEIL, B. L.; PFEIL, C. L. A cisgeneridade em negação: apresentando o conceito de ofensa da nomeação. **Revista de Estudos em Educação e Diversidade – REED**, Vitória da Conquista, v. 3, n. 9, p. 1-24, 2022.

SILVEIRA, R. S.; NARDI, H. C. Interseccionalidade gênero, raça e etnia e a lei Maria da Penha. **Psicologia & Sociedade**, Rio de Janeiro, n. 26, p. 14-24, 2014.

SIMAKAWA, Viviane Vergueiro. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes:** uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade. 2015. 244f. Dissertação (Mestrado em Cultura e Sociedade) - Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B.; MELLO, R. P. Vinte e cinco anos nos rastros, trilhas e riscos de produções acadêmicas situadas. In: SPINK, M. J. *et al.* (org.). **A produção de informação na pesquisa social:** compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein, 2014.

SPIVAK, G. C. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

SAFORCADA, E.; ALVES, M. M. Saúde comunitária: do novo paradigma às novas estratégias de ação em saúde. In: SARRIERA, J. C.; SAFORCADA, E. T.; ALFARO, J. **Perspectiva psicossocial em saúde comunitária:** a comunidade como protagonista. Porto Alegre: Sulina, 2015.

13

LEVANDO A SÉRIO OS SUJEITOS: SOBRE A NECESSIDADE DE DES-CIS-HETEROSSEXUALIZAR O SUS

MARCOS AURÉLIO DA SILVA, ANA PAULA GIOSTRI DE ANDRADE
E RAYSSA KARLA DOURADO PORTO

Um dos muitos desafios das pesquisas das Ciências Humanas em Saúde tem sido se colocar na interface entre os sujeitos-alvos de políticas públicas e o Estado produtor dessas políticas. Pensar em tais questões é considerar o campo da Saúde como um lugar de produção de sujeitos, pelo Estado e pelos próprios sujeitos em suas políticas de autorreconhecimento. A Saúde Pública como uma tecnologia de gênero, que cria exclusões e apagamentos (Foucault, 1976, 1979), será aqui defendida enquanto Saúde Coletiva, que, em seus desenvolvimentos das últimas décadas, deve ser vista como uma arena de lutas e de diálogos com os movimentos sociais. A discussão parte de teorias e pesquisas realizadas a partir do campo da Antropologia da Saúde e sugere que o *modus operandi* de tais pesquisas pode ser apropriado tanto pelo campo das Ciências Humanas em Saúde quanto aos próprios procedimentos que compõem as políticas do Sistema único de Saúde (SUS), mais especificamente àqueles que compõem as portarias voltadas à atenção integral à saúde da população LGBT.

Desde 2018, realizamos, através do Núcleo de Antropologia e Saberes Plurais (NAPlus), a pesquisa "Territórios marginais, políticas da vida e conflitos de saberes: itinerários terapêuticos da população LGBT da Baixada Cuiabana", reunindo trabalhos sobre a relação desses sujeitos com os serviços de saúde já implantados ou os demandados por eles/elas em suas reivindicações políticas. A partir de suas narrativas, investigamos os itinerários de homens e mulheres *trans*, travestis, lésbicas, gays e bissexuais – com muitas aspas para lembrar o quanto tais categorias são provisórias ou estão sob rasura

(Hall, 2008). Essas pesquisas, que contam com a participação de professores e discentes das pós-graduações em Antropologia Social e Saúde Coletiva, também buscam se alinhar aos projetos em vigência no Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT) Brasil Plural (UFSC/UFAM/UFMT), no qual integramos a rede de pesquisa "Saúde: Práticas Locais, Experiências e Políticas Públicas[1]".

A partir desses trabalhos, queremos pensar aqui as contribuições, inovações e impactos da pesquisa antropológica nas políticas públicas, principalmente na pesquisa realizada sobre a implantação de políticas de atenção à saúde da população LGBT em Cuiabá, como a que culminou no projeto de implantação do ambulatório do processo transexualizador – uma promessa ainda a ser cumprida no âmbito do Hospital Universitário Júlio Müller. Assim, as contribuições da pesquisa em Antropologia da Saúde que serão ressaltadas são construídas a partir das próprias características da produção do conhecimento etnográfico que produzimos em campo, nas relações com nossos sujeitos de pesquisa, indo além do clássico "estar junto" da observação participante e se configurando como um "pensar com" os sujeitos da pesquisa e suas visões dos processos nos quais estão inseridos (Fonseca, 1999).

Sendo o objetivo central de nossos projetos pensar como a constituição de sujeitos em seus devires na cidade pressiona as políticas públicas, principalmente no campo da Saúde, eles desafiam os conhecimentos e práticas biomédicas e o próprio conhecimento acadêmico em geral. Ou seja, não nos interessa aqui desvendar ou explicar as vivências LGBTs. Nosso olhar se dirige às políticas públicas, ao SUS, ao Estado e a seus gestores em suas limitações e necessidades de avanço para que se coloque em prática o que se defende há mais de

1. Mais especificamente o projeto de pesquisa "Cuidados de si e políticas da vida: políticas públicas e experiências sociais no campo da saúde e da cidadania no Brasil", coordenado pela professora Dra. Sônia Weidner Maluf (UFSC). Um dos objetivos dessa rede de pesquisa é colocar em tensão os saberes biomédicos estatais e dos sujeitos atingidos ou pressupostos pelas políticas públicas.

70 anos, via Organização Mundial de Saúde (OMS), como conceito amplo de saúde, ou seja, o bem-estar integral e não apenas a ausência de doenças.

Para exemplificar as possibilidades que a pesquisa antropológica apresenta para os procedimentos e protocolos no campo da saúde, trazemos uma parte significativa desta pesquisa, referente aos homens e mulheres trans, suas narrativas, demandas no campo da Saúde e seus itinerários terapêuticos. A pesquisa tem mostrado que componentes da pesquisa de campo, como as narrativas e histórias de vida, que se coadunam com aspectos característicos da vivência desses sujeitos, colocam em xeque a dinâmica dos laudos que buscam uma "transexualidade verdadeira" (Borba, 2016). Além disso, pretendemos reconhecer aqui o valor terapêutico de algumas demandas apresentadas pelos sujeitos da pesquisa, em relação ao direito ao nome social. Pensar no valor terapêutico desse direito é tomar o nome como algo a mais do que uma simples identificação, mas como uma interpelação que remete a uma história corporificada – a partir da qual é possível pensar na agressão do uso forçado de um nome de registro de nascimento, como ainda acontece nos serviços de saúde.

DOS LAUDOS ÀS NARRATIVAS

Quando nos utilizamos das narrativas, é importante levar em conta a narratividade dos sujeitos, o que, no caso dos homens e mulheres *trans* – e também de travestis como outras pesquisas já mostraram (Maluf, 2002) –, é um componente importante de suas produções de subjetividades ou construções como sujeitos. Essa narratividade é um componente da produção identitária, uma vez que o desenrolar narrativo parece dar conta dos devires produzidos ao longo de uma trajetória, não suscitando dúvidas em relação à "verdade da transexualidade".

Assim, as pesquisas antropológicas se constituem como lugar de

diálogo e de troca entre pesquisador e pesquisados, se constituindo também como um momento em que esses sujeitos refletem sobre si mesmos – até porque as narrativas, como já mostraram Langdon (1994) e Maluf (2005), entre outras, não apontam apenas a um passado vivido, mas apontam sempre para um presente ou mesmo futuro sempre abertos, em construção. Mais que isso, elas podem se colocar dentro das terapêuticas e protocolos que compõem o processo transexualizador do SUS, para além dos laudos psiquiátricos ou psicológicos, que muitas vezes se baseiam em padrões heteronormativos de gênero e sexualidade para atingir essa "verdade" (Borba, 2016).

Tomamos como metodologia privilegiada para esta pesquisa a narrativa a partir do escopo da Antropologia da Saúde (Maluf, 1993, 2005; Langdon, 1994). Tal método é uma oportunidade de se pensar na singularidade dos sujeitos e suas experiências, sem deixar de pensá-los a partir da coletividade que se atualiza em seus discursos e práticas (Ortner, 2007). Dessa forma, a singularidade das experiências não nos impossibilita de pensar em algumas regularidades que marcam as vidas *trans*, ou, como diria Cláudia Fonseca (1999), "cada caso NÃO é [apenas] um caso".

Ainda no início da pesquisa, tivemos a oportunidade de acompanhar a transição de Adriano (nome fictício). As experiências de um homem trans, narradas por Adriano, se dão no contexto da cidade de Cuiabá. É nessa urbanidade que Adriano performa sua transição, produzindo novas significações e interagindo com outras que lhe são atribuídas. A família, a vizinhança, a comunidade católica que assiduamente frequentava, os estabelecimentos comerciais, a universidade e a rua são os territórios dessa performance (Butler, 2003). São experiências que, no entanto, nos apontam para as mesmas aflições, demandas e itinerários terapêuticos de outros homens trans que colaboraram nas pesquisas de nosso grupo.[2]

É a partir de um corpo visto como feminino, nessa rede de

2. Em especial Dourado Porto, 2020.

relações, que Adriano territorializa (Maluf, 2002) uma identidade masculina. No início dessa pesquisa, em 2014, a pesquisadora Ana Paula Giostri conhece Adriano num coletivo de mulheres da universidade. Usava o nome feminino (de registro de nascimento) e se identificava para o grupo como "lésbica masculina". No entanto estava prestes a iniciar o processo de hormonização e disse, mais tarde numa conversa informal com a pesquisadora, o quanto se entendia como homem. Diante da angústia de Adriano, Ana se oferece como escuta. Nas palavras de seu diário de campo, "era evidente o desejo de entender seu processo de transição. Eu não tinha respostas a muitas de suas perguntas, mas lhe propus um espaço de fala por conta da urgência de suas angústias".

Apesar de buscar uma escuta, Adriano sabia se tratar de uma pesquisadora da área da Antropologia. Ao longo das muitas conversas que se desenrolaram nesses primeiros meses, Adriano transicionava e "nasceu" publicamente menos de um ano depois. Tanto a pesquisadora quanto Adriano concordam que houve aí uma ciência participativa, já que a pesquisa parece ter lhe dado força para galgar o caminho que desejava, tornando a pesquisa um espaço de visibilização de processos de subjetivação. Nas palavras de Ana, em seu diário de campo:

> Adriano me fez chorar várias vezes lendo ou ouvindo seus áudios e, da beleza de sua luta, nasceu o desejo de compartilhar fragmentos de sua história. E junto a este, outro não menos importante, o de pensar as dores do corpo, e as equivalências de gênero impressas em discursos cisgênero, heteronormativos e religiosos, como violentas homogeneizações expressas nos olhares e nos discursos, reverberados em mim e em Adriano.

A partir disso, poderíamos pensar até mesmo no valor terapêutico das produções narrativas, no sentido de um instrumento para a área da saúde, o que significa que não estamos dando voz a ninguém – pois eles já possuem voz –, estamos construindo mais do

que espaços de escuta, mas sim lugares de troca de saberes ou mesmo de produção compartilhada de saberes. Talvez, a partir daí, possamos pensar em possibilidades de que espaços como os ambulatórios do processo transexualizador – em fase de projeto em Cuiabá, com a participação do NAPlus – possam se constituir como espaços de sociabilidade e participação social efetiva tão preconizada pelo SUS, em que as narrativas desses homens e mulheres sejam levadas a sério e possam vir a compor os procedimentos do processo transexualizador, principalmente na substituição de laudos psiquiátricos em que a "verdade da transexualidade" é decidida pelos profissionais da saúde a partir de patamares patológicos, retirando dos sujeitos o direito à autodeterminação.

As narrativas de Adriano dialogam com essas experiências e com outras que vão dando sentido à sua própria experiência. Numa das primeiras entrevistas, ele afirma ter pedido o receio de falar por acreditar ser uma história que outros sujeitos como ele precisavam escutar. Ele traz nas mãos o livro *Viagem Solitária*, de João Nery (2011), ativista *trans*, falecido em 2018. Adriano se identifica com afirmações-chave do autor, como a de ter nascido homem mas preso num corpo de mulher; ou do horror com a menstruação na puberdade; ou de que não gostava quando seus seios eram tocados no momento do sexo; ou de como se sentia à vontade, quando criança, de brincar apenas com meninos. As narrativas dos outros parecem tornar a viagem de Adriano menos solitária que a de João Nery, apontando para uma certa eficácia simbólica do processo narrativo – tanto para seus autores quanto para os que acessam essas narrativas.

Numa construção contínua de uma nova identidade, ele torna-se militante por conta de questões que percebe não serem apenas dele e que tornam urgente a ampliação ou a criação de políticas públicas para a população *trans*. Como a questão do suicídio, que é uma das principais causas de morte entre travestis, homens e mulheres *trans* (Nogueira; Aquino; Cabral, 2017). A experiência de tentar se matar no "auge da dor" volta agora como motor para a sua luta. Ao perceber que tantas dores não eram apenas suas, ele encontra conforto na ideia

de que sua experiência *trans* pode assim se legitimar em algo maior, talvez numa natureza que não cabe a ele nem a ninguém questionar. Por isso, o Estado e o poder biomédico podem se tornar tanto aliados como algozes ao oferecerem o processo transexualizador mas através de linguagens e procedimento patologizantes, que podem demorar até dois anos, um tempo que não considera os tempos dos sujeitos e suas urgências.

OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E AS EXPERIÊNCIAS QUE NÃO ESPERAM PELAS POLÍTICAS

Uma das lições mais importantes da pesquisa junto a sujeitos LGBTs e outros sujeitos periféricos ou das margens (Maluf, 2002) é que a ausência de políticas públicas de saúde não implica a falta de opções de busca de soluções para doenças, mal-estares e aflições. É preciso partir do princípio de que as políticas nunca chegam num território vazio. Ou seja, é urgente, e isto é uma premissa dos SUS – não plenamente alcançada –, que os sujeitos sejam escutados e que suas demandas e conhecimentos sejam articulados às políticas. Tal empreendimento não deve ser visto como um favor, pois, do ponto de vista financeiro, é preciso pensar em políticas que sejam adotadas e que tenham sentido para os sujeitos e que de fato cumpram os objetivos para os quais foram feitas, sem desperdício de dinheiro público. Para isso, é preciso escutá-los de antemão e deixarmos de produzir as políticas públicas nos gabinetes governamentais apenas.

A Antropologia, o campo do qual partimos, tem a etnografia como sua principal abordagem teórico-metodológica, em que produzimos o nosso conhecimento no contato com os sujeitos, no diálogo, recusando teorias já prontas que sejam impostas aos nossos interlocutores. Mas isso é também um esforço e uma busca constante

em nossas pesquisas. O que fazemos não é o ideal mas já é um avanço em relação a outros campos como o da Saúde Coletiva, com o qual dialogamos. Nesse sentido, a maioria dos trabalhos aqui citados coloca em perspectiva etnográfica a metodologia dos itinerários terapêuticos (Gerhardt *et al.*, 2016), tão cara ao campo das Ciências Humanas em Saúde e à própria Saúde Coletiva.

Quando lançamos mão dessa metodologia, passamos a considerar e a levar a sério os percursos dos sujeitos em suas buscas por tratamento de saúde que não seguem a lógica do Estado, ou seja, de que havendo médico ou posto de saúde à disposição eles serão os primeiros a serem buscados. Assim, os itinerários terapêuticos revelam verdadeiras redes que conectam os sujeitos com diferentes saberes, seja das medicinas tradicionais ou religiosas, seja das farmácias que atendem e sugerem medicamentos, seja dos saberes dos familiares e suas terapêuticas, que podem ir de chás de plantas ou de medicamentos já utilizados e à disposição na casa. Ou ainda, a busca por soluções através da internet, na qual se encontra informação – nem sempre confiável – sobre quase todo tipo de aflição que pode acometer um sujeito.

Por conta disso, ao nos debruçarmos sobre o processo transexualizador do SUS, é preciso considerar que sujeitos e sujeitas da população T produzem seus processos de transexualização há muito tempo, constituindo suas histórias de vida, como demonstram as narrativas de seus itinerários terapêuticos. Pensar em saúde da população trans não pode prescindir desse conhecimento acumulado e em pleno vigor. Ou seja, as políticas não aterrissam no nada, deparando-se com contextos que apontam para redes de solidariedades e suas tecnologias das quais os serviços públicos de saúde não deveriam prescindir. Nesse sentido, optamos por considerar as recomendações de Alves e Souza (1999, p. 132) para os estudos de itinerários terapêuticos, os quais devem colocar em evidência "as experiências, as trajetórias e os próprios projetos individuais, formulados e elaborados dentro de um campo de possibilidades, circunscrito histórica e culturalmente".

Quando pensamos nas redes de sociabilidade que envolvem

as vivências de homens e mulheres trans e travestis, deveríamos tomá-las como redes de solidariedade nas quais são produzidas tecnologias de acolhimento, de compartilhamento de saberes, de troca de experiências, seja nas casas de prostituição que abrigam essas mulheres, seja nos canais de YouTube em que mais e mais sujeitos encontram espaço de produção de corpos e subjetividades. Além disso, se pensarmos nas narrativas de vida que esses sujeitos estão produzindo em seus devires (seja nas redes, nas militâncias e em suas sociabilidades), essas são trocas de experiências que sempre podem facilitar a vida dos mais jovens, ou seja, potencializar isso e criar espaços para essas trocas é também terapêutico e pode diminuir sofrimentos e adoecimentos – quando se descobre que não se está só.

É nessas redes de sociabilidade e solidariedade que a maioria desses homens e mulheres trans e travestis têm contato com as possibilidades de produções corporais para a transição de gênero – objeto do Processo Transexualizador do SUS –, que podem estar parcial ou totalmente fora dos sistemas de saúde. Entre as mulheres trans e travestis, a figura da "bombadeira" é quase mitológica. Rocon *et al.* (2017, p. 524) descrevem as *bombadeiras* como travestis ou transexuais mais velhas que dominam a técnica de aplicação de silicone industrial nos corpos, conhecida como "bombar" ou "bombação" – que esculpirão e modelarão corpos em variadas formas e traços, constantemente relacionados aos ideais de beleza em jogo e com as perspectivas de gênero em deriva.

Costa *et al.* (2018) consideram que o uso de silicone industrial pode ser considerado um indicador de falha no acesso a cuidados de saúde para a comunidade trans, destacando as possíveis consequências e danos causados por procedimentos irregulares em clínicas privadas clandestinas. Ao optarem pelo pagamento por tais serviços, mesmo sendo oferecidos gratuitamente pelo SUS, apontam para a presença de barreiras no acesso ao sistema público de saúde. Sobre a relação do uso de hormônios sem prescrição e silicone industrial, Rocon *et al.* (2017) verificaram que este é usado como recurso estratégico secundário, visto que primeiramente as mulheres trans e travestis iniciam seu

processo de modificação corporal por meio do uso de hormônios. Para os autores, o seu uso emerge no contexto "quando os hormônios não são considerados rápidos o bastante, recorre-se ao silicone industrial, injetados por bombadeiras" (Rocon *et al.*, 2017, p. 524).

Os autores, ao analisarem os discursos, evidenciam que há um ideal de beleza a ser alcançado através desses recursos, mas também trazem à tona medo e preocupações, sobretudo por haver vários relatos de complicações causadas pelo uso do silicone industrial. Eles pontuam que, "para muitas pessoas trans, sobretudo para as que trabalham com sexo, o 'sistema de saúde' compreende os serviços das bombadeiras e o compartilhamento de saberes e técnicas de cuidado com outras pessoas trans" (Rocon *et al.*, 2017, p. 529), desvelando assim as dificuldades ao acesso do sistema formal de saúde. Em outro trabalho, Rocon *et al.* (2018, p. 51) mencionam que, entre mulheres transexuais e travestis, o implante de prótese mamária, a hormonioterapia e os cuidados integrais e multiprofissionais sobressaem como demandas em relação às cirurgias de redesignação sexual. Os autores destacam que a busca pelas cirurgias de redesignação sexual não é unânime entre pessoas transexuais e, dessa forma, o processo transexualizador não deve se pautar na cirurgia como objetivo principal.

No caso de homens trans de Cuiabá entrevistados para a dissertação de Mestrado de Rayssa Dourado Porto (2020)[3], muitos relataram que a produção de uma identidade de homem trans toma fôlego com a aplicação de hormônios masculinos, mas a maioria não tem acesso ou não se sente à vontade de procurar endocrinologistas capazes de oferecer o tratamento hormonal de transição, pressupondo ou experimentando situações de preconceito nesses serviços. Acácio, um dos entrevistados de Dourado Porto (2020), conta sobre a experiência de conhecer um homem trans:

3. A dissertação foi orientada pelo primeiro autor deste capítulo no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFMT.

> Aos 28 [anos] eu conheci um cara numa boate no Rio de Janeiro... E ele era todo bombadinho, todo musculoso e tal. Eu fiquei encantado, porque ele falou assim: 'eu, tenho vagina, né?'. Eu falei 'cara, como assim? é possível ficar assim tão?'. Ele disse 'sim', e eu 'como?' e aí comecei a conversar (...). Eu já tinha ouvido falar, mas tipo... globo repórter, na reportagem uma vez... Mas ver um brasileiro, na sua frente, que tem... Eu fiquei maravilhado com aquilo. Porra! Eu fiquei muito maravilhado, eu falei 'Não, beleza, como que eu faço?'

Posteriormente, Acácio entrou em contato com *bodybuilders*[4] de academias para se informar sobre dosagem de hormônios e onde comprar. Assim chegou até alguns contatos e grupos na internet. Acácio começou seu processo transexualizador por meio da auto-hormonização em 2012. Conta que foi ter acesso à arena profissional de saúde tais como psicólogo, psiquiatra e endocrinologista apenas seis anos depois, quando começou a trabalhar em uma empresa que oferecia plano de saúde. Ele sentiu a necessidade de fazer um *check-up* para verificar como estava sua situação de saúde física e psicológica, pois, até então, comprava os hormônios em academias de ginástica e pela internet:

> Psicologicamente eu fiquei muito mal porque eu sabia das consequências que podiam ocorrer. E aí eu comecei a ler mais, começou a aparecer mais informação! Eu cheguei a desenvolver pânico... síndrome de pânico por achar que eu ia morrer... eu tinha certeza que eu tava todo fodido! Quando eu fiz os exames, eu descobri que não tinha nada! Coração perfeito, pulmão perfeito, circulação perfeita! Aí eu comecei a ter um acompanhamento médico e psicológico... porque aí, porra, já tô quarentão, né? Não dá mais pra dar bobeira!

4. Termo muito utilizado nos contextos das academias de musculação. Em português, seria algo próximo ao fisiculturismo amador. Para obtenção de tais resultados, muitos utilizam-se de hormônios sintéticos – anabolizantes, popularmente conhecido como "bombas".

Outro entrevistado, Léo, cita ter como privilégios a possibilidade de uma colega lhe prescrever a receita do hormônio. Ele trouxe uma breve análise sobre os itinerários terapêuticos de outros homens trans:

> tem muita gente que se hormoniza de maneira ilegal, que compra por fora. Eu conheço muitos homens trans e na verdade, eu sou um dos poucos que começou com endócrino.
>
> Eu percebo que eu sou privilegiado em vários aspectos. Porque os meninos, a maioria, começou a hormonização sem uma equipe multiprofissional, sem ter passado por um psicólogo, sem ter passado por um endócrino primeiro. Eu tive o privilégio de conseguir começar assim.

De acordo com esse relato, é notável a diversidade de itinerários pelos quais os sujeitos atravessam, e esses trajetos não se relacionam somente com escolhas e desejos, mas sobretudo com os recursos (principalmente financeiros) para arcar com isso. O que nos leva a outra questão importante a ser considerada na discussão sobre os itinerários terapêuticos de homens trans, que é o acesso remoto, via internet, a serviços e produtos. Há alguns anos, a internet se configura como um espaço de troca de informações e apoio entre os homens trans (Almeida, 2012; Braz; Souza, 2016).

Para Braz e Souza (2016, p. 12), a falta de serviços e profissionais especializados fazem emergir um "contexto de articulação desses sujeitos, onde compartilham suas experiências de transição, trocam indicações de profissionais, técnicas, medicamentos e posologias". Arán e Murta (2009, p. 19) identificaram que, em relação ao processo de hormonização, "a maioria dos(as) usuários(as) chega aos serviços já tendo feito uso anterior (automedicação) de algum tipo de hormônio por indicação de amigos ou por informações coletadas na internet".

Em uma análise de vídeos postados no YouTube, Neves (2015) discorre sobre o surgimento de "videoblogues" (diários virtuais) compartilhados por homens trans em meados de 2009. O autor

buscou compreender de que modo esses diários virtuais constituem dispositivos para se pensar a articulação entre relações de gênero, masculinidades e a produção do cuidado no ciberespaço e demonstrou a potencialidade desses diários "na criação de uma rede social e de cuidado em saúde de homens trans e pessoas transmasculinas, além da produção de conhecimentos para o campo da saúde" (Neves, 2015, p. 101).

Ávila (2014) realizou uma pesquisa com intuito de verificar a emergência de transmasculinidades no Brasil contemporâneo. Assim como os autores citados anteriormente, a autora constatou a ampliação do uso das mídias digitais pelos trans-homens. Entre 2010 e 2012, houve um aumento no número de sites, blogs, canais do YouTube direcionados para trans-homens. Em 2010, havia apenas um site, dois blogs e três canais no YouTube. Em 2012, a autora constatou 8 blogs e 14 canais no YouTube. Surgiram também vários grupos de trans-homens na rede social Facebook. Percebemos que essa tendência de crescimento se mantém em ascendência, visto que, em rápida busca no YouTube e nas redes sociais como Facebook e Instagram, descobrimos numerosos resultados acerca da temática envolvendo homens trans e o universo do processo transexualizador.

Levando em consideração esse levantamento de dados, acreditamos que, assim como apontado por Honorato (2014), nesse contexto atravessado pela internet e suas tecnologias, é necessário refletirmos sobre essa como uma importante ferramenta de acesso à saúde e, portanto, uma componente na construção de itinerários terapêuticos entre homens trans. De acordo com o autor, é fundamental "a integração da cibercultura com a saúde pública para que possamos acompanhar a sociedade e suas formas de interação e usar de melhor maneira este conhecimento e instrumentos para o desenvolvimento de políticas públicas, intervenções e pesquisas em saúde pública" (p. 284).

O conhecimento da dinâmica de auto-hormonização é fundamental para o oferecimento dos serviços de saúde voltados à população trans, não apenas porque é urgente e preciso acelerar e ampliar esse acesso e evitar danos à saúde desse sujeitos que ficam

mais suscetíveis a câncer de fígado ou pâncreas, mas também porque suas narrativas apontam para esse processo como devir, ou seja, o tornar-se a pessoa/corpo que se acredita ser – questões que os sistemas cis-heterocentrados de saúde costumam ter dificuldade de reconhecer e insistem em buscar a "verdade da transexualidade" em diagnósticos padronizados.

Dessa forma, podemos pensar numa Saúde Pública que seja, de fato, Saúde Coletiva, ao pensar de forma integral sujeitos e coletivos e que produza mais saúde e menos adoecimento. A hormonização, assim como o direito de ter um nome social e ser chamado por ele (nosso próximo tópico), são campos muito importantes na produção de vida desses sujeitos, e a ausência ou a negação desses direitos, ou mesmo os protocolos patologizantes, é um risco a vida.

A TERAPÊUTICA DO NOME E A NEGAÇÃO DA VIDA

Ainda sobre pensar em como um direito pode produzir saúde, o uso do nome social, por sua menor complexidade – depende apenas do *modus operandi* de uma recepção e das pessoas que atuam nela –, deveria ser um direito implantado e inquestionável. No Brasil, a Portaria 1.820/2009 (Brasil, 2009) garante o direito ao uso do nome social nos serviços de saúde para homens e mulheres trans e travestis. Contudo as pesquisas (Souza; Pereira, 2016; Costa *et al.*, 2018) evidenciam que esse direito tem sido negligenciado, sendo referido como um dos entraves para a busca de acesso formal de atendimento de saúde. Os relatos que temos acessado em nossas pesquisas mostram tanto a falta de conhecimento dos profissionais da saúde em relação a esse direito como a negação deliberada desse direito, em que se faz questão de chamar pelo nome de registro e afasta a maioria da população trans dos postos de saúde.

Os entrevistados com os quais trabalhamos em nossas pesquisas nos apontam para um efeito terapêutico de ter seu nome reconhecido

– assim como o adoecimento causando por sua negação. João conta sobre o processo de escolha do seu nome social:

> Eu não tinha nem dúvida, parece que surgiu assim. Eu nunca pensei outro nome, toda vez que eu pensava em outro nome eu olhava para mim no espelho e falava: 'quem é você?'. E aí eu falava o nome, até que eu falei : 'caramba, você é o João!'

De acordo com a narrativa de João, se nomear como homem trans foi essencial para melhora em seu quadro depressivo. Por mais que a família não aceite seu novo nome, o fato de se entender como homem trans tornou suportável levar uma "vida dupla". João conta que iniciou sua hormonioterapia após retificar seu documento em cartório. A história narrada por João nos faz refletir que seu sofrimento psicológico começa a se dissipar quando ele tem possibilidade de retificar seu nome. Tem um efeito subjetivo tão expressivo quanto as transformações corporais. Já Léo descreve uma série de conflitos com a família em seu processo identitário e que, por isso, protelou iniciar sua transição de gênero, mas que, com o tempo nos conflitos sobre sua identidade de gênero, resolveu inserir sua mãe no processo de mudanças para que ela o ajudasse na escolha de seu novo nome, o que pode ser visto como terapêutico para os dois:

> Ela falou que queria Guilherme. Aí eu falei que nome bonito, mas eu queria um nome curto. Aí ela falou que tá bom Léo e no final das contas ela aceitou, então tá bom, né? Eu queria deixar isso pra ela, porque eu acho que as mães e os pais eles têm muito essa questão com o nome. Então eu queria dar esse gosto pra ela, mas aí no final das contas ela aceitou Léo muito bem e ficou assim mesmo e tá ótimo.

Nossos sistemas de saúde precisam incorporar que não se trata de um simples direito, mas de uma condição de produção de vida. As narrativas que temos escutado sobre escolha de nome, por exemplo, nos mostram que se reconhecer num nome que esteja de acordo com

a sua identidade de gênero pode ressignificar toda uma trajetória de vida marcada por um nome imposto. Precisamos pensar o quanto esse nome imposto não é simplesmente um rótulo, mas nos remete a toda uma cadeia de interpelações de família e de sociedade, em vidas/corpos que não representam esses sujeitos.

Além disso, percebemos que a relação desses sujeitos com os nomes que escolheram para batizar suas trajetórias trans tem algo de terapêutico, construindo caminhos possíveis de viver. Reconhecer-se e ser reconhecido nesse nome e seus efeitos corporais talvez equivalha ou seja mesmo mais importante que qualquer diagnóstico feito por um psiquiatra preocupado em saber se aquele sujeito se encaixa nas caixinhas previamente definidas pelo poder biomédico, o que nos leva às narrativas de Adriano:

> Acredito que Adriano sempre esteve aqui, antes mesmo que eu me desse conta. Acredito nisso como acredito que o sol vai nascer amanhã. Nunca gostei daquele nome, sabe? Que nome? Aquele outro que insistiam em me chamar. Será que ninguém percebia que não combinava comigo? Quando chegava aos meus ouvidos eu me arrepiava de pavor. Preferia os apelidos, eles não me machucavam tanto. Quando eu era criança, prestava muita atenção nos nomes das pessoas. A primeira coisa que eu percebi, foi que nunca encontrei uma pessoa que tivesse aquele nome. Na minha cabeça de criança, se um nome não fosse comum, então ele era feio. O problema não era a beleza do nome, e nem a sua natureza incomum, o fato era que eu nunca me identifiquei com ele. Parecia que não era comigo que estavam falando. Até que um dia, caminhando pela rua, ouvi alguém gritar: 'Adriano!' Olhei na hora, como se tivessem me chamando. A sensação foi tão gostosa, aquele nome ficou ressoando na minha cabeça. Adriano, Adriano, Adriano. A identificação foi tão forte. Este era o nome que me representava.

É interessante perceber como tal nomeação, que não se dirigia a ele, reverberou como um "batismo", uma descoberta ou quase um nascimento. A potência de narrativas como a de Adriano, Leo e João

parecem não deixar dúvida de como um simples direito pode ser, ao mesmo tempo, fonte de saúde e adoecimento. Para acessar a profundidade dessa discussão, as narrativas desses sujeitos precisam ser levadas a sério. Num sistema de saúde cis-heterocentrado, em que a maioria das pessoas não entende a importância do próprio nome, o não uso do nome social pode ser entendido como algo menor, de baixa gravidade. Essas narrativas, no entanto, nos remetem a um nome corporificado, encarnado nos sujeitos na produção das vidas/corpos que almejam para si mesmos, enquanto o nome de registro aciona a memória corporificada das dores da exclusão, da não aceitação e de toda sorte de violências.

FECHANDO: É PRECISO DES-CIS-HETEROSSEXUALIZAR O SUS

Levar a sério o que dizem nossos sujeitos de pesquisa nos permite pensar em alguns ideais de saúde construídos nas últimas décadas, como a saúde em seu sentido mais amplo de bem-estar, para além da ausência de doenças, como as terapêuticas que podemos associar ao uso nome social e dos processos de hormonização, duas das mais importantes demandas da população trans na sua relação com os serviços de saúde. O que não significa a necessidade – nem da parte dos pesquisadores nem dos sujeitos dessas pesquisas – de se criar novos sistemas e a implosão dos antigos. As narrativas nos apontam para regimes de saber e poder no campo do gênero e da sexualidade, em que o Estado e a biomedicina são, ao mesmo tempo, questionados e alvos de uma tentativa de reinvenção ou remodelagem.

Nesse sentido, a pesquisa sobre as políticas de saúde voltadas à população LGBT apontam a necessidade da realização de pesquisas críticas em relação aos sistemas de saúde, ressaltando justamente os sujeitos que são pressupostos por essas políticas. Pois é importante salientar que, além da implantação de novos serviços como os ambulatórios *trans,* esses sujeitos demandam que os serviços já

disponíveis pelo SUS se abram à diversidade, o que nos oferece uma perspectiva do quanto os serviços de saúde são **cis-heterocentrados**, ou seja, cisnormativos e heterossexualizados.

Precisamos pensar em múltiplos corpos, em sistemas de saúde que não pressuponham os sujeitos, o que pode trazer benefícios não apenas à população LGBT. Cada vez mais precisamos alargar a saúde coletiva na mesma medida em que ampliamos nossos horizontes de possibilidades de sujeitos e sujeitas, num mundo em que homens podem possuir vaginas, frequentar ginecologistas e engravidar, em que mulheres precisam ser alvo de campanhas de câncer próstata e que nem todas querem ter filhos – como se pressupõe para as mulheres cis e mostra o quanto os serviços ainda estão baseados em preconceitos e estereótipos arcaicos. São questões que envolvem desde as políticas pensadas pelos gestores quanto os próprios sistemas informáticos, que insistem em classificar os sujeitos como homens e mulheres – mesmo que na prática isso não sirva para nada –, impedindo encaminhamentos que fujam das normas cis e heterossexuais.

Finalizando, a questão que quisemos apontar neste trabalho se refere a como a própria natureza do conhecimento antropológico, produzido no campo, em contato direto com os sujeitos, torna-se um dos maiores impactos e contribuições da Antropologia da Saúde. É nesse lugar que levamos a sério nossos sujeitos de pesquisa como produtores de saber e em que podemos ter contato com suas estratégias, tecnologias e mesmo suas avaliações dos serviços de saúde, talvez levando a cabo uma das premissas do SUS que, em seus ideais mais caros, não deveria ser planejado no isolamento de gabinetes, pressupondo sujeitos em políticas criadas de cima pra baixo.

As narrativas dão conta de situações de exclusão e de afastamento dos sujeitos dos serviços e mostram outras terapêuticas, como os espaços de fala/escuta ou o próprio uso do nome social, uma vez que o não reconhecimento desse direito é uma situação de adoecimento. Além disso, os itinerários terapêuticos mostram, no caso da população trans, agenciamentos em pleno vigor, de decisões

sobre o próprio corpo, com o desenvolvimento de tecnologias próprias – se pensarmos nas auto-hormonizações e no trabalho das bombadeiras de silicone. Estamos falando de produções de vida que pressionam os saberes hegemônicos e mostram a urgência não apenas da implantação de novos serviços, mas de reflexão e revisão os serviços já instalados. O que só será possível quando a academia e a saúde pública levarem a sério o que dizem esses sujeitos e o que performam esses corpos, corpos que não subvertem apenas os padrões heteronormativos de gênero e sexualidade, mas também a própria atuação biomédica e, porque não o próprio SUS, que precisa se **des-cis-heterossexualizar** e levar a sério o que esses sujeitos pensam, dizem e fazem.

REFERÊNCIAS

ALVES, Paulo C. B.; SOUZA, Iara M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, Paulo C. B.; SOUZA, Iara M. A. (orgs.) **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 125-38.

ALMEIDA, Guilherme. 'Homens trans': novos matizes na Aquarela das masculi-nidades? **Estudos Feministas,** v. 20, n. 2, p. 513-23, 2012.

ARÁN, M.; MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis**, v. 19, n. 1, p. 15-41, 2009.

ÁVILA, Simone. **FTM, transhomem, homem trans, trans, homem**: a emergência de transmasculinidades no Brasil contemporâneo. 2014. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

BORBA, Rodrigo. Receita para se tornar um "transexual verdadeiro": discurso, interação e (des)identificação no Processo Transexualizador. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, v. 55, n. 1, p. 33-75, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 ago 2009.

BRAZ, C.; SOUZA, E. R. Antropologia e políticas de saúde para homens trans no Brasil contemporâneo – diálogos entre duas pesquisas. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 30, 2016, João Pessoa. **Anais** [...]. João Pessoa: Associação Brasileira de Antropologia, 2016.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

COSTA, A. B. *et al.* Healthcare Needs of and Access Barriers for Brazilian Transgender and Gender Diverse People. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 20, p. 115-123, 2018.

DOURADO PORTO, Rayssa Karla. **Da identificação da crise ao recomeço:** Itinerário terapêutico de homens transgêneros da Baixada Cuiabana/MT. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2020.

FONSECA, Cláudia. Quando cada caso NÃO é um caso. Pesquisa etnográfica e educação. **Revista Brasileira de Educação**, v. 10, n. 1, p. 58-78, 1999.

FOUCAULT, Michel. **A história da sexualidade**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1976.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N.; SILVA JR., A. G. (orgs.). **Itinerários terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2016.

HALL, Stuart. Quem precisa da identidade? In. SILVA, Tomaz. T. **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis: Vozes, 2008. p.103-133.

HONORATO, E. J. A interface entre Saúde Pública e Cibercultura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 481-485, 2014.

LANGDON, E. J. Narrativa e o sistema médico Siona. In: LANGDON, E. J **A negociação do oculto**: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluriétnico. Trabalho apresentado para o concurso de professor titular na UFSC, 1994. p. 32-53. Mimeo.

MALUF, Sônia W. Corporalidade e desejo: Tudo sobre minha mãe e o gênero na margem. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 143-153, 2002.

MALUF, Sônia W. Mitos coletivos, narrativas pessoais: cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da "Nova Era". **Mana**, v. 11, n. 2, p. 499-528, 2005.

MALUF, Sônia W. **Encontros noturnos**: bruxas e bruxarias na Lagoa da Conceição. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993.

NOGUEIRA, S. N. B.; AQUINO, T. A.; CABRAL, E. A. **Dossiê: a geografia dos corpos das pessoas trans.** Aracaju: Rede Trans Brasil, 2017

NEVES, B. B. A. **Transmasculinidades e o cuidado em saúde**: Desafios e impasses por vidas não-fascistas. 2015. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

ORTNER, Sherry B. Subjetividade e crítica cultural. **Horizontes Antropológicos**, v. 13, n. 28, p. 375-405, 2007.

ROCON, Pablo Cardozo; SODRÉ, F.; ZAMBONI, J.; RODRIGUES, A; ROSEIRO, M. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? **Interface – Comunicação saúde educação**, v. 22, n. 64, p. 43-53, 2018.

ROCON, Pablo Cardozo; ZAMBONI, J.; SODRÉ, F.; RODRIGUES, A; ROSEIRO, M. (Trans)formações corporais: reflexões sobre saúde e beleza. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 521-532, 2017.

SOUZA, M.; PEREIRA, P. P. G. Em busca de atendimento à saúde: itinerários terapêuticos das travestis de Santa Maria -RS. In: GERHARDT, T. E. *et al*. (orgs.). **Itinerários terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ ABRASCO, 2016. p. 289-306.

14

DESIGUALDADES SOCIOASSISTENCIAIS COMO EFEITOS DA PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES DA SAÚDE SOBRE GÊNERO E SEXUALIDADE

VICTORIA LEOCÁDIA ROSSETTO DREHER,
LARISSA MARIANA BERNARDO SILVA TOLEDO,
GISLAYNE CRISTINA FIGUEIREDO, BRUNA ANDRADE IRINEU
E PABLO CARDOZO ROCON

INTRODUÇÃO

As questões de gênero e sexualidade são fatores determinantes para o acesso aos serviços de saúde, na medida em que envolvem a possibilidade de ser ou não reconhecidos/as como usuário/a do serviço em suas necessidades específicas (Rocon *et al.*, 2022). Isso porque gênero e sexualidade são regulados por normas hegemônicas que produzem desigualdades e defasagens sociais e, assim, "Adequar-se às normas que regulam as condições de reconhecimento é poder aparecer publicamente sem risco de que pesem sobre si violações éticas, discriminação e violência física" (Rocon *et al.*, 2022, p. 9). Tais normas têm sido nomeadas como gênero binário e heteronormatividade.

Bento (2006) analisa que a afirmação de dois sexos distintos (masculino e feminino) teve como novo fundamento o gênero. Isso quer dizer que, a partir do momento que fosse anunciado o sexo da criança, passaria a ser instaurada uma série de expectativas e suposições sobre esse corpo, buscando definir o que é mais apropriado para ele. Nesse sentido, Bento (2006) explica que a construção da identidade de gênero ocorre a partir da reiteração e reprodução de verdades que, pouco a pouco, vão sendo naturalizadas, incorporadas e reproduzidas pelos sujeitos cotidianamente, materializando-se nas relações e caracterizando o que é da ordem do masculino e o que é da ordem do feminino.

> Antes de nascer, o corpo já está inscrito em um campo discursivo determinado. Ainda quando se é uma promessa, um devir, há um conjunto de expectativas estruturadas numa complexa rede de pressuposições sobre comportamentos, gostos e subjetividades que acabam por antecipar o efeito que se supunha causa (Bento, 2006, p. 87)

Louro (2004) afirma que, antes de simplesmente "lermos" os gêneros e as sexualidades baseados nos corpos, precisamos pensar nessas dimensões que estão discursivamente inscritas nos corpos e se expressam através deles, bem como pensar as formas de gênero e sexualidade como conceitos históricos e culturais que se convertem em definidores dos sujeitos. Nesse sentido, a autora vai dizer que se costuma afirmar que há uma coerência e uma continuidade entre sexo-gênero-sexualidade.

> Ela afirma e repete uma norma, apostando numa lógica binária pela qual o corpo, identificado como macho ou como fêmea, determina o gênero (um de dois gêneros possíveis: masculino ou feminino) e leva a uma forma de desejo (especificamente, o desejo dirigido ao sexo/gênero oposto) (Louro, 2004, p. 80).

Louro (2000) afirma que, atualmente, a sexualidade é entendida como algo "dado" pela natureza, inerente ao ser humano, e que essa concepção se ancora no corpo e na suposição de que todos vivem seu corpo de forma universal. Ademais, a autora, em consonância com Foucault (1988), explica que a sexualidade é um dispositivo histórico que envolve rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos e convenções que, atrelados à nossa perspectiva de corpo, ganham sentido socialmente e passam a ser definidos como naturais ou não.

Outrossim, "[...] os corpos ganham sentido socialmente. A inscrição dos gêneros - feminino ou masculino - nos corpos é feita sempre, no contexto de uma determinada cultura e, portanto, com as marcas dessa cultura" (Louro, 2000, p. 7). Ou seja, as identidades de gênero e sexuais são compostas e definidas pelas relações sociais

e moldadas pelas redes de poder de uma sociedade. Em outras palavras, as identidades sociais (sexuais, gênero, raciais, religiosas, nacionalidades, entre outras) são definidas pela cultura e pela história, constituindo sujeitos que são interpelados a partir de diferentes situações, instituições ou agrupamentos sociais (Louro, 2000).

Por serem construídas historicamente, identidades sexuais e de gênero (assim como todas as outras identidades) possuem caráter fragmentado, instável, histórico e plural. Entretanto, essa transitoriedade é motivo de desconforto, pois é entendida como uma alteração na "essência" do sujeito (Louro, 2000). A autora aponta então que é nessa incerteza que o corpo biológico se insere como ponto de referência.

Desse modo, as normas sociais para viver os gêneros e as sexualidades se inscrevem na produção de representações sociais entre profissionais da saúde e, assim, podem contribuir para a produção de desigualdades no acesso e permanência aos serviços de saúde pela população de lésbicas, gays, bixessuais, transexuais ou travestis, *queer*, intersexo, assexuais (LGBTQIA+). Nesse sentido, o presente capítulo analisa as representações sociais de profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Cuiabá/Mato Grosso (MT) sobre gênero, sexualidade e transexualidade e como elas repercutem na garantia do acesso de transexuais e travestis aos serviços ofertados no sistema público de saúde.

SAÚDE LGBT E A LUTA POR RECONHECIMENTO

A implementação de políticas públicas no Brasil para lésbicas, gays, bixessuais, transexuais ou travestis, *queer*, intersexo, assexuais, bem como outras orientações sexuais e identidades de gênero, se dá a partir da demanda das lutas sociais protagonizadas pelo Movimento LGBTQIA+ (Irineu, 2019), ao passo que as decisões no Judiciário virão de um processo de judicialização das demandas dessa

comunidade e articulações dessa categoria nos espaços políticos institucionais (Irineu; Oliveira, 2021; Pereira, 2016). Esse movimento em busca de garantia de direitos inicia-se no final da década de 1970 e começo da década de 1980, com grupos de militância homossexual em oposição à ditadura militar. Mas é somente em 1988, no pós-ditadura, que há o primeiro marco legal no campo das políticas públicas, com a criação do Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS do Ministério da Saúde, que fez a inclusão de cuidados em saúde para a comunidade LGBTQIA+ (Pereira, 2016).

A busca por direitos da comunidade LGBTQIA+ brasileira passa por três momentos. Entre os anos de 1978 e 1983, houve o estabelecimento de grupos engajados na politização da luta homossexual, assim como o início dos debates sobre a despatologização da homossexualidade. Já nos anos de 1984 a 1992, esses grupos engajaram-se na busca de ações em saúde pública no combate à epidemia de HIV/AIDS, bem como a introdução sobre o tema orientação sexual, opondo-se à ideia de escolha da sexualidade. Por fim, de 1992 a 2005, há a expansão e criação de organizações no âmbito nacional, como a Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT), a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), a Associação Brasileira de Lésbicas (ABL), a Liga Brasileira de Lésbicas (LBL) e a Rede Afro LGBT, bem como o fortalecimento da realização das Paradas do Orgulho LGBT. Ressalta-se que é a partir dos anos 2000 que as pautas da comunidade LGBTQIA+ ampliaram seu espaço nas discussões e ações do Poder Executivo Federal, principalmente em decorrência da ascensão política de um governo progressista, e, desse modo, foram introduzidas no Estado brasileiro políticas públicas no campo da saúde, direitos humanos e cidadania (Pereira, 2016).

Nesse sentido, durante esse período, inicia-se uma ampliação significativa de ações voltadas para a comunidade LGBTQIA+, como: o Programa Nacional de Direitos Humanos em 2002, contendo metas voltadas para a comunidade LGBT em relação ao reconhecimento

da diversidade sexual no campo da cidadania; o programa Brasil Sem Homofobia em 2004, visando ações de combate a homofobia; a realização da I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais Travestis e Transexuais em 2008, objetivando a elaboração de políticas públicas em conjunto com o governo federal; o lançamento da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT em 2010, abordando ações de cuidados em saúde para além do HIV/AIDS; o lançamento do Relatório de Violência Homofóbica no Brasil em 2011, evidenciando o quantitativo da violência contra a comunidade LGBT; a instalação do Comitê Nacional de Políticas Públicas LGBT em 2014, visando promover por todo o território brasileiro um pacto de responsabilidades entre governo federal, estadual e municipal (Pereira, 2016; Irineu, 2014, 2019).

O ano de 2004 é considerado o precursor de iniciativas governamentais para a promoção e garantia de direitos à população LGBTQIA+ no campo da saúde. Como primeira iniciativa, há a instituição de um comitê técnico para estruturar a Política Nacional de Saúde específica para a comunidade LGBT (Mello *et al.*, 2011). O diálogo entre essas categorias e o governo federal resultou em algumas ações para o enfrentamento da discriminação e exclusão que impactam no processo de saúde-doença dessa população, como: a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, publicada em 2006 pelo Ministério da Saúde, que assegura a oferta de um atendimento livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, bem como o respeito ao nome social independente do registro civil; a Portaria nº 1707/2008 do Ministério da Saúde, que inclui a oferta do Processo Transexualizador no SUS; por fim, a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, publicada em 2010, documento que demarca que a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero é um determinante social de saúde e produz sofrimento e adoecimento de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, além de propor diretrizes para a superação das desigualdades na oferta dos bens e serviços públicos de saúde para esses grupos sociais (Brasil, 2013; Mello *et al.*, 2011; Pereira, 2016).

Tratando-se do acesso à saúde pela população trans no Brasil, verifica-se que o atendimento das demandas dessas pessoas está vinculado à medicalização e judicialização. Além disso, é importante ressaltar que a garantia de bens e serviços em saúde historicamente atrelam-se ao diagnóstico patológico e intervenções médico-cirúrgicas (Rocon *et al.*, 2016).

De acordo com Bento (2008), em 1971, ocorreu a primeira cirurgia de mudança de sexo no país, contudo o médico que realizou o procedimento foi processado pela justiça por crime de lesão corporal. Somente em 1997 as cirurgias de transgenitalização foram autorizadas a título experimental pela Resolução nº 1482 do Conselho Federal de Medicina (CFM), e os procedimentos restringiram-se aos hospitais públicos e universitários que realizavam pesquisas na área, todavia os requisitos para realizar essas intervenções centraram-se no diagnóstico do "transexualismo" (Arán; Murta; Lionço, 2009; Rocon *et al.*, 2016; Rocon *et al.*, 2019). Mediante aos resultados positivos das cirurgias, em 2002, foi revogada a Resolução nº 1482 e aprovada a Resolução nº 1652 do CFM, na qual foi retirado o caráter experimental de alguns procedimentos, mas é somente em 2010 que há uma significativa ampliação, com a Resolução nº 1955 do CFM, na qual as cirurgias de transgenitalização e procedimentos complementares foram autorizados, extinguindo-se o caráter experimental e ampliando sua realização para hospitais públicos e privados (Rocon *et al.*, 2016; Rocon *et al.*, 2019). Em 2020, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução nº 2265/2019, ainda em vigor, na qual busca-se um enfoque mais amplo e integral da saúde, assim como são feitas atualizações terminológicas (CFM, 2019).

Paralelo às resoluções do Conselho Federal de Medicina, já havia ações judiciais tramitando em tribunais regionais e no Supremo Tribunal Federal (STF) com solicitações relacionadas a custeio de intervenções cirúrgicas para a readequação sexual (Rocon *et al.*, 2016; Rocon *et al.*, 2019). Em 2007, a Terceira Turma do Tribunal Regional Federal (TRF) da 4ª Região (Rio Grande do Sul) decidiu autorizar o custeio da intervenção via Sistema Único de Saúde (SUS),

mas a União entrou com pedido de suspensão da decisão no STF, o qual acatou o pedido de suspensão da decisão do TRF. É apenas em 2008 que o Ministério da Saúde cria o Processo Transexualizador do SUS, via Portaria nº 1707, com somente mulheres trans sendo atendidas inicialmente. Além disso, o documento pautou-se na manutenção do diagnóstico com base na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) como requisito de acesso aos procedimentos. Somente em 2013, após Ação Civil Pública, que o Ministério da Saúde estendeu os procedimentos a homens trans e travestis, por meio da Portaria nº 2803, mas o acesso ainda foi condicionado ao diagnóstico (Rocon; Sodré; Rodrigues, 2016; Rocon *et al.*, 2019).

Ainda que existam portarias, decretos, compromissos governamentais e políticas públicas, não são suficientes para garantir o acesso da população trans aos serviços de saúde do SUS, seja na atenção básica, voltada para as ações de prevenção e promoção à saúde, seja na atenção especializada de média e alta complexidade, focadas em serviços ambulatoriais e hospitalares. Mello *et al.* (2011) apontam que transexuais e travestis são as/os que mais enfrentam dificuldades no acesso aos serviços públicos de saúde. Além disso, estudos apontam que o principal motivo de usuários/usuárias transexuais e travestis não buscarem os equipamentos de saúde do SUS relaciona-se ao distanciamento entre trabalhadores da saúde, uma vez que relatam sofrer, por parte desses profissionais, transfobia, racismo, discriminação pela condição econômica e aparência física, além do desrespeito ao nome social (Rocon *et al.*, 2016; Rocon; Da Silva; Sodré, 2018).

A LGBTfobia, além de promover uma resistência à busca por serviços de saúde, tem como consequência um maior abandono, por parte de transexuais e travestis, das consultas e/ou tratamentos médicos já em andamento. Outrossim, passam a realizar a hormonioterapia sem acompanhamento médico, além de se submeter a aplicações de silicone industrial de forma não regulamentada e recorrer a cirurgias de emergência devido a deformações corporais

causadas por aplicações feitas sem os devidos cuidados (Rocon *et al.*, 2016).

METODOLOGIA

A coleta de dados para esta pesquisa foi feita a partir de entrevistas gravadas em áudio digital e orientadas por questionário semiestruturado, aplicados pela equipe de bolsistas[1] vinculados ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde Interprofissionalidade, entre 2019 e 2021, na Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) (Irineu *et al.*, 2020). As entrevistas foram feitas, no período de julho a setembro de 2020, com 15 profissionais de saúde (médicas, enfermeiras, agentes comunitárias de saúde e profissionais de apoio) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Cuiabá/MT. Para a composição da amostra, optou-se por duas estratégias metodológicas: bola de neve, que correspondeu ao sorteio do primeiro participante para entrevista e as subsequentes ocorreram por indicação dos entrevistados (Vinuto, 2014); saturação teórica, que consistiu no fechamento da amostra a partir do momento que as respostas aos tópicos do roteiro semiestruturado começaram a se repetir substancialmente a cada novo entrevistado, tendo o ponto de saturação desta pesquisa ocorrido na 15ª entrevista.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e, para análise desses dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática, que consiste em compreender o que está por trás das palavras e dos discursos sobre os quais se debruça, buscando descrever correspondências com o meio em que estão inseridos (Bardin, 1977). Para tal, a análise desses conteúdos divide-se em três etapas: a) descrição, que corresponde a

1. Agradecemos a equipe de bolsistas do PET Saúde Interprofissionalidade Mulheres e LGBTI: SILVA, Isabela Fernandes Freire; PETERLE, Carolina Ferreira; NOGUEIRA, Yan Carlos; PIOVESAN, Fernanda Aparecida; RODRIGUES, Vera Lucia; SENA, Bruna Natalia de Souza.

enumeração das características do texto; b) inferência, ou seja, o que levou a determinado enunciado e quais seus efeitos nas mensagens; c) interpretação, que vem a ser a significação concedida às características definidas no primeiro passo.Após a análise, foram construídas três categorias temáticas: 1) *gênero e sexualidade, 2) compreensão sobre transexualidade* e 3) *conhecimento sobre a política nacional de saúde integral LGBT*.

Foram entrevistadas 13 mulheres cisgêneras e 1 homem cisgênero, com média de idade de 37 anos, todas/os inseridas/os na UBS pesquisada há pelo menos um ano, com média de tempo de atuação de dez anos, tendo a maioria atuado somente na atenção de nível básico. Dentre os entrevistados estavam sete agentes comunitárias de saúde, dois técnicas/os de enfermagem, duas médicas, uma técnica de saúde bucal, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais, como demonstrado no Quadro 1. Para garantir o anonimato dos sujeitos da pesquisa, foram atribuídos nomes fictícios aos participantes.

Quadro 1. Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Nome	Gênero	Idade	Escolaridade	Função
Rosa	feminino	43 anos	Pós-graduação	Técnica de Saúde Bucal
Juliana	feminino	38 anos	Ensino Médio Completo	Técnica de Enfermagem
Antônio	masculino	38 anos	Ensino Superior Completo	Técnico de Enfermagem
Ligia	feminino	39 anos	Ensino Médio Completo	Agente Comunitária de Saúde
Rita	feminino	35 anos	Ensino Superior Completo	Agente Comunitária de Saúde
Marlene	feminino	43 anos	Ensino Médio Completo	Agente Comunitária de Saúde

Nome	Gênero	Idade	Escolaridade	Função
Fernanda	feminino	36 anos	Ensino Médio Completo	Agente Comunitária de Saúde
Bárbara	feminino	27 anos	Ensino Superior Completo	Recepcionista
Flora	feminino	44 anos	Ensino Médio Completo	Auxiliar de Limpeza
Sabrina	feminino	34 anos	Ensino Superior Completo	Agente Comunitária de Saúde
Paula	feminino	29 anos	Ensino Superior Completo	Agente Comunitária de Saúde
Betânia	feminino	52 anos	Ensino Médio Completo	Agente Comunitária de Saúde
Karla	feminino	36 anos	Ensino Superior Completo	Médica
Laura	feminino	29 anos	Ensino Superior Completo	Médica

Fonte: Elaborada pelos autores.

A pesquisa em tela foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das Áreas de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal de Mato Grosso (CEP - HUMANIDADES/UFMT), cumprindo todas as diretrizes e normas éticas estabelecidas. Além disso, atendendo ao requisito da participação na pesquisa, todos os entrevistados preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

GÊNERO E SEXUALIDADE

As respostas incluídas nessa categoria tiveram como base a interpretação que as profissionais possuem sobre o que é gênero e

sexualidade. Inicialmente, quando perguntadas sobre o que sabiam acerca de gênero, as respostas correlacionaram-se ao sexo biológico:

> [...] eu, eu sou do sexo tal ou sexo tal, entendeu? Eu sou do feminino ou masculino [...]. (Fernanda)

> Sim, compreendo como designação de feminino e masculino. (Karla)

> Existe homem e mulher (risos). (Rosa)

Conforme assinala Louro (2004), são nos corpos e por meio deles que os processos de afirmações às normas regulatórias se realizam e se expressam. Em nossa sociedade, os corpos são marcados socialmente por suas características biológicas e se apresentam a partir de uma performatividade binária e heteronormativa de gênero que incide sobre eles. A partir disso, quando questionadas sobre sua compreensão acerca de gênero, as profissionais respondem baseadas nessa lógica, haja vista que se orientam e se reconhecem por meio da existência desses dois gêneros.

Bento (2006) ainda lembra que não existe uma forma verdadeira de ser homem ou mulher, mas que existem configurações de práticas que se efetivam mediante interpretações negociadas com as idealizações do feminino e do masculino.

Ademais, de acordo com Arán (2006, p. 51),

> [...] gênero não é uma construção social imposta a uma matéria antes determinada (o sexo), e sim um efeito performático que possibilita a constituição e o reconhecimento de uma trajetória sexuada, a qual adquire estabilidade em função da repetição e da reiteração de normas.

Em consonância a isso, pode-se perceber também a dificuldade em diferenciar gênero de sexualidade, com, muitas vezes, os conceitos se confundindo nas respostas dadas pelas entrevistadas, como pode ser exemplificado nos seguintes relatos:

> [...] eu compreendo como ela se vê, o gênero é como ela se vê, hoje de modo geral eu posso falar com certeza que eu não sei todos os gêneros existentes hoje, há pouco tempo ouvia-se falar em gay, lésbicas e heterossexual, o homossexual servia tanto para homem quanto para mulher, e eu sinceramente não consigo entender todos eles, fico confusa diante de tanto gênero. (Ligia)

> Ah, eu acho que sexo e sexualidade é o homem e a mulher, sexo masculino e sexo feminino, é isso que é sexualidade, eu acredito que seja isso. (Rosa)

Louro (2004, p. 80) enfatiza que "são os processos e as práticas discursivas que fazem com que aspectos dos corpos se convertam em definidores de gênero e de sexualidade", criando uma continuidade entre sexo-gênero-sexualidade que indica uma direção única e legítima para qual o sujeito deve se orientar, direção essa orientada pela binariedade e heteronormatividade. A autora expõe ainda que a sexualidade possui uma centralidade na sociedade ocidental, já que frequentemente nos apresentamos e representamos a partir de nossas identidades de gênero e sexuais e que essas identificações nos parecem uma referência mais "segura" por estarem discursivamente atreladas ao sexo-biológico (Louro, 2004).

Assim sendo, quando as profissionais confundem as categorias sexualidade e gênero, conseguimos perceber de forma clara a continuidade atribuída entre sexo-gênero-sexualidade, já que, ao se identificar como homem, por exemplo, espera-se que o sujeito siga apenas uma direção óbvia de comportamentos e interesses típicos do gênero masculino e heterossexual.

Nesse contexto, observou-se que outras formas de sexualidade que destoam da heteronormativa, como gays e lésbicas, são incompreensíveis para essas profissionais, uma vez que, "a coerência e a continuidade entre sexo-gênero-sexualidade servem para sustentar a normatização da vida dos indivíduos e das sociedades" (Louro, 2000, p. 88). São exemplos os seguintes relatos:

> [...] E tem as lésbicas né? Que é aquele feminino, mas que fica do masculino, ao contrário [...] (Betânia)

> [...] Eu não, eu tenho uma... eu não consigo entender... às vezes só de olhar... às vezes eu não consigo. Eu só sei dizer se ela é lésbica, se ela é gay... agora se entrar naqueles outros gêneros de... ééé, como eu posso te dizer... bi, eu não... bi também a gente entende. Eu não consigo distinguir, mas eu entendo um pouco sobre o que é bi, e aqueles outros gêneros também eu não consigo entender. (Fernanda)

Áran (2006) vai nos lembrar que as manifestações de outras sexualidades são consideradas irreconhecíveis e inviáveis em decorrência da força da normatização de um sistema sexo-gênero heteronormativo. Isso posto, quando as profissionais apontam uma dificuldade em compreender outras formas de sexualidade, percebe-se uma tentativa de afastar-se dessa outra realidade abjeta, colaborando para a manutenção do pensamento hegemônico binário, como já citado anteriormente.

Nota-se também a tentativa de algumas profissionais em compreender a sexualidade como uma expressão de um desejo direcionado a um objeto (seja ele identificado como um homem ou como uma mulher), como nos seguintes relatos:

> Os adultos podem se atrair por pessoas do mesmo sexo, do sexo oposto ou não sentir atração. (Rita)

> A sexualidade é uma opção, é o modo como ela quer se relacionar, seja com homem ou com mulher ou ambos. (Ligia)

Todavia, quando a profissional afirma sobre a sexualidade ser uma opção, mesmo que não esteja orientada pela heteronormatividade, ela ainda posiciona essa categoria como uma identificação fixa. Louro (2000) lembra que a necessidade que temos de atribuir a sexualidade um caráter estável vem da incerteza que ela apresenta

por ser fluida e não carregar uma verdade imutável de nossas necessidades e desejos corporais.

COMPREENSÃO SOBRE A TRANSEXUALIDADE

Quando os profissionais abordam a transexualidade, nota-se, em todos os relatos, a predominância da distinção (ou tentativa de) entre transexualidade e travestilidade, como nos seguintes relatos:

> Então... eu entendo que sejam aquelas pessoas que queiram se transformar, a travesti né. Ela quer se transformar... em mulher, e aos poucos, ela vai conseguindo chegar nessa... no local, no corpo em que ela quer. Até chegar mesmo às vezes e tirar o seu órgão genital. (Fernanda)

> A travestilidade é o oposto ao gênero dela, um homem do sexo masculino se veste como mulher, já a transexualidade seria aquela pessoa que muda totalmente, muda o sexo dela, ex. Eu sou mulher e mudo meu sexo, deixando de ser mulher. (Ligia)

Para Bento (2006), uma vez que, a vida social é feita de homens e mulheres com corpos sexualmente apropriados, a cirurgia de transgenitalização serve como um divisor entre o transexual "de verdade" e a travestilidade. Nesse sentido, só são reconhecidos como transexuais aqueles que optam por remodelar seu órgão sexual, para que fique de modo mais similar possível ao do sexo biológico desejado. Entretanto, a autora vai dizer também que a transexualidade não pode ser reduzida à meta terapêutica centrada no desejo por uma cirurgia de transgenitalização. Conforme Jaqueline Gomes de Jesus (2012, p. 13), "travesti" é um termo antigo, que antecede ao conceito de "transexual" e, por isso, quase sempre em um sentido pejorativo, "como sinômino de 'imitação', 'engano' ou de 'fingir ser o que não se é' ".

> Porque travesti é a que usa como trabalho. me confunde muito. Um são de um jeito e outros são de outro. (Flora)

> Travestilidade, acredito que a pessoa se traveste, até por uma questão de trabalho, precisa se travestir para ganhar dinheiro. Se caracteriza com outro gênero, cabelo, unha, roupa. (Karla)

A compreensão das profissionais é produto do estigma que atravessa fortemente as travestis, o qual rebate nas dificuldades de postos no mercado de trabalho formal, mesmo quando tenham qualificação, "e acabam, em sua maioria, sendo, em grande parte, excluídas das escolas, repudiadas no mercado de trabalho formal e forçadas a sobreviverem na marginalidade, em geral como profissionais do sexo" (Jesus, 2012, p.13-14). Todavia é salutar compreender que, embora seja um trabalho legítimo que merece ser reconhecimento e respeitado, nem toda travesti é profissional do sexo. "É importante ressaltar que a maioria das travestis, independentemente da forma como se reconhecem, preferem ser tratadas no feminino, considerando insultoso serem adjetivadas no masculino" (Jesus, 2012, p.13-14).

Além disso, quando as profissionais se referem às transexuais e travestis, sempre se direcionam a uma identificação ou alteração corporal, que influencia sim no processo de subjetivação e construção de identidade desses sujeitos, mas não é o único atravessamento. Demonstra-se então, mais uma vez, como o corpo biológico é a âncora que sustenta as identidades.

> [...] eu fico tentando me colocar no lugar dele. O que que passa pela cabeça da pessoa? De ela se transformar, entende? Dela ser uma outra pessoa. Quer dizer, pra ela, ela não vai ser outra pessoa né... ela é daquele jeito... a gente que acha que ela se transforma né? [...]. (Rosa)

A partir desse trecho, notamos como as identidades e os processos de subjetivação baseiam-se na centralidade do corpo biológico como norteador do gênero e da sexualidade dos sujeitos. Desse modo, a incorporação de uma nova identidade sexual ou de gênero é considerada uma alteração importante na "essência" do sujeito (Louro, 2000). Quando a profissional afirma que a pessoa mencionada

será "outra pessoa", podemos deduzir que o medo da incerteza e do desconhecido pode colocar em dúvida a forma como ela compreende, afirma e reproduz suas performances de gênero e sexuais.

Ainda, dentre as respostas, uma chamou a atenção por tentar contemplar os desejos amorosos de transexuais e travestis:

> [...] travesti, eu acho que é homem que se veste e se comporta como mulher. Sem ter atração necessariamente por outro sexo. (Laura)

Bento (2006) explica que, inseridos em uma lógica binária e heterossexual de relações, em que um homem se relaciona obrigatoriamente com uma mulher e vice-versa, um transexual, ao se identificar como homem/mulher, deve obrigatoriamente identificar seu desejo sexual a partir da norma heteronormativa. Nesse sentido, a autora afirma que, para alguns, não é possível compreender a homossexualidade entre transexuais e que a normalidade está identificada na heterossexualidade.

CONHECIMENTO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT

Em relação a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), principal documento que estabelece as diretrizes para superação da discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero, assim como objetiva a consolidação do SUS como um sistema universal, integral e equitativo para a população LGBTQIA+, todas as profissionais entrevistadas na UBS apresentaram desconhecimento, mesmo já havendo realizado um curso de formação sobre o assunto.

O lançamento da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, em 2010, é um marco histórico, pois é um documento que reconhece a existência de demandas em saúde de uma população invisibilizada e vulnerável. É a partir da publicação dessa política que são discutidos cuidados em saúde para além do HIV/AIDS e empregados esforços do Estado nas esferas federais, estaduais e municipais,

bem como da sociedade civil, para atender às necessidades e especificidades da população LGBTQIA+ (Brasil, 2013). Dentro do documento há diretrizes que objetivam qualificar a rede do SUS em níveis teóricos, tecnológicos e de pessoal para um atendimento integral à saúde da população LGBTQIA+ (Brasil, 2013). Outrossim, essa Política Nacional de Saúde garante à população transexual e travesti, por meio do SUS, o acesso ao processo transexualizador.

Por conseguinte, quando perguntadas diretamente se conheciam ou se já haviam ouvido falar da Política de saúde para a população LGBT, mais da metade das entrevistadas reconheceram não saber do que se tratava e optaram por respostas curtas e objetivas, não abrindo espaço para desenvolvimento de reflexões sobre o motivo de não conhecerem. Além disso, apenas 6 pessoas dentre as 14 entrevistadas indicaram ter ouvido falar sobre a Política, contudo não se lembravam do conteúdo do texto ou não tinham conhecimento aprofundado para falar sobre o assunto.

Denota-se que a pesquisa em tela vai ao encontro dos resultados obtidos nos estudos de Baccarim e Tagliamento (2020), Guimarães *et al.* (2020) e Negreiros *et al.* (2019), reafirmando que médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, recepcionistas, técnicos de enfermagem, entre outros profissionais da saúde inseridos nesses espaços, desconhecem a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT. Somente uma profissional indicou já ter feito a leitura do documento, mas declarou que não se lembrava do conteúdo, portanto não narrou o que conseguiu extrair de conhecimento a partir dessa leitura, assim como não discorreu sobre suas experiências ao aplicar esses conhecimentos no trabalho. Além disso, apenas uma profissional relatou ter ouvido falar sobre a Política em decorrência de um curso, contudo ressaltou que a absorção não foi boa.

Mello *et al.* (2011) apontam que, mesmo com a publicação de uma política pública no campo da saúde específica para a comunidade LGBT, há uma ausência de esforços institucionais e dos gestores federais, estaduais e municipais em aplicar o conteúdo teórico da política ao campo prático. Portanto verifica-se a necessidade de massiva

divulgação e formação profissional acerca de portarias, decretos, programas e políticas que envolvem o atendimento à população LGBTQIA+ para profissionais da saúde do SUS, bem como a promoção de capacitação profissional sobre acolhimento e atendimento que privilegie práticas que superem abordagens discriminatórias.

Também se destaca, na presente pesquisa, que 13 das entrevistadas indicaram saber o que era o nome social e, em alguns momentos, ao falar sobre a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), citaram o respeito ao nome social como uma política pública que elas conhecem e aplicam no cotidiano de trabalho.

> A fundo, a fundo nunca li. Sei essas questões sobre nome social, sabe? (Laura)

> Que é essa que a pessoa pode usar o nome... ser identificado na unidade de saúde pelo nome social dela? (Fernanda)

> Já ouvi falar, mas especificamente não, apenas é o direito dele ser tratado como ele queria, por mais que na identidade esteja J* e ele quer ser chamado de R*, deve se chamá-la de R*. (Ligia)

Salienta-se que a utilização do nome social no SUS passou a ser um direito em 2006, a partir da publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, momento em que, independentemente do registro civil, o nome social passou a ser exigido em documentos, prontuários, sistema de informação, Cartão do SUS, bem como durante o contato desses usuários/usuárias trans com os profissionais de saúde. Baccarim e Tagliamento (2020) pontuam que, ainda que os profissionais reconheçam o nome social, as práticas estigmatizantes ainda permanecem nas instituições, portanto, reconhecer o nome social é parte importante para a garantia do acesso da população transexual e travesti ao SUS, mas ainda não é suficiente. Faz-se necessário a elaboração de novos modelos de cuidado nesses espaços

e uma estrutura de acolhimento que não seja centrada somente nos processos de saúde-doença.

Quando questionadas sobre a realização de cursos sobre a saúde da população LGBTQIA+, todas as profissionais entrevistadas indicaram a necessidade de realização de formação continuada, assim como reconhecem a escassez de cursos de capacitação para profissionais do SUS em assuntos gerais, mas também em assuntos relacionados à população LGBTQIA+. É importante evidenciar que todas as participantes da pesquisa passaram por um curso de formação com a temática de gênero, sexualidade e transexualidade antes da entrevista, mas ainda assim demonstraram ausência de conhecimento a respeito. Assim, é preciso pensar em estratégias de formação continuada, e não somente uma oferta pontual e espaçada, é preciso uma promoção contínua de capacitação desses profissionais de saúde. Além disso, faz-se necessário pensar o conteúdo dessas formações, pois é imprescindível a adoção de uma perspectiva de superação de conceitos estigmatizantes e discriminatórios quando se trata de gênero, sexualidade e transexualidade.

Ressalta-se que o desconhecimento de questões de gênero, sexualidade e transexualidade por parte de profissionais da saúde afetam diretamente a efetivação de políticas públicas para pessoas LGBTQIA+, em especial para pessoas trans, uma vez que esses profissionais não são expostos às temáticas que atravessam o atendimento. Mediante essa ausência de conhecimento, a tendência é que esses trabalhadores da saúde se agarrem ainda mais aos conhecimentos hegemônicos adquiridos ao longo da vida e prática profissional a respeito da população trans (Baccarim; Tagliamento, 2020).

Ademais, verifica-se que o poder público também tem dificuldades na efetivação dessas políticas em decorrência da ausência de estruturação e fortalecimento de rede de referência e contrarreferência no SUS (Arán; Murta; Lionço, 2009; Rocon; Da Silva; Sodré, 2018). Outrossim, dentro desse cenário, existe uma desarticulação entre as unidades básicas de saúde, unidades ambulatoriais e unidades hospitalares, principalmente quando se trata do processo

transexualizador do SUS, uma vez que, demandas da atenção básica estão sendo concentradas na atenção de média e alta complexidade. Desse modo, os profissionais da atenção básica não são convocados a participarem desse processo, o que amplia o distanciamento de transexuais e travestis nos serviços públicos de saúde (Rocon; Da Silva; Sodré, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto, nota-se que corpo e sexo biológico possuem caráter central nas representações de identidade de gênero e sexualidade por parte dos profissionais da saúde. Norteados pela compulsoriedade da heterossexualidade, heteronormatividade e binariedade dos corpos, somos habitados por discursos normativos que buscam o controle social e que excluem aqueles que não correspondem aos padrões socialmente impostos. Assim, a transexualidade e a travestilidade são vistas como existências abjetas e ininteligíveis (Pelúcio, 2005), visto que não possuem seus corpos, suas identidades e subjetividades reconhecidos socialmente.

Nos dados coletados, as respostas que mais se destacaram a respeito de gênero, sexualidade e corpo foram a das agentes comunitárias, responsáveis pela entrada dos usuários no sistema de saúde. O fato de as profissionais não compreenderem essas categorias pode dificultar o primeiro acesso de usuários ao serviço, uma vez que não são reconhecidos enquanto sujeitos inseridos nessa lógica binária de identificação. Já as respostas que mais apareceram acerca da transexualidade foram das profissionais médicas, uma das responsáveis pela continuidade do atendimento após o contato com a agente comunitária de saúde. Quando as profissionais reconhecem a transexualidade apenas como a mudança corporal e não abordam seus aspectos intra e intersubjetivos, expõe-se como a área da medicina ainda se debruça apenas na biologia, separando o corpo,

daquele que o habita. Dessa forma, ao não possuir sua identidade, subjetividade e corporeidade reconhecidos pelos profissionais da UBS, o usuário encontra resistência em iniciar ou dar continuidade em seus tratamentos.

Embora a Constituição Federal de 1988 estabeleça a saúde como um direito de todos, direito reafirmado também em outros documentos e políticas, como a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, o Processo Transexualizador do SUS e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, que objetivam ampliar o acesso de grupos historicamente invisibilizados, como a população trans, ainda são escassas as ações institucionais na esfera federal, estadual e municipal que busquem mitigar as dificuldades vividas pela população transexual e travesti no acesso aos serviços de saúde, favorecendo o distanciamento de pessoas trans dos serviços públicos de saúde.

Além disso, é preciso pontuar que a ausência de conhecimento sobre políticas públicas e desconhecimento de práticas não discriminatórias impõe desafios à garantia do acesso universal, integral e equânime ao SUS, bem como na efetivação dessas políticas públicas direcionadas a transexuais e travestis. Esse cenário contribui para os processos de discriminação dentro das unidades de saúde do SUS, na qualidade do atendimento e, principalmente, no afastamento dessa população dos serviços ofertados pelo sistema público de saúde.

Desse modo, a capacitação dos profissionais de saúde é um elemento importante na construção de um atendimento de qualidade. Portanto, a formação continuada é uma estratégia para a diminuição dos distanciamentos entre profissionais da saúde e usuários/usuárias trans, pois, a partir dela, é possível gerar reflexões e desconstrução de conceitos centrados no modelo binário e heteronormativo que perpassam a prática desses profissionais.

Esses resultados no campo da saúde reforçam a necessidade de uma política social efetiva voltada às pessoas LGBTQIA+ que dê conta de ofertar proteção social (Irineu; Oliveira, 2021) a essa população, conjugando saúde, educação, trabalho, previdência e assistência de maneira intersetorial e interseccional (Irineu, 2019).

Além disso, criar estratégias a fim de alterar as representações sociais para gênero e sexualidade calcadas na binaridade de gênero e na heteronormatividade entre profissionais na saúde, tendo em vista que "produz diferentes possibilidades de acessar ou não os serviços de saúde, bem como experimentar os processos de saúde e doença" (Rocon *et al.*, 2022, p. 11).

REFERÊNCIAS

ARÁN, Márcia. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 9, p. 49-63, 2006. DOI: 10.1590/S1516-14982006000100004

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela; LIONÇO, Tatiana. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 14, p. 1141-1149, 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000400020

BACCARIM, Roberta Cristina Gobbi; TAGLIAMENTO, Grazielle. Acesso de Pessoas Trans à Saúde: uma análise das práticas de profissionais. **Psicol. argum**, v. 38, n. 102, p. 604-625, 2020. DOI: 10.7213/psicolargum.38.102.AO01

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo Lisboa**: Edições 70, 1977.

BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo:** sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BENTO, Berenice. **O que é transexualidade.** Tatuapé - SP: Editora Brasiliense, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política**

Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 1. ed. 1 reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CFM - Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.265/2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. **Diário Oficial da União**, 09/01/2020. ed. 6, seção 1, p. 96. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294. Acesso em: 11 nov 2024.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I**: A vontade de saber. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque; J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

GUIMARÃES, Nilo Plantiko *et al*. Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. **Revista Eletrônica De Comunicação, Informação & Inovação Em Saúde**, v. 14, n. 2, 373-385, 2020.

IRINEU, Bruna Andrade; FIGUEIREDO, Gislayne Cristina; ROCON, Pablo Cardozo; SILVA, Isabela Fernandes Freire; PETERLE, Carolina Ferreira; NOGUEIRA, Yan Carlos; PIOVESAN, Fernanda Aparecida; RODRIGUES, Vera Lucia; SENA, Bruna Natalia de Souza. Educação Interprofissional e a prática em saúde junto às populações LGBT e de mulheres. In: MOSTRA DE EXTENSÃO UFMT, 11, 2020. **Anais [...]** Cuiabá:: UFMT, 2020. Disponível em: https://evento.ufmt.br/enviadas/index.php?id=1034&issn=2594-5106. Acesso em: 18 set. 2024.

IRINEU, Bruna Andrade. **Nas tramas da política pública LGBT**: um estudo crítico da experiência brasileira (2003-2015). Cuiabá: EdUFMT, 2019.

IRINEU, Bruna Andrade. 10 anos do Programa Brasil Sem Homofobia: notas críticas. **Temporalis**, v. 14, n. 28, p. 193-220, 2014.

IRINEU, Bruna Andrade; OLIVEIRA, Brendhon Andrade. Proteção social e população LGBTI na América Latina: Uma análise crítica das experiências do Brasil e do Uruguai. **Humanidades & Inovação**, v. 8, n. 39, p. 32-44, 2021.

JESUS, Jaqueline Gomes. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião. Brasília: 2012. Disponível em: https://www.diversidadesexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf. Acesso em: 11 nov. 2024.

LOURO, Guacira Lopes. Pedagogias da sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (org.). **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p.7-45.

LOURO, Guacira Lopes. **Um corpo estranho**: ensaios sobre sexualidade e teoria queer. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

MELLO, Luiz *et al*. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro), n. 40, p. 7-28, 2011. DOI: 10.1590/S1984-64872011000400002

NEGREIROS, Flávia Rachel Nogueira de *et al*. Saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: da formação médica à atuação profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, p. 23-31, 2019. DOI: 10.1590/1981-52712015v43n1RB20180075

PELÚCIO, L. "Toda quebrada na plástica": corporalidade e construção de gênero entre travestis paulistas. **Revista de Antropologia Social**, Campos, v. 6, n. 1-2, p. 97-112. 2005. DOI: 10.5380/cam.v6i0.4509

PEREIRA, Cleyton Feitosa. Notas sobre a trajetória das políticas públicas de direitos humanos LGBT no Brasil. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, v. 4, n. 1, p. 115-137, 2016.

ROCON, Pablo Cardozo; RODRIGUES, Alexsandro; ZAMBONI, Jésio; PEDRINI, Mateus. Dias. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2517-2526, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015218.14362015

ROCON, Pablo Cardozo; SODRÉ, Francis; RODRIGUES, Alexsandro. Regulamentação da vida no processo transexualizador brasileiro: uma análise sobre a política pública. **Revista Katálysis**, v. 19, p. 260-269, 2016. DOI: 10.1590/1414-49802016.00200011

ROCON, Pablo Cardozo; DA SILVA, Adriana Ilha; SODRÉ, Francis. Diversidade de gênero e Sistema Único de Saúde: uma problematização sobre o processo transexualizador. **SER Social**, v. 20, n. 43, p. 432-448, 2018. DOI: 10.26512/ser_social.v20i43.18870

ROCON, Pablo Cardozo *et al*. Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180633, 2019. DOI: doi.org/10.1590/Interface.180633

ROCON, Pablo Cardozo *et al*. O reconhecimento e o aparecimento público como determinantes para a saúde: diálogos com mulheres transexuais e trabalhadores(as) da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 2, p. e210356pt, 2022.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Tematicas,** Campinas (SP), v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977

15

QUANDO AS TRAVESTIS ME DISSERAM NÃO: CONVERSAS SOBRE AS PRÁTICAS DE PESQUISA CISGÊNERAS

JOEL HIRTZ DO NASCIMENTO NAVARRO, ATENA BEAUVOIR ROVEDA, JÉSIO ZAMBONI E MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

INTRODUÇÃO

O Brasil é um país marcado por significativa desigualdade social, e, atualmente, seus efeitos têm se tornado cada vez mais presentes. Embora transformações relevantes tenham ocorrido, o país persiste como um dos mais desiguais do mundo, afetando grande parte de sua população. Além disso, as desigualdades foram exacerbadas com a pandemia de covid-19, mantendo a perversa estabilidade das diferenças sociais entre os brasileiros.

A análise sobre as desigualdades em países como o Brasil exige uma reflexão sobre esse fenômeno multidimensional e relacional e sobre quais parcelas da população encontram-se excluídas dos direitos básicos. Dentre essas, destaca-se a população transexual, que enfrenta, em seu cotidiano, uma série de violências e vulnerabilidades sociais, que vão da rejeição familiar até a privação de emprego e educação digna e de qualidade, passando por maior vulnerabilidade aos impactos na saúde. Além disso, a discriminação relacionada à identidade de gênero também agrava a exclusão de pessoas trans em diversos contextos (RNP+ *et al.*, 2019).

Nesse contexto, faz-se necessário ressaltar que as situações preconceituosas vivenciadas pela população transgênero estão presentes em toda a sociedade, incluindo o meio acadêmico, considerado o grande responsável pela disseminação do conhecimento, por meio das pesquisas e publicações científicas, que

podem estar atravessadas por preconceito e desigualdade com base no gênero.

Assim, partindo da premissa de que o preconceito, a discriminação e demais formas de violência sofridas pela população transexual perpassam também pela abordagem científica, tema ainda pouco explorado, com base num relato de caso único, o presente capítulo propõe-se refletir sobre os desafios enfrentados pelas pessoas transgênero na Ciência.

A EXPERIÊNCIA CONTADA

Ler o que nunca foi escrito.
Walter Benjamin

Benjamin (1987) diz que a experiência que é transmitida de boca em boca é a fonte a que recorrem todos os narradores. Em seu pensamento, a experiência contada por alguém permite que os ouvintes incorporem as coisas narradas às suas experiências. E foi justamente a partir das experiências coletivas que algumas travestis tiveram com práticas de pesquisa de pessoas cisgênero que surgiu esta narrativa[1]. Foi quando algumas travestis me disseram **não** ao receberem o convite para participarem desta pesquisa e me contaram as razões das suas recusas que este texto se fez necessário. Nesse sentido escrevo – não exclusivamente, mas principalmente – para nós pesquisadores e pesquisadoras cisgênero[2], para que possamos

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, defendida e aprovada em 10 de fevereiro de 2021, pelo 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. Jésio Zamboni.
2. Chamamos de "cisgênero" ou "cis" as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi colocado antes ou no momento do nascimento (Jesus,

refletir, em primeiro lugar, sobre nossos gêneros, os sistemas de poder que produzem as hierarquias dos gêneros em nossas sociedades e, por fim, sobre nossas práticas de pesquisa com as pessoas transgênero.

Atena Beauvoir (2018) diz que "Há mais coisas entre um pênis e uma vagina, entre o masculino e o feminino, entre o homem e a mulher, do que supõe a nossa vã filosofia", e esse será um dos pontos disparadores da nossa conversa. Afinal, que filosofia é essa que, baseada em uma estrutura binária, leva-nos a supor que corpos considerados humanos só serão legítimos quando estão em conformidade com os limites do que definimos como "menino/homem cisgênero" e "menina/mulher cisgênera"? Por meio de quais dispositivos e como se dá a produção desses corpos/gêneros cisgêneros inquestionáveis, considerados "normais", "naturais" e até mesmo "sagrados"? Quais as implicações dessa produção nas práticas de pesquisa cisgêneras com as pessoas transgênero?

Certa noite, participei de uma cerimônia de abertura de uma exposição de fotografias sobre a história dos movimentos sociais das minorias sexuais e de gênero no Rio Grande do Sul. O evento ocorreu na entrada principal da Assembleia Legislativa do estado. Uma das travestis que foi pioneira e ainda protagoniza a luta e a conquista dos direitos da população LGBTI+ no Brasil, Marcelly Malta, recebeu nesse evento a Medalha da 55ª Legislatura[3].

Que momento! O local por onde passam diariamente homens e mulheres, em sua quase totalidade cisgêneros, heterossexuais e brancos – os quais precisamos estar frequentemente "pressionando" para que elaborem e aprovem políticas públicas voltadas às minorias sexuais e de gênero, representantes de um Estado que histórica e sistematicamente negligencia nossas pautas –, estava repleto de

---

2012). A "cisgeneridade" se refere à identidade de gênero das pessoas cisgênero/cis.

3. Essa medalha é dada, anualmente, há 55 anos na Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul em homenagem a alguma pessoa que realizou ou realiza um trabalho de grande relevância social no estado.

sapatões, bichas, bissexuais, travestis, mulheres e homens transexuais, transmasculinos, intersexos, pessoas não binárias, pretas, pardas, ocupado pelos vencidos da história universal.

Fotografias distribuídas em painéis enormes, os quais tinham como fundo as cores do arco-íris, estavam expostas no salão de entrada da Assembleia. Mas nem as cores do arco-íris em alto destaque naqueles painéis serviam para que muitos dos sujeitos que passavam diminuíssem a velocidade dos seus passos ou parassem por alguns minutos para saberem o que estava acontecendo. Parece que o contato com os corpos das minorias sexuais e de gênero pode revelar algo que temem. Provocamos medo pelo fato de denunciarmos um sistema de crenças que prega uma suposta coerência e determinação entre sexo biológico, gênero, prática sexual e desejo, conforme propõe Butler (2017). Porque rompemos com o discurso cultural hegemônico que diz que nossos gêneros são "naturalmente" relacionados ao sexo biológico. Estremecemos com as "verdades" produzidas por uma hegemonia cisgênera, heterossexual, branca e capitalista que tem como projeto a dominação das nossas vidas-histórias.

Somos "tão bem-vindos e bem-vindas" que apenas uma deputada estadual se fazia presente naquele momento histórico. O apoio dessa deputada às lutas das minorias sexuais e de gênero foi e é de extrema importância. Reconhecemos e somos gratos e gratas pelo seu trabalho. No entanto, dentre tantos e tantas deputados e deputadas que ocupam cargos naquele espaço, somente uma pessoa pode se fazer presente em um evento tão importante no que se refere ao reconhecimento e proteção das nossas vidas e memórias? Quantos sujeitos que se dizem compromissados ética e politicamente com a sociedade de fato se aliam a nossas vidas em suas práticas e não somente em teorias ou discursos? Mas ocupamos a Assembleia! E uma travesti recebeu uma homenagem que, tradicionalmente, há 54 anos, foi concedida apenas a pessoas cisgêneras! Marcelly Malta se emocionou, emocionava a todos, todas e todes! Vestia um casaco longo e vermelho. No seu discurso de agradecimento, disse que estava representando com sua

roupa o sangue das travestis que foi derramado em outros tempos e que nos dias de hoje ainda escorre pelas ruas...

Antes de a cerimônia de abertura começar, enquanto eu conversava com Marcelly no salão, nosso encontro foi transbordado pela chegada de uma mulher trans de existência tão potente quanto o seu nome: Atena Beauvoir, filósofa e escritora. Ao vê-la, Marcelly rapidamente puxou Atena pelo braço e, inesperadamente, lhe fez um convite: "— Olha esse guri aqui. Tu tens que participar da pesquisa dele! É uma pesquisa com travestis! Conversa com ele!"

Naquele momento, pelo olhar e expressão facial de Atena, senti que ela me diria não. Que não participaria da minha proposta de pesquisa... Lembrei-me do olhar de uma travesti que conheci na mesa de um bar na cidade onde moro, a qual, ao escutar meu convite para ouvir e contar suas histórias, o recusou imediatamente, afirmando que já havia respondido muitas pesquisas para pessoas cis. Contou que, frequentemente, esses pesquisadores e pesquisadoras lhe colocavam no lugar de "algo que precisava ser estudado", do "estranho", do que não é "normal" ao pensamento cisgênero. Eu já conhecia aquele olhar de Atena... Mas, mesmo assim, entramos em uma potente conversa que, mais uma vez, torceu concepções, gerou reflexões, criou tumultos, se fez amizade, aliança... Atena disse que preferia não participar de pesquisas feitas **por** pessoas cisgênero **sobre** pessoas trans. Contou algumas das suas experiências e teceu reflexões sobre as práticas de pesquisa cisgêneras. Dessa forma, me apresentou seu conceito de transantropologia, que está presente em um dos seus livros intitulado *Contos Transantropológicos* (Beauvoir, 2018), e afirmou que estaria disposta a me indicar algumas leituras para que eu pudesse tecer reflexões sobre essas práticas de pesquisa cisgêneras.

Atena relatou que, rotineiramente, pessoas transgênero são consideradas como **objetos de pesquisa** acadêmica e não como **sujeitos** que pensam por si mesmos, tendo suas existências e falas sempre explicadas, avaliadas, justificadas, deslegitimadas e até mesmo julgadas por pessoas cisgênero, que frequentemente

colocam-nas no lugar do exótico, do que deve ser estudado. Um dos princípios da transantropologia é que não há um modelo humano, ou seja, não há destino para a espécie humana senão aquele que ela mesma produz para si, afirmando se tratar de algo natural, comum, normal (Beauvoir, 2018). No entanto, o que vemos é que as pessoas cisgênero colocam-se como esse modelo humano...

Holanda (2020) afirma que, em nossas sociedades, culturalmente, o que é considerado **normal** é ser cisgênero, sendo esse um discurso tão naturalizado que dificilmente é questionado; assim, abre-se espaço para um vasto campo de pesquisas acadêmicas que buscam estudar a transgeneridade, questionando as pessoas transgêneras, sem vermos igual esforço para investigar a cisgeneridade. O **cis**, portanto, é "Tão normal, tão naturalizado, que na maioria das vezes não é nem nomeado" (Holanda, 2020, p. 1). Vergueiro (2016) ressalta que, na realidade brasileira, o uso do termo cis tem sido reivindicado especialmente pela iniciativa de movimentos das pessoas transgênero que têm como alguns de seus objetivos mostrar aos sujeitos cisgênero que também possuem uma identidade de gênero e fazê-los refletirem sobre a cisgeneridade e os sistemas culturais e de poder que as produzem.

Holanda (2020) afirma ainda que, quando nos referimos a uma pessoa transgênero, a palavra **trans** sempre é utilizada, por exemplo, quando falamos de uma **mulher trans**, demarcando qual a identidade de gênero desse sujeito. Já no caso das pessoas cisgêneras, as palavras **homem** ou **mulher** raramente serão acompanhadas de **cis**. O fato de não utilizarmos a palavra cis mostra como as identidades de gênero cisgêneras são naturalizadas, passíveis de receberem um status de normalidade, sendo, portanto, somente as identidades transgêneras demarcadas (Holanda, 2020). **O cis** geralmente não se nomeia, não se reconhece enquanto corpo que culturalmente também possui uma identidade de gênero, não se questiona; se apresenta como normalidade sem duvidar que é uma reprodução dos gêneros que nos são compulsoriamente colocados.

Para Vergueiro (2016), as vivências e os corpos contemporâneos são culturalmente significados a partir da ideia de que os padrões

corporais cisgêneros são naturais e desejáveis. Nesse sentido, pesquisadores e pesquisadoras cisgêneros frequentemente se impõem como aqueles e aquelas que vêm de fora, em busca de **verdades** sobre as experiências das pessoas transgênero, produzindo discursos e textos que se dizem neutros, com **olhares externos** ao que dizem ser seu **problema** ou **objeto de pesquisa**. Esses mesmos sujeitos produzem verdades **sobre** as pessoas trans como um **zoológico de existências humanas**[4], em que são vistas pelo olhar **do outro, de fora**, daqueles que se produzem como válidos, verdadeiros, legítimos. A cisgeneridade se produz como norma e coloca todas as imagens corporais que fogem dos seus limites no lugar do que deve ser estranhado, analisado, **do exótico**, como afirma Beauvoir (2018).

Uma reflexão importante é feita por Beauvoir (2018) quando analisa que a sociedade cisgênera não se pensa como uma produção social de seus próprios sujeitos, estabelecendo-se assim como uma **primeira humanidade**, aquela cuja existência é imposta como verdadeira, válida, naturalizada, real, essencial e existente. Já os seres humanos trans fariam parte da **segunda humanidade**, esse espaço de negação da sua legitimidade, em que não são entendidos enquanto unidades humanas válidas, experimentando diariamente questionamentos sobre suas existências (Beauvoir, 2018).

Lembro-me de todas as vozes que escutei/escuto de muitas pessoas cis questionando-me sobre "O que é uma pessoa trans?", "O que é uma travesti?", "Qual a diferença entre uma travesti e uma mulher transexual?", "Existe algum estudo que mostre a causa da transgeneridade?". Gostaria de propor uma interrupção desses questionamentos e fazer uma convocação a nós, vidas cisgêneras, para que pensemos primeiramente sobre a cisgeneridade. **O que e porque se é uma pessoa cis?** O que é cisgênero? Nesse sentido, precisamos reconhecer e pensar sobre a estrutura de poder e os

4. Termo utilizado por Atena Beauvoir em seu livro *Contos Transantropológicos* (2018) para se referir à prática hegemônica de visualizar e analisar os seres humanos trans por parte das pessoas cisgênero.

dispositivos que (re)produzem determinados (cis)gêneros e os colocam como naturais, normais, estabelecendo assim certa hierarquia de identidades de gênero.

Compreendendo a proposta de Vergueiro (2016, p. 69), "[...] da busca por compreensões interseccionais sobre as relações de poder que permeiam as produções, controles, monitoramentos e cerceamentos das diversidades corporais e de identidades de gênero", gostaria de enfatizar que, ao contrário de apontar de forma individualizante pesquisadores e pesquisadoras cisgêneros como "responsáveis" por determinadas práticas de pesquisa com as pessoas trans, proponho trazer elementos para refletirmos sobre as estruturas de poder – como, por exemplo, a **cisnormatividade** – que possibilitam a existência de formas de produzir conhecimento desconectadas das reivindicações e experiências coletivas das pessoas trans.

Vergueiro (2016) propõe refletir sobre esse tema a partir do conceito de cisnormatividade como a construção discursiva de certos gêneros enquanto naturais, normais, verdadeiros e ideais, associada à estigmatização, marginalização e desumanização dos gêneros que não estão em conformidade com suas normas. Nesse sentido, a cisnormatividade – pensada como normatividade de gênero – terá como um de seus efeitos "[...] uma série de forças socioculturais e institucionais que discursivamente produzem a cisgeneridade como 'natural' [...]" (Vergueiro, 2016, p. 68). Ademais, para a autora, a cisnormatividade é vista como um dos elementos estruturantes de violências institucionais e socioculturais disseminadas por culturas e sociedades.

Nesse sentido, Butler (2017) questiona como o poder[5] opera na

5. Para Foucault (2017a, p. 274): "Dispomos da afirmação que o poder não se dá, não se troca nem se retorna, mas se exerce, só existe em ação, como também da afirmação que o poder não é principalmente manutenção e reprodução das relações econômicas, mas acima de tudo uma relação de força". Dessa forma, torna-se necessário entendermos o poder a partir da perspectiva Foucaultiana, na qual não trata de algo de que alguém seria possuidor e poderia trocar ou transferir total ou parcialmente para outra pessoa, ou de uma funcionalidade econômica que teria por objetivo

produção da estrutura binária em que se pensa e define o conceito de gênero, como constrói aqueles corpos que são considerados humanos e elabora uma relação binária entre **homens** e **mulheres**, estabilizando essas categorias. Para a autora, há um **sistema epistemológico/ontológico** (ou seja, um sistema de produção de conhecimento, de discursos, de crenças, que nos produz enquanto sujeitos, que estabelece o que é uma existência humana, que define determinadas condições para reconhecer um corpo como humano) que produz as categorias de gênero que sustentam a hierarquia dos gêneros e a heterossexualidade compulsória (Butler, 2017).

Para Butler (2017), um corpo passa a existir significativamente por meio das marcas de gênero. Nesse sentido, por meio do discurso cultural – que é baseado em estruturas binárias, que se apresentam como uma racionalidade universal –, são produzidas normas que definem as configurações imagináveis e possíveis de gênero em nossas culturas. Assim, são estabelecidos e introduzidos na linguagem os limites do que imaginamos que pode ser considerado um gênero e, portanto, um corpo válido, quando ele apresenta determinadas marcas estabelecidas discursiva e culturalmente (Butler, 2017).

A partir do pensamento de Butler (2017), podemos perceber que será por meio das marcas de gênero **menino/homem cisgênero** e **menina/mulher cisgênera** que um corpo será considerado como humano e legítimo em nossa cultura. Essa estrutura discursiva define os corpos que receberão o status de **pessoa**; ou seja, uma **pessoa** só ganhará esse reconhecimento ao adquirir seu gênero de acordo com padrões reconhecíveis de inteligibilidade de gênero

---

essencialmente manter relações de produção e a dominação de classes (Foucault, 2017a). O poder em ação significa que ele se exerce em nossas relações; trata-se de algo que circula, funciona em cadeia, em rede, não emanando de determinado ponto, não está nas mãos de alguns, mas atravessa nossos corpos e estamos sempre em posição de exercê-lo ou de sermos afetados por ele. E as relações de poder "[...] são uma relação desigual e relativamente estabilizada de forças, [de maneira que] é evidente que isso implica um em cima e um embaixo, uma diferença de potencial" (Foucault, 2017b, p. 370).

(Butler, 2017). Determinados corpos serão considerados como humanos quando apresentarem certa coerência de acordo com as normas de gênero. Outros não. Aqueles corpos que não estão em conformidade com essas normas são produzidos como incoerentes, não são considerados legítimos ou válidos. Nesse sentido, temos uma hierarquia de gêneros que é produzida por essa estrutura de poder binária que garante aos corpos cisgêneros **legitimidade e normalidade**, ficando os corpos trans fora das configurações do que se pode imaginar e reconhecer como um gênero válido, do que é considerado humano e, dessa forma, com um status bastante baixo nesse sistema de gênero.

A partir do pensamento butleriano, esse sistema epistemológico/ontológico produz o que podemos chamar de **gêneros inteligíveis** como "[...] aqueles que, em certo sentido, instituem e mantém relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo" (Butler, 2017, p. 43). São essas práticas discursivas que produzem os gêneros considerados **verdadeiros**, **legítimos**, **normais**, **naturais** e, até mesmo, **sagrados** em nossas sociedades. Em termos simples e para exemplificar, uma **mulher inteligível** – que será considerada **normal** dentro desse sistema de normas de continuidade e coerência – seria aquela que se identifica/reconhece com o gênero que lhe foi imposto antes ou no momento do nascimento, ou seja, uma mulher cisgênera; que mantém uma prática sexual e o desejo direcionados para o gênero oposto ao seu, sendo heterossexual, o que é esperado e considerado coerente e contínuo à sua identidade de gênero. Dessa forma, são estabelecidas discursiva e culturalmente linhas causais e racionalidades que tentam explicar toda a relação de continuidade e coerência dentro desse sistema, em que cada um desses elementos de "sexo, gênero, prática sexual e desejo" deverá supostamente corresponder e derivar um do outro, tomando forma nas **identidades de gênero inteligíveis** (Butler, 2017).

Vergueiro (2016, p. 64) coloca que

> O traço de binariedade é uma outra importante característica da cisgeneridade. Quando se considera que a leitura sobre os corpos seja capaz de, objetivamente, determinar gêneros, ela também é atravessada pela ideia de que estes corpos, se 'normais', terão estes gêneros definidos a partir de duas, e somente duas, alternativas: macho/homem e fêmea/mulher.

Nesse sentido, podemos entender que essas "[...] práticas reguladoras que geram as identidades coerentes por via de uma matriz de normas de gênero coerentes" (Butler, 2017, p. 44) produzem a **identidade de gênero cisgênero** como uma norma que auxilia a manter essa suposta continuidade e **relação natural** entre sexo, gênero, prática sexual e desejo. Essa constatação leva-nos à necessidade de problematizar a cisgeneridade e sua produção enquanto identidade de gênero associada ao sexo biológico, seu enquadramento discursivo como normalidade e naturalidade e como esse marcador de gênero define os corpos que são considerados válidos, legítimos e que importam mais.

Esses sistemas compulsórios de gênero na cultura contemporânea, como uma estratégia para se manterem, estabelecem consequências punitivas para quem não desempenha seu gênero de acordo com suas normas (Butler, 2017). Somos levados a estranhar, interrogar, exigir confissões de quem não desempenha seu gênero de acordo com os esquemas de inteligibilidade de gênero. Questionamos as pessoas trans, fazemos delas **objetos** e **populações de estudo**, colocando-as no zoológico de existências humanas referido por Beauvoir (2018). Já nós, pessoas cisgêneras, conformados e conformadas com as normas – e eu também diria que beneficiados(as) por elas –, fazemos isso porque não nos questionamos, não refletimos sobre a produção cultural e discursiva do nosso próprio (cis)gênero. Quantas pessoas cisgêneras se anunciam cisgêneras? Quantas pessoas cisgêneras reconhecem que também possuem uma identidade de gênero?

Rodovalho (2017) chama atenção para o fato da palavra cis ter surgido cerca de 70 anos depois de trans. A autora afirma que, se

hoje as pessoas trans reivindicam suas existências fora dos limites de gênero estabelecidos socialmente e questionam a cisgeneridade, em um passado remoto, são precários os registros de sujeitos que reivindicavam suas vidas dessa forma. Em decorrência das violências contra as pessoas transgênero, muitas daquelas que ousavam enfrentar os limites dos sistemas compulsórios de gênero eram mortas ou violentadas, fato que levou muitas a manterem suas existências "escondidas", gerando uma falsa impressão de que inexistiam ou de que desistiam de si mesmas (Rodovalho, 2017). Silva (2019) ressalta a importância do surgimento dos movimentos das pessoas trans na conceituação e defesa especificamente da cisgeneridade como uma categoria que deve ser analisada, nomeada e combatida no sentido de ser desnaturalizada, rompendo com a ideia de que nascemos com determinado gênero.

É plausível pensarmos que a recusa em se situar cisgênero, em se nomear, a insistência em falar **por e sobre as** pessoas transgênero, são elementos que operam a favor do dispositivo cisnormatividade e da manutenção dos sistemas compulsórios de gênero contemporâneos. É importante ouvirmos a voz de Sophia Rivera (2020 p. 2) quando diz "Venho, através desse, gritar para que vocês pessoas cisgêneras parem de neutralizar ou negar a existência e influência de suas identidades!".

Inspirado na proposta de Vergueiro (2016) em trazer reflexões com miradas próprias – **automiradas** – sobre **sistemas legais, de saúde e acadêmicos**, proponho que nós pesquisadores e pesquisadoras cisgênero exerçamos automiradas em nossas práticas de pesquisa para com as pessoas transgênero. Nesse sentido, sem o objetivo de esgotar essa discussão, trarei algumas narrativas para que possamos contextualizar o que venho chamando de ***práticas de pesquisa cisgêneras***, que têm como base os conceitos de cisnormatividade e do sistema epistemológico/ontológico que produz corpos considerados humanos a partir de marcadores de gênero.

Dentre as práticas de pesquisa cisgêneras, gostaria de iniciar essa discussão conversando sobre o veto das pessoas trans aos espaços de produção de conhecimento, assim como da negligência para com os

saberes que produzem nos estudos relacionados às suas existências. Tais práticas de pesquisa podem ser consideradas violências para com as pessoas trans, assim como estratégias punitivas e mantenedoras desse sistema epistemológicos/ontológico que produz os corpos que não são vistos como humanos. Oliveira (2020) conta que, no contexto da covid-19 no Brasil no ano de 2020, elaborou um texto sobre as medidas políticas necessárias à proteção das vidas de pessoas que vivem com HIV durante a pandemia, e um pesquisador homem cisgênero acusou-a de não produzir ciência, mas sim ativismo, alegando que "não queria saber de política". Em seu texto, Oliveira (2020) traçou justamente algumas reflexões sobre as vulnerabilidades sociais que necessitam de análise em relação às pessoas que vivem com HIV durante a pandemia. A pesquisadora ainda destacou:

> Tenho uma lista grande de vezes que minha produção como cientista social e como ativista foi deslegitimada. [...] mas não é novidade nenhuma uma mulher negra de esquerda, ainda mais uma travesti negra, ser deslegitimada pela ciência que produz, pra ser taxada de "ativista" (Lelia Gonzalez já falava isso lá nos anos 80) (Oliveira, 2020, p. 2)

Considerando que romper com a cisnormatividade em nossas práticas de pesquisa pode oportunizar uma escuta qualificada e posturas outras que produzam trabalhos diferenciados **com** as pessoas trans (Silva, 2019), acredito que, enquanto pesquisadores e pesquisadoras cisgêneros, é fundamental acessarmos os saberes produzidos pelas pessoas trans e, dessa forma, aproximarmos o que propomos das suas reivindicações e produções teóricas. Silva (2019) chama atenção para que a comunidade cisgênera adote uma ética de pesquisa que respeite a autonomia e os saberes produzidos **pelo** campo de pesquisa quando se relaciona às pessoas trans, visto que estas estão pesquisando, produzindo textos e ferramentas teóricas que pensam suas existências e tantas outras temáticas sociais.

Vergueiro (2016) afirma que as instituições acadêmicas e estatais se colocam como os únicos locais que refletem sobre as pessoas trans,

produzindo, muitas vezes, conhecimentos que não dialogam com suas realidades e até mesmo geram o apagamento dos saberes que produzem. Ademais, a pesquisadora aponta que, nas práticas de pesquisa cisgêneras, geralmente podemos identificar limitações epistemológicas decorrentes da utilização de referenciais hegemônicos produzidos por pessoas cisgêneras que não dão conta de pensar **com** as pessoas trans sobre suas reais necessidades. Dessa forma, torna-se necessário reconhecer outros saberes que não estão sempre em ambientes acadêmicos, que são produzidos até mesmo como forma de resistência a esses sistemas restritos de produção de conhecimento (Vergueiro, 2016).

Em concordância com Favero (2020a), que propõe "adoecer a cisgeneridade" enquanto uma estrutura que classifica as pessoas trans como incapazes, trago do seu pensamento a ideia da necessidade de irmos além – mas não menos importante – da despatologização das existências trans, denunciando o dispositivo da cisnormatividade, como também em direção à **(des)epistemologização**, para que, dessa forma, seja possível criticarmos as práticas de pesquisa exclusivamente cisgêneras que ditam verdades sobre as pessoas trans. Nesse sentido:

> Dito de um modo simples, (des)epistemologizar é mais do que uma palavra alternativa para discutir a (des)patologização, é um recurso político frente a uma população que tem sido lida, analisada, interpretada, tratada e diagnosticada com ferramentas supostamente clínicas e pretensamente científicas. (Favero, 2020a, p. 416).

E, para isso, é necessário reconhecermos que as pessoas transgênero produzem conhecimento e têm protagonizado seus deslocamentos da posição de **pesquisadas** para **pesquisadoras** (Favero, 2020b). Nos anos 1990, as pesquisas acadêmicas abordavam aspectos culturais, econômicos e sobre o trabalho sexual das mulheres trans e travestis; já nos anos 2000, as discussões migraram para o campo da saúde e da clínica, da despatologização do gênero; e, por fim, na

última década, com a chegada do transfeminismo no Brasil, outros debates começaram a ser traçados e uma aproximação das pessoas trans com a universidade se efetivou, colocando outros vocabulários para circularem e estabelecendo críticas a partir de determinados conceitos, como os da cisgeneridade e da cisnormatividade (Favero, 2020b). Os espaços digitais que permitem que as pessoas trans publiquem e escrevam elas próprias sobre suas diferentes realidades e o lançamento de autobiografias também surgiram como recursos de reivindicação política e produção de conhecimentos fora dos moldes acadêmicos tradicionais (Favero, 2020b).

Certa tarde, quando caminhava em uma avenida com uma das narradoras deste estudo, Brenda, ela me dizia:

> — Eu tô cansada, tô sempre dando entrevista, respondendo pesquisa pra jornal, universidade. Ninguém volta, ninguém me dá nada, sempre no horário do meu trabalho, eu sou profissional do sexo, é meu ganha pão, preciso de dinheiro, não posso ficar falando muito. Se eu estou em casa, não estou em casa, estou no celular, no site, procurando cliente, postando fotos.

Entre conversas e pensamentos que se faziam presentes em nosso encontro, me perguntava o quão pode ser violento para as pessoas trans serem constantemente colocadas nesse **zoológico de existências humanas** (Beauvoir, 2018) e intensamente questionadas sobre suas existências por pesquisadores e pesquisadoras que partem da concepção de que seus (cis)gêneros são inquestionáveis e colocados no campo do que é considerado normal, restando, assim, às pessoas trans serem estranhadas, interrogadas e explicadas. Lembrei-me também de uma travesti que, certa noite, em uma mesa de bar, me disse: "— Eu odeio quando alguém chega e me pergunta **'o que você é?'**. Ora, o que eu sou? Eu sou um ser humano!".

Thina, outra narradora deste estudo, conversando comigo sobre as recusas das pessoas trans em participar de pesquisas propostas por pessoas cis afirmou:

> – Eu acho que pelo que eu escuto das minhas colegas que passam aqui na universidade, elas são muito interpeladas pela mídia, pela academia, como pela própria curiosidade das pessoas mesmo. Nós temos que lidar com os olhares estranhos o tempo todo. Mais elas do que eu. Porque eu abro mão né, da minha montagem e da minha exposição por causa da minha segurança, mas elas que vivem o tempo todo, que põem a cara no sol, elas que dão a cara a tapa, elas lidam com esses olhares todo santo dia. Elas estão cansadas de ter que lidar com esses olhares, essas perguntas todo santo dia. Elas criam meio que uma 'casca', uma 'armadura' de tanto que você sofre com essas perguntas, esses olhares curiosos... E essas perguntas às vezes nem são feitas com educação. Às vezes as perguntas são escrotas mesmo. Aí elas acabam ficando cansada disso.

Até quando nós, cis produtores e produtoras de conhecimento, não perceberemos que perpetuar a cisnormatividade em nossas práticas é um ato violento para com as pessoas trans? Cabe lembrar que aos gêneros inteligíveis – e aqui entendem-se como as identidades de gênero meninos/homens e meninas/mulheres cisgêneras – são garantidos direitos e proteção, ao contrário daqueles que não se apresentam em conformidade com esse sistema epistemológico/ontológico que considera alguns corpos como humanos e outros não, sendo, estes últimos, passíveis de punição e desproteção. Como lembra Silva (2019, p. 2), "[...] a pessoa trans é problematizada por não ser cis, recaindo sobre seu corpo e experiência o peso da investigação".

Outro ponto importante de discussão se inicia quando a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) apresenta uma estimativa de que apenas 4% da população trans feminina se encontra em empregos formais com possibilidade de progressão e promoção de carreira (Benevides; Nogueira, 2020). Considerando que 90% das mulheres transexuais e travestis atuam como profissionais do sexo (Benevides; Nogueira, 2020), curiosos às experiências coletivas das pessoas transgênero vamos ao campo de pesquisa em seu horário de trabalho e lhes tomamos o tempo que lhes garante os meios de suas

sobrevivências. Ademais, como já mencionado, alguns pesquisadores e pesquisadoras cisgênero também desaparecem logo após terem suas pesquisas respondidas. Alguns dirão que o chamado retorno se dará por meio da produção de artigos científicos que trarão novas concepções e informações relevantes às vidas das pessoas trans e que estas assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e aceitam de forma voluntária participarem de suas pesquisas, entendendo que sua comunidade será beneficiada com essa participação. Quanto de fato as pesquisas que produzimos levam a mudanças concretas nas vidas das pessoas trans? Como damos conta das problemáticas trazidas por essa travesti quando diz estar cansada de tantos questionamentos, de não ser remunerada em seu tempo de trabalho?

Em outra cidade, uma travesti idosa, ao ser convidada para contar suas histórias, disse-me que cobraria por hora para conversar comigo, visto que o encontro se daria no seu horário de trabalho. Muitos e muitas de nós poderiam pensar que, **por questões éticas**, essa seria uma prática de pesquisa inviável... No entanto, quantos de nós poderíamos ir além e pensarmos que essa travesti idosa não recebia uma bolsa de pesquisa do governo ou algum tipo de financiamento público para pausar seu tempo de trabalho e conversar sobre determinados assuntos?

Buscando uma travesti que é conhecida pela sua atuação nos movimentos sociais de defesa dos direitos das minorias sexuais e de gênero, depois de algumas tentativas nas quais me desloquei ao seu local de trabalho para que pudéssemos marcar um dia e horário para conversarmos, o encontro formal não foi possível. Mas entre essas tentativas de ocupar um lugar na sua agenda – a qual é sempre intensamente preenchida –, ela me disse: "– Eu mesma, já respondi não sei quantas pesquisas para pessoas da universidade. Todos eles me disseram que voltariam para me mostrar o trabalho final. Que me mandariam um exemplar do trabalho. Sabe quantos fizeram isso? Nenhum!". Ademais, desde o primeiro dia em que a procurei, percebi que, quando foi convidada para contar suas histórias, se mostrou

cansada por mais uma vez um pesquisador cisgênero lhe procurar para participar de uma pesquisa.

Pessoas cisgênero rotineiramente buscam as pessoas trans para participarem de suas pesquisas de mestrado e/ou doutorado e o trabalho se finaliza quando recebem seus diplomas ou publicam seus textos. Pessoas trans estão cansadas de não obterem retornos visíveis do tempo que se disponibilizam em responder nossos questionamentos. Nossas práticas de pesquisa cisgêneras têm tido quais implicações com as pessoas trans? Estamos de fato comprometidos e comprometidas eticamente com essa população e suas demandas em nossos trabalhos? Nossas práticas têm sido coerentes com as reivindicações das pessoas trans?

Em meio às nossas conversações, Thina ressaltou:

> — Eu penso assim, já pensou se eu e todas minhas colegas nos negássemos a fazer essa participação com você? A Saúde Coletiva ia perder esse contato, esse acúmulo de saberes e de conhecimentos e nós também perderíamos essa representação acadêmica né? Mais um espaço que pode estar se preocupando com questões nossas né. Então eu acho que é muito importante a gente compor parceria com quem tá aberto ao diálogo e a construir um espaço de mudança pra gente.

Nessa perspectiva, a presente narrativa pode ser vista como uma proposta para que o campo da Saúde Coletiva pense **com** as pessoas trans e os saberes que produzem, respeitando suas próprias reflexões e histórias. Da mesma forma que as práticas de pesquisa cisgêneras precisam se reinventar e questionar até que ponto (re)produzem discursos que perpetuam as tentativas de apagamento do protagonismo das pessoas trans do conhecimento que se propõem produzir.

Na presente narrativa, tivemos como objetivo apresentar elementos teóricos para que os dispositivos de poder que produzem os corpos/gêneros cisgêneros como normais e verdadeiros sejam questionados, assim como ressaltar a necessidade de uma visão crítica a respeito das práticas de pesquisa cisgêneras com as pessoas

trans. A comunidade cisgênera, seja na academia, em serviços de saúde, em ambientes de trabalho, dentre outros, tem como dever pensar na produção de práticas mais compromissadas ética e politicamente **com** as pessoas trans.

REFERÊNCIAS

BEAUVOIR, Atena. **Contos Transantropológicos.** Porto Alegre: Taverna, 2018.

BENEVIDES, Bruna G.; NOGUEIRA, Sayonara Naider Bonfim (Orgs.). **Dossiê dos assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2019**. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2020. 80p.

BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política**: Ensaios sobre literatura e história da cultura. Obras escolhidas 1. 3. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**: feminismos e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

FAVERO, Sofia. (Des)epistemologizar a clínica: o reconhecimento de uma ciência guiada pelo pensamento cisgênero. **Revista Brasileira de Pesquisa (Auto)Biográfica**, Salvador, v. 5, n. 13, p. 403-418, 2020a.

FAVERO, Sofia. Por uma ética pajubariana: a potência epistemológica das travestis intelectuais. **Equatorial**, Natal, v. 7, n. 12, 2020b.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** 6. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017a.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade:** a vontade de saber. 5. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017b.

HOLANDA, Lana de. Usem a palavra "cis": sobre a necessidade de demarcar esse lugar de poder. **Medium** [portal online], 2020. Disponível em: https://lanadeholanda.medium.com/usem-a-palavra-cis-sobre-a-necessidade-de-demarcar-esse-lugar-de-poder-ed8c978a78cf Acesso em: 23 out. 2020.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. Brasília, 2012.

OLIVEIRA, Carolina Iara de. O estressante lugar da travesti negra que produz conhecimento acadêmico. **Medium** [portal online], 2020. Disponível em: https://medium.com/@carolinaiaradeoliveira/o-estressante-lugar-da-travesti-negra-que-produz-conhecimento-acad%C3%AAmico-253c33bda865. Acesso em: 23 out. 2020.

RIVERA, Sophia. Você é cisgênero(a)? **Medium** [portal online], 2020. Disponível em: https://medium.com/@sophiariveracs/voc%C3%AA-%C3%A9-cisg%C3%AAnero-a-10ccdff31ccb. Acesso em: 23 out. 2020.

RNP+ - Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS; MNCP - Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas; RNAJVHA - Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vi-vendo com HIV e AIDS; RNTTHP - Rede Nacional de Mulheres Travestis e Transexuais e Homens Trans vivendo e convivendo com HIV/AIDS; ONG GESTOS – Soropositividade, Comunicação e Gênero; UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS no Brasil, PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil; PUC-RS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. **Sumário Executivo**: Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS. Brasília: UNAIDS, 2019. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2019_12_06_Exec_sum_Stigma_Index-2.pdf. Acesso em: 23 ago. 2024.

RODOVALHO, Amara Moira. O Cis pelo Trans. **Estudos Feministas**, Florianópolis, n. 25, v. 1, p. 365-373, 2017.

SILVA, Yuna Vitória Santana da. A cisgeneridade e o complexo do "apesar de". **Medium** [portal online], 2019. Disponível em: https://medium.com/@yunavitria/a-cisgeneridade-e-o-complexo-do-apesar-de-be41a1c72e51. Acesso em: 23 out. 2020.

VERGUEIRO, Viviane. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes:** uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade. 2016. 244f. Dissertação (Mestrado em Cultura e Sociedade) – Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em Cultura e Sociedade da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

16

QUANDO HOMENS TRANS DESEJAM ENGRAVIDAR: QUAL O PAPEL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE?

BRIDA LUISA TORRES DUQUE
E JANDESSON MENDES COQUEIRO

INTRODUÇÃO

O Brasil, mesmo com a precariedade dos dados, é considerado o país que mais mata travestis e transexuais do mundo (Costa-Val *et al.*, 2022; Benevides, 2023). Atualmente, a expectativa de vida dessa população no Brasil é de 35 anos (Benevides, 2023), 41,8 anos a menos que a expectativa de vida do brasileiro em 2020 (IBGE, 2022).

A vulnerabilidade dessa população não se limita aos danos físicos. A transfobia, violência e discriminação acarretam agravos relacionados à qualidade de vida, oportunidades de estudo, trabalho e saúde mental, como distúrbio de autoimagem, depressão e tentativas de suicídio (Miskolci *et al.*, 2022). Entretanto, mesmo com a constante necessidade de acompanhamento adequado do serviço de saúde e apesar de ser constitucional, essa população deixa de recorrer ao auxílio da rede de saúde, incluindo os seus direitos sexuais e reprodutivos, por se deparar com o preconceito e negligência da equipe de profissionais que possuem o papel de lhe assistir (Bezerra *et al.*, 2019; Costa-val *et al.*, 2022).

No art. 3°, da Lei n° 9.263, de 12 de janeiro de 1996, é sancionada a obrigatoriedade de toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) ofertar, de maneira integral e igualitária, a assistência à concepção e contracepção; o atendimento pré-natal; e a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato (Brasil, 1996). Apesar disso, uma pesquisa sobre a população travesti e transexual realizada na

Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) em 2018 com 147 pessoas trans apontou que 34,1% dos entrevistados relataram não terem tido seu nome social e/ou sua identidade de gênero respeitado nos serviços de saúde, sendo 40,3% durante o acolhimento e 24,2% em todas as etapas relacionadas ao atendimento (IJSN, 2018). Esses atos, mesmo os não intencionais, rompem o vínculo com a assistência (Rocon *et al.*, 2016; Bezerra *et al.*, 2019).

Dentre a população trans, a pessoa transexual masculina possui particularidades capazes de promover a quebra de paradigmas enraizados pela cultura machista e cisheteronormativa existente no Brasil. A terapia hormonal com testosterona é prescrita para homens trans que desejam o alinhamento das características físicas às da sua identidade de gênero e, apesar de ser considerado por alguns profissionais um método contraceptivo, a testosterona não possui ação comprovada na contracepção (Krempasky, 2019). Sendo assim, se for de interesse do homem trans, deve-se conciliar o uso de métodos contraceptivos.

O estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) por Abern e Maguire (2018) contou com a participação de 100 homens trans, com 51% relatando não terem recebido orientações sobre métodos contraceptivos após o início do acompanhamento à hormonização com testosterona. A amenorreia – ausência de menstruação – estava presente em 20% dos casos.

Ao surgir a necessidade de realizar cuidados pré-natais, o homem transexual, se vê inserido em um processo considerado exclusivamente feminino, com uma equipe que, em muitos casos, acaba reproduzindo a prática discriminatória de atendimento, em que apenas o indivíduo que nasceu como mulher é capaz de gerar e parir (Costa-val *et al.*, 2022; Pereira *et al.*, 2022).

O sentimento relacionado à gestação se alterna de acordo com a pessoa, conforme destaca um estudo realizado por Ellis, Wojnar e Pettinato (2014), que contou com oito homens trans americanos. Nesse estudo, alguns dos participantes relataram uma forte conexão com o corpo e o bebê durante a gestação, uma sensação de paz e

aceitação, enquanto, para outros, o processo gestacional foi marcado por angústia, sofrimento, desconforto e solidão.

Um estudo realizado na Holanda, que recrutou participantes que compareceram ao Centro de Especialização em Disforia de Gênero (Center of Expertise on Gender Dysphoria) em Amsterdã, contou com cinco participantes, todos homens trans que vivenciaram a gestação após a transição social, os quais relataram diferentes percepções relacionadas ao trabalho de parto. Os entrevistados elogiaram a equipe de profissionais envolvida no atendimento hospitalar e os desconfortos relacionados ao parto vaginal, que estavam relacionados à disforia de gênero, intensificada pela exposição dos órgãos genitais. Ter o direito de optar pela cesariana tornou- se um acalento, porém não foi escolhido por todos. Além disso, durante o puerpério, diferentes emoções se apresentam, mudanças na rotina pessoal, familiar, cansaço e contentamento são comuns nos relatos. Os participantes da pesquisa relataram satisfação e orgulho por terem conseguido passar por todo processo e tornar-se pai gestacional (Van Amesfoort *et al.*, 2023).

Considerando as especificidades no cuidado aos homens trans durante o seu período gravídico-puerperal e a escassez de pesquisas em território brasileiro, identifica-se que há necessidade de novos estudos, no sentido de apontar atravessamentos e potencialidades relacionados à temática, tornando-se possível a criação de estratégias que auxiliarão as equipes a prestar assistência de maneira integral e igualitária, promovendo um pré-natal adequado e uma gestação segura. Além disso, reflexão sobre a temática para implementação de políticas públicas que possam pensar no cuidado integral aos homens trans.

Dessa forma, este ensaio reflexivo tem por objetivo discutir o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) quando homens trans desejam engravidar, destacando o contexto histórico de luta e resistência dessa população.

A LETRA "T" DE LGBTQIAPN+: CONTEXTO HISTÓRICO DE LUTA E RESISTÊNCIA.

Sabe-se que as questões de orientação sexual e identidade de gênero, especialmente a homossexualidade e a transexualidade estavam presente em relatos históricos de antigas civilizações, como os egípcios, gregos, romanos e tribos indígenas, sejam nos cultos de divindades ou em rituais. Porém, a expansão cristã, juntamente ao avanço da medicina, levou a uma intensa mudança de percepções sobre as práticas realizadas pela população LGBTQIAPN+[1] (Ciasca; Pouget, 2021).

A propagação do entendimento religioso de que as relações sexuais deviam ser realizadas apenas com o intuito de procriação reforçam que a homossexualidade era entendida como um desvio e a heterossexualidade vista como normalidade. Ao considerar o sexo pelo prazer carnal um ato pecaminoso, o desejo e prazer começaram a ser repreendidos (Do Carmo, 2020).

O controle da sexualidade tendo como foco fins reprodutivos expandiu com o entendimento de biologicismo sexual e binarismo de gênero propagado pelo sistema capitalista (Foucault, 2014). Borrillo (2010, p. 31) traz que o entendimento da heterossexualidade como superioridade e norma julga as identidades contraditórias "na melhor das hipóteses, incompletas, acidentais e perversas; e, na pior, patológicas, criminosas, imorais e destruidoras da civilização".

Como uma tentativa de controlar o incontrolável, diversos territórios iniciaram a implementação de medidas punitivas a práticas relacionadas homossexualidade e a transexualidade. Essas medidas, posteriormente, se tornaram legislações e, até os dias atuais, estão vigentes em cerca de 68 países, dos quais Arábia Saudita, Irã, Iêmen,

1. Optamos por usar a sigla LGBTQIAPN+ como padrão ao longo do texto, por contemplar múltiplas identidades e orientações de gênero.

Nigéria, Sudão e Somália são países que presentemente condenam a homossexualidade com a pena de morte (Silva, 2020).

Diante disso, é possível perceber que a expressão e identidades de gênero que divergem da cultura binarista e cisheteronormativa representam riscos lícitos à população LGBTQIAPN+. O termo **heteronormatividade** foi criado para

> classificar a marginalização, perseguição, repressão e conformação por práticas sociais, crenças ou políticas que se referem especificamente à sexualidade e ao gênero dos indivíduos, tratando a heterossexualidade como uma prática intrínseca e natural ao ser humano e qualquer desvio como antinatural e passível de perseguição, correção e destruição (Rosa, 2020, p.64).

É importante elucidar que a expressão de gênero é o modo como a pessoa apresenta seu gênero, seja através de comportamentos, roupas, falas ou aparência, de acordo com suas percepções culturais e expectativas sociais, podendo se modificar em diferentes contextos, ambientes ou por desejo pessoal (Ciasca; Hercowitz; Lopes Júnior, 2021; De Jesus, 2012).

Já a identidade de gênero é a percepção pessoal e não precisa estar de acordo com as expressões de gênero ou com o sexo designado ao nascer. Ciasca, Hercowitz e Lopes Júnior (2021, p. 110) a definiram como "à convicção da pessoa de se reconhecer como homem, mulher, algo entre essas definições ou fora do contexto binário hegemônico".

Dentre os marcos históricos de resistência, o dia 28 de junho é considerado o Dia Internacional do Orgulho LGBTQIAPN+, porém, em 1969, essa data marcava um acontecimento em um conhecido bar em Nova York (Silva, 2020). O The Stonewall Inn, um ambiente sujo e com valores exorbitantes, garantia seu funcionamento através da gerência da máfia local combinada com uma propina dada aos policiais (Hirshman, 2012; Lelis, 2019) e estava constantemente cheio por se tratar de um dos únicos bares LGBTQIAPN+ da região

(Lelis, 2019). No início do dia 28 de junho de 1969, a polícia local compareceu ao bar com o pretexto de checar as irregularidades das bebidas e, como de costume, realizar fiscalizações violentas, intimidadoras e a dispersão dos frequentadores (Lelis, 2019). Naquele dia, eles se depararam com a resistência verbal e, posteriormente, um conflito físico iniciado por duas ativistas trans, que levaram ao acontecimento que conhecemos como Revolta de Stonewall (Ciasca; Pouget, 2021).

Um dos fatos marcantes desse dia é que grande parte dessas pessoas seriam apreendidas pelo *crossdressing*, que, naquele momento, era considerado o ato ilegal de se vestir com roupas contrárias ao seu gênero biológico (Lelis, 2019; De Oliveira; Francisco; Gonçalves, 2021). Destaca-se que essa revolta é constantemente difundida "dentro do contexto historiográfico gay, invisibilizando a luta travesti e transexual das pautas LGBTQIAPN +" (Ciasca; Pouget, 2021, p. 132).

É importante ressaltar que o termo 'pessoas trans' abrange as travestis, mulheres transexuais, homens transexuais (Ciasca, Hercowitz; Lopes Júnior, 2021) e não binárias (Preciado, 2022). Segundo Ciasca, Hercowitz e Lopes Júnior (2021, p. 111), esse termo é "usado para incluir uma diversidade de pessoas cujas histórias, corpos e formas de se reconhecer podem ser bem diferentes, mas que compartilham o fato de não se identificarem com o gênero que lhes foi atribuído no nascimento."

Ser uma pessoa transexual, foi considerada, durante anos, pela Classificação Internacional de Doenças (CID), como uma patologia, e o termo utilizado era **transexualismo**, sendo elencado como um dos possíveis diagnósticos relacionados aos transtornos mentais (WHO, 2024). Atualmente, o diagnóstico se encontra na seção de saúde sexual e é denominado por incongruência de gênero, mudança que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), ocorreu porque a classificação anterior causava um grande estigma a essa população, ao ser associada a transtorno mental (WHO, 2024; Ciasca; Pouget, 2021). A partir desses diagnósticos, é possível que as pessoas trans

tenham acesso às modificações físicas ofertadas pelo SUS, contudo reforça o entendimento que essa pessoa possui uma incongruência com o próprio gênero, quando, na verdade, ela não se identifica com o gênero que lhe foi designado ao nascer (Ciasca; Hercowitz; Lopes Júnior, 2021).

Além do estigma de transtorno mental, em 1982, a transexualidade se deparou com o cenário de corresponsabilização pela epidemia de HIV/AIDS no Brasil (Ciasca; Pouget, 2021). Assim, as poucas ações de saúde voltadas para essa população focaram na prevenção e tratamento do HIV/AIDS (Frazão, 2016).

Em se tratando do Brasil, um aspecto histórico relevante foi o I Encontro Nacional de Travestis e Liberados, em 1993, que surgiu, naquele contexto, com a presença de ativistas que atuavam na prevenção do HIV/AIDS em todo o território nacional (Souza, 2023). Levando em consideração que as organizações e grupos LGBTQIAPN+ eram majoritariamente dirigidos pela população gay e lésbica, esse encontro é considerado um importante marco para a autonomia dos movimentos trans e se tornava uma ferramenta para a ampliação da representatividade. Os encontros posteriores foram responsáveis pelo surgimento de várias estratégias que levaram à atual Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), uma grande responsável pela elaboração de propostas políticas e de visibilidade das pautas trans a partir do diálogo entre população e agências públicas (Souza, 2023).

Naquela época, meados dos anos 1990, se discutia muito a relevância da autorização dos procedimentos cirúrgicos de redesignação sexual em território brasileiro. Mas a proibição legal não garantia que os procedimentos não fossem realizados. Um exemplo disso foi a prisão do cirurgião que realizou a primeira toracoplastia masculinizadora em um homem trans no ano de 1977 (Ciasca; Pouget, 2021).

Em setembro de 1997, a Resolução 1482/97 aprovou a realização de intervenções cirúrgicas como a redesignação sexual e a hormonioterapia, a título experimental. A partir dessa resolução, o Conselho Federal de Medicina (CFM) limitou que a ocorrência desse

procedimento acontecesse exclusivamente em hospitais públicos universitários (CFM, 1997).

Após a resolução ser aprovada, Bianca Magro foi a primeira pessoa a realizar a redesignação sexual, que ocorreu no dia 8 de abril de 1998, no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, no estado de São Paulo (SP) (Preu; Brito, 2018). Em agosto de 1998, Sandy, mulher transexual, foi a segunda pessoa no Brasil e a primeira no estado do Espírito Santo a realizar esse procedimento, no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Morais (HUCAM) (Quintela, 2018).

No ano de 2002, a Resolução passou por sua primeira reformulação, retirando o caráter experimental (Rocon; Santos, 2018), porém limitou-se aos procedimentos cirúrgicos que envolvem as mulheres trans. A autorização para que homens trans realizem cirurgias relacionadas às modificações corporais sem o caráter experimental só se tornou possível oito anos depois, no ano de 2010 (Rocon *et al.*, 2019).

A justificativa usada para essa postergação do caráter experimental dos procedimentos (Rocon; Da Silva; Sodré, 2018) evidencia a desproporção de investimentos no desenvolvimento de tecnologias relacionadas às modificações dos corpos das mulheres trans ao de homens trans (Bento, 2006). Bento (2006, p. 158) relata que

> A ciência não tem muita pressa em criar novas tecnologias para intervir nos corpos-sexuados femininos, levando-me a pensar nas assimetrias de gênero na produção das tecnologias para transformar os corpos femininos.

O Processo Transexualizador do SUS foi instituído por meio da Portaria 1707/2008 do Ministério da Saúde. Assim, os procedimentos autorizados anteriormente começaram a ser ofertados pelo SUS, porém limitando apenas às mulheres transexuais. Somente em 2013 o Ministério da Saúde publicou a Portaria 2803, que contempla os homens trans e travestis no Processo Transexualizador (Rocon; da Silva e Sodré, 2018).

O direito de retificar os documentos independentemente de modificações corporais (hormonais e cirúrgicas) foi conquistado em 2016. Porém as últimas decisões tomadas pelo Supremo Tribunal Federal foram em 2018, tornando-se isento qualquer autorização judicial ou laudo/atestado do profissional de saúde, seja certificando o gênero daquele indivíduo ou a realização de acompanhamento profissional (Silva, 2020; Brasil, 2018).

Brandão e Alzuguir (2022, p. 80) aponta que "sentir-se uma mulher ou sentir-se um homem não depende necessariamente de uma estrutura corporal que coincida ao padrão normativo vigente". Vale ressaltar que é a maneira como a pessoa se identifica que vai estabelecer a sua identidade de gênero, e não procedimentos cirúrgicos (De Jesus, 2012), sendo assim, as lutas e resistências das pessoas trans englobam diferentes áreas, como segurança, acesso à educação, moradia, emprego e atuação na política, podendo ser realizadas de maneira individual ou coletiva (Branco, 2001).

Frisa-se que os movimentos de resistência se conformam como uma criação social de novas oportunidades de vida, implementadas sem um objetivo pré-determinado, isto é, não há um plano prévio do agir (Heckert; De Barros, 2007). Pode-se citar, como exemplo de movimentos de resistência, o acolhimento que a travesti Brenda Lee oferecia a diversas pessoas trans e travestis. Com a chegada da HIV/AIDS no Brasil, Brenda lutou incessantemente para levantar fundos e garantir o sustento dessas pessoas, participando inclusive de grandes programas de televisão, como o da apresentadora Hebe Camargo. Em 1988, antes de ser brutalmente assassinada, ela fundou a Casa de Apoio Brenda Lee, que cuidava de dezenas de travestis acometidas pelo HIV/AIDS (Souza, 2023). Resistir, é criar possibilidades de existir (Maciel Jr., 2014).

Em se tratando da segurança, deve-se lembrar que, no dia 13 de junho de 1980, São Paulo foi palco de um ato público pacífico e efetivo organizado pela junta de associações e grupos LGBTQIAPN+. Essa caminhada, do Centro da cidade em direção ao Teatro Municipal, tinha como intuito reagir às diversas perseguições policiais, como

a **Operação Limpeza** que era realizada com o objetivo de prender pessoas trans, tendo como alvo as travestis (Souza, 2023).

A respeito da representação das pessoas trans e travestis em espaços políticos, em 1992, Kátia Tapety foi eleita vereadora e se tornou a primeira travesti da política brasileira, abrindo portas para que a população trans e suas pautas começassem a ocupar esse espaço (Gontijo, 2014). Nas eleições de 2022, o Brasil elegeu Erika Hilton e Duda Salabert como deputadas federais, sendo as primeiras trans no Congresso Brasileiro.

A criação do programa **Brasil sem Homofobia**[2] em 2004 (Conselho Nacional de Combate à Discriminação, 2004), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travesti e transexuais em 2011 (Brasil, 2013), o encaminhamento de mulheres e homens transexuais privados de liberdade a unidades prisionais femininas em 2014 (Souza, 2023), a criminalização da transfobia em 2019 (Brasil, 2019a) e a inserção das travestis e transexuais na Lei nº 11.340/2006 - Lei Maria da Penha - em 2022 (JusBrasil, 2022), são exemplos de estratégias políticas implementadas.

Porém, essas estratégias são constantemente censuradas, como, por exemplo, no dia 9 de novembro de 2021, quando a vereadora Karla Coser foi ridicularizada por outros vereadores durante uma sessão na Câmara Municipal de Vitória após afirmar que "homens trans podem engravidar" (Silva, 2021, p. 1). A deputada federal Erika Hilton, no dia 18 de abril, utilizou a terminologia "pessoas que gestam" e foi duramente criticada por outros parlamentares que considerava apenas o uso de "mulheres" como adequado (Pompeu, 2024).

Com diferentes estratégias de atuação, organizações, associações e grupos promovem um apoio em áreas negligenciadas pela política

2. Apesar de ser conhecido como "Brasil sem Homofobia", seu nome é "Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual", abrangendo a população transexual.

brasileira. Em se tratando de direitos legais, a **Bicha da Justiça**[3] e a **Clínica Jurídica LGBTQIA+**[4] são exemplos ao proporcionarem acessibilidade jurídica e propagarem informações sobre direitos legais da população LGBTQIAPN+ em seus sites. Já a **Trans Empregos** possui um banco de dados online e gratuito com diversas oportunidades de vagas de emprego para pessoas trans, além de oferecer palestras com objetivo de conscientizar grandes empresas sobre a causa (Rocha, 2017).

A única organização do Espírito Santo com travestis e transexuais na liderança é o Grupo Orgulho, Liberdade e Dignidade (GOLD). Com a finalidade de promover e defender os Direitos Humanos, a GOLD oportuniza rodas de conversa sobre sexualidade e gênero (Nascimento; Mata, 2020) e proporciona informações sobre saúde e cidadania (como empregos e retificação de documentos), além de atuar a partir das necessidades pontuais da população, como a distribuição de 10 toneladas de alimentos realizada durante a pandemia (Boita *et al.*, 2022).

GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO DE HOMENS TRANS: REFLEXÕES SOBRE O PAPEL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A saúde como um direito de todos e dever do estado é algo firmado no artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988 (Brasil, 1988). Em conjunto a esse artigo, o SUS é consolidado a partir da Lei 8.080/90, que regula as ações e serviços, e com a Lei 8.142/90, que assegura a participação popular (Ribeiro *et al.*, 2020).

O SUS, enquanto política de saúde, possui como seus princípios a universalidade, a equidade e a integralidade (Brasil, 2000a;

3. Bicha da Justiça. Saiba mais em: https://bichadajustica.com
4. Grupo Diversidade Niterói - Universidade Federal Fluminense. Saiba mais em: https://sdd.uff.br/clinica-juridica-lgbt/agenda-de-atendimentos/.

Teixeira, 2021). Apesar desses princípios, a violência e discriminação são perpetuadas em espaços destinados ao cuidado e assistência (Broilo; De Jesus, 2022), causando um bloqueio na relação dos grupos marginalizados com a saúde.

Pode-se afirmar que a população transexual é o grupo que vivencia as maiores iniquidades dentro da população LGBTQIAPN+ (Broilo; De Jesus, 2022). Entende-se iniquidades em saúde como as discrepâncias fruto de um processo histórico (De Almeida; Athayde, 2015), socioeconômicos e culturais injustos (Cruz; da Silva, 2022). Esse fato é evidenciado por estudos como os de Bento (2006; 2012) e Lionço (2009), ao identificarem que a transfobia e o desrespeito ao nome social são um dos obstáculos à busca e adesão de serviços de saúde, além de serem um dos responsáveis pelo abandono de acompanhamentos já iniciados pelas pessoas trans.

Uma revisão integrativa elencou os sete maiores desafios vivenciados por pessoas trans e travesti na busca da universalidade no SUS, são eles:

> discriminação, a patologização da transexualidade, a falta de qualificação dos profissionais, o acolhimento inadequado, a escassez de recursos para o financiamento de políticas e programas voltados ao combate à discriminação de origem homofóbica e trans-travestifóbica, bem como a ausência da garantia de serviços específicos – como o processo transexualizador (Rocon *et al.*, 2020, p. 1).

O acolhimento inadequado é considerado como o principal motivador para que as pessoas trans busquem locais alternativos para acessar os serviços de saúde (Rocon *et al.*, 2020). A pesquisa de Souza e Pereira (2015, p. 150) reforça a falta de acolhimento a partir da fala de uma travesti entrevistada "a saúde não é diferente do dia a dia. Tratam a gente como não humana, por isto eu não vou ao SUS, de jeito nenhum".

A postura exercida pelo profissional de saúde está relacionada ao seu desconhecimento e falta de discussão sobre as temáticas de

gênero e sexualidade, seja no ambiente de formação acadêmica ou de formação complementar dos profissionais (Bitencourt; Ribeiro, 2019). Uma falta de capacitação que influencia negativamente o vínculo terapêutico, afetando a qualidade dos atendimentos (Negreiros *et al.*, 2019). Relacionado ao acesso nos atendimentos dos serviços públicos de saúde, Mello *et al.* (2011) apontam que as pessoas transexuais e travestis enfrentam dificuldades relacionadas à transfobia vinculadas a outros marcadores sociais.

O processo transexualizador pode ser considerado uma das atuais portas de entrada da população trans ao serviço de saúde, porém uma sobrecarga nos serviços ambulatoriais (média e alta complexidade), ocasionada por demandas que poderiam ser compreendidas pela Atenção Primária à Saúde (APS), leva a longas filas de espera e dificuldade em acessar atendimentos (Rocon; Santos, 2018). Embora haja uma grande procura, as necessidades dessa população não se limitam ao processo transexualizador (Mesquita; Oliveira, 2020).

Diante disso, em 2015, ocorreu, em São Paulo, o I Encontro Nacional de Homens Trans, no qual pautas até então consideradas pertencentes a agenda transfeminista começaram a serem abordadas pela transmasculinidade, entre elas o aborto transmasculino, a paternidade trans, a saúde obstétrica e a gestação paterna (Peçanha; Monteiro; De Jesus, 2023).

A gestação paterna é uma das necessidades de saúde que vem ganhando discussão nos últimos anos. O americano Thomas Beatie ficou conhecido, em 2008, por ser o primeiro homem trans (registrado) que vivenciou uma gestação, fato que impulsionou a temática na mídia internacional (Riggs, 2013). No Brasil, Roberto Bete foi um dos primeiros homens trans a compartilhar, através do canal GNT, sobre o processo gestacional, parto e puerpério, que ocorreu em 2022, relato que trouxe uma maior visualização da temática em território nacional (Tatsch, 2022).

A gestação masculina é uma possibilidade para os homens trans que não realizaram a cirurgia de histerectomia, que não fazem o

uso ou suspenderam a testosterona e os métodos contraceptivos (Monteiro, 2017).

Uma revisão integrativa realizada por Silva, Puccia e Barros (2024) com o objetivo de compreender as evidências atuais sobre a gestação em homens transexuais no contexto da atenção à saúde sexual e reprodutiva, na qual foram analisados 11 artigos científicos, verificou o predomínio da norma cisheteronormativa no cuidado em saúde, que resultou em experiências negativas durante a atenção ao pré-natal e ao parto de homens trans.

Relacionando as limitações vivenciadas por um homem trans, Mascarenhas *et al*. (2024) apresenta que as fragilidades iniciaram antes mesmo do processo gestacional, por se tratar de uma inseminação caseira sem suporte de profissionais de saúde. Além disso, o participante relatou que "realizar o pré-natal também foi complicado, eu só fiz três consultas, pelo fato que toda vez que eu marcava uma consulta, enfrentava dificuldades de agendamento e disponibilidade na unidade, que também passava por reformas estruturais [...]" (Mascarenhas *et al*, 2024, p. 8).

A dissertação de Pereira (2022), realizada em âmbito nacional com homens trans gestantes ou que foram gestantes, observou que os participantes tinham preferência em realizar o cuidado pré-natal com médico obstetra no setor privado, com a justificativa de que haveria a maior probabilidade de sofrerem transfobia e violência obstétrica no SUS. O único participante que relatou não ter condições econômicas de procurar o atendimento particular e realizou o acompanhamento na Unidade de Saúde da Família com um enfermeiro relatou diversas situações de violência transfóbica na assistência pré-natal.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (Brasil, 2000b) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (Brasil, 2004) são políticas implementadas pelo Ministério da Saúde que possuem como proposta melhorar a assistência à gestante e ao recém-nascido, abrangendo todo o ciclo gravídico-puerperal (Mayor *et al.*, 2018). Mas, quando

se fala de gestação relacionados aos usuários do SUS, o que se tem institucionalizado são cuidados de saúde direcionados a mulheres cis, conforme as políticas citadas anteriormente.

Elaborado pelo Ministério da Saúde, o *Caderno de Atenção Básica - Atenção ao pré-natal de baixo risco* (Brasil, 2012) possui uma ampla gama de informações relacionadas a assistência ao ciclo gravídico-puerperal e do recém-nascido, sendo um apoio aos profissionais de saúde em relação aos protocolos e particularidades em atendimentos. Porém, em suas 316 páginas, o material não cita a possibilidade de uma gestação por homem trans.

Em 2018, foi publicada, no site do Ministério da Saúde, uma cartilha intitulada *Saúde do homem trans e pessoas transmasculinas*, organizada pelo Núcleo de Homens Trans da Rede Trans Brasil. Tratava-se do primeiro instrumento destinado para essa população que abordaria a gestação transmasculina, incluindo informações sobre a transmissão vertical das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na gestação e no parto. Entretanto, a cartilha ficou no ar por apenas seis meses, sendo retirada do ar em janeiro de 2019 com a justificativa de "informações equivocadas e sem embasamento científico" (Rede nacional de pessoas trans-brasil, 2018 *apud* Pereira, 2022, p. 29). O novo material foi publicado com um novo título – *Homens Trans: vamos falar sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST)?* – com diversas alterações no conteúdo inicial (Brasil, 2019a).

Apesar de não existir uma política institucionalizada pelo Ministério da Saúde específica para homens trans durante o seu ciclo gravídico-puerperal, vale a pena mencionar que existem algumas estratégias de discussão e criação de tecnologias relacionadas à temática. O Programa Transgesta, por exemplo, foi instituído em 2021, a partir de uma iniciativa da Maternidade Climério de Oliveira MCO-UFBA/Ebserh (Brasil, 2024), atualmente a unidade hospitalar com maior número de atendimentos de gestações trans no Brasil. Esse Programa criou um instrumento de acompanhamento gestacional para homens trans voltado para a atenção das pessoas transgêneros durante o período gravídico-puerperal, fortalecendo

o cuidado integral, multidisciplinar aos sujeitos e suas parcerias. Além de promover a inclusão social e a visibilidade, essa caderneta poderá contribuir na elaboração de futuras políticas públicas, por ser capaz de produzir dados sobre a gestação masculina (Lima, 2024).

O Ambulatório T, localizado em Porto Alegre, é um exemplo de iniciativa dos movimentos sociais em conjunto com a esfera pública. Ele se destaca pelo bom atendimento e pelas estratégias implementadas com o intuito de reduzir a barreira entre a população trans e o serviço de saúde, como, por exemplo, atendimento em horário estendido, vagas disponibilizadas para demanda espontânea e a localidade do ambulatório (Thomazi; Avila; Teixeira, 2022). Por mais benéficas que sejam essas iniciativas, é válido frisar que a APS pode ser responsável pelo cuidado do homem que gesta como porta aberta e preferencial das pessoas ao acesso à saúde.

Dessa maneira, levando em consideração o título deste capítulo, o SUS pode garantir a homem trans, pessoas não-binárias ou transmasculina um acompanhamento durante sua gestação, parto e puerpério de forma não excludente e/ou violenta. Isso poderá ser conquistado através de: adaptações de seus instrumentos, abrangendo as múltiplas diversidades afetivas, de gênero e familiares; promoção de educação permanente aos seus colaboradores, em diferentes esferas; fiscalização e responsabilização dos profissionais com posturas transfóbicas em seus atendimentos e o fortalecimento dos ambulatórios de gênero e a APS.

REFERÊNCIAS

ABERN, Lauren; MAGUIRE, Karla. Contraception knowledge in transgender individuals: are we doing enough?[9F]. **Obstetrics & Gynecology,** v. 131, p. 65S, 2018. Disponível em: https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2018/05001/Contraception_Knowledge_in_Transgender.226.aspx. Acesso em: 20 jan. 2024.

BENEVIDES, Bruna G. **Dossiê: Assassinatos e Violências Contra Travestis e Transexuais Brasileiras em 2022**. Brasília, DF: Distrito Drag; ANTRA, 2023. Disponível em: https://antrabrasil.files.wordpress.com/2023/01/dossieantra2023.pdf. Acesso em: 12 jan. 2024.

BENTO, Berenice A. **A (re)invenção do corpo:** sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BENTO, Berenice A. Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. **Cien Saúde Colet.,** v. 17, n. 10, p. 2655-2664, 2012.

BEZERRA, Marcos Vinicius da Rocha *et al*. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 43, n. spe8, p. 305-323, 2019. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/v43nspe8/0103-1104-sdeb-43-spe08-0305.pdf. Acesso em: 4 dez. 2023.

BITENCOURT, Kueyla de Andrade; RIBEIRO, Larissa Bahia. População trans na atenção primária: aproximações e distanciamentos. **Revista Gênero**, v. 20, p. 157-170, 2019. Disponível em: https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/38496. Acesso em: 26 nov. 2024

BORRILLO, Daniel. **História e crítica de um preconceito**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

BRANCO, Guilherme Castelo**.** As resistências ao poder em Michel Foucault. **Trans/form/ação**, v. 24, p. 237-248, 2001. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0101-31732001000100016. Acesso em: 01 jul. 2024.

BRANDÃO, Elaine Reis; ALZUGUIR, Fernanda de Carvalho Vecchi. **Gênero e saúde:** uma articulação necessária. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2022. SciELO.

BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 9,263, de 12 de janeiro de 1996. Dispõe sobre o planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 13 jan. 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 04 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. 44 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 2 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 jun. 2000b.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 30 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: jun. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.275-DF. Requerente: Procuradoria-Geral da República. Relator: Min. Marco Aurélio. Brasília, 2018. Disponível em: http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15339649246&ext=.pdf. Acesso em: 5 mai. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **STF enquadra homofobia e transfobia como crimes de racismo ao reconhecer omissão legislativa.** Brasília, 2019. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=414010. Acesso em: 15 jun. 2024

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. **Homens trans**: vamos falar sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis? Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/65806/cartilha_2019_final_web_5.pdf?file=1&type=node&id=65806&force=1. Acesso em: 05 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). **Caderneta de pré-natal: Programa Transgesta**. Salvador, BA; 2024 Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/mco-ufba/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programas-projetos-e-acoes/caderneta-de-pre-natal-programa-transgesta.pdf. Acesso em: 15 jun. 2024.

BOITA, Tony *et a*l. Museologia Comunitária LGBT+: Museu Transgênero de História da Arte e Ponto de Memória Aquenda as Indacas no ensino de Museologia. **Museologia & Interdisciplinaridade**, v. 11, n. 21, p. 18-28, 2022. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/museologia/article/view/41417/33174. Acesso em: 1 jul. 2024

BROILO, Rodrigo; DE JESUS, Jaqueline Gomes. Acesso e permanência de pessoas trans e travestis ao Sistema Único de Saúde: Uma revisão integrativa. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 8, n. 2, p. 94-125, 2022. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/49102. Acesso em: 2 jul. 2024

CIASCA, S. V; HERCOWITZ, A; LOPES JÚNIOR, A. Definições da sexualidade humana. In: CIASCA, S. V; HERCOWITZ, A; LOPES JÚNIOR, A. **Saúde LGBTQIA + práticas de cuidado transdisciplinar.** Santana de Parnaíba (SP): Manole, 2021. p. 105-118.

CIASCA, S. V; Pouget, F. Aspectos históricos da sexualidade humana e desafios para a despatologização. In: CIASCA, S. V; HERCOWITZ, A; LOPES JÚNIOR, A. **Saúde LGBTQIA + práticas de cuidado transdisciplinar.** Santana de Parnaíba (SP): Manole, 2021. p. 120 - 143.

CFM - Conselho Federal de Medicina. Resolução 1482/1997, dispõe sobre o procedimento de transgenitalização e demais intervenções sobre gônadas e caracteres sexuais secundários. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1482_1997.pdf. Acesso em: 10 set. 2024

CONSELHO Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil Sem Homofobia**: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

COSTA-VAL, Alexandre *et al*. O cuidado da população LGBT na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, e320207 p. 1-21, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/DsNnpXhPn7WrvGXDFXvMXvx. Acesso em: 20 jan. 2024

CRUZ, Lara Abreu; DA SILVA, Paulo Henrique Maciel. Política nacional da saúde integral da população negra: análise do acesso à saúde da população quilombola de Alto Alegre em Horizonte-Ceará. **Revista Remecs-Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, p. 68-71, 2022.

DE ALMEIDA, Aline Rodrigues; ATHAYDE, Filipe Tadeu Santanna. Promoção da saúde, qualidade de vida e iniquidade em saúde: reflexões para a saúde pública. **Tempus—Actas de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. ág. 165-172, 2015.

DE JESUS, Jaqueline Gomes. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião. Brasilia, v. 2, dez. 2012.

DE OLIVEIRA, C. I.; Francisco, A. H. S; Gonçalves, M. L. Identidades sexuais e de gênero e suas relações com a cultura. In*:* CIASCA, S. V; HERCOWITZ, A; LOPES JÚNIOR, A. **Saúde LGBTQIA + práticas de cuidado transdisciplinar.** Santana de Parnaíba [SP]: Manole, 2021. p. 204 - 224.

DO CARMO, Arielson Teixeira; DE FREITAS REIS, Marcos Vinicius; DE JESUS ROCHA, Cleiton. Cristianismo, homossexualidade e a emergência de igrejas voltadas para o público LGBT. PRACS: **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, Macapá, v. 13, n. 3, p. 93-114, jul./dez. 2020

ELLIS, Simon Adriane; WOJNAR, Danuta M.; PETTINATO, Maria. Conception, pregnancy, and birth experiences of male and gender variant gestational parents: It's how we could have a family. **Journal of Midwifery & Women's Health,** v. 60, n. 1, p. 62-69, 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25196302/. Acesso em: 21 fev. 2024.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade:** a vontade de saber. São Paulo: Paz e Terra; 2014.

FRAZÃO, Juliana Cunha. **Percepções dos usuários e dos profissionais da saúde e perspectivas de atuação do sanitarista na atenção à saúde da população transexual**. 2016. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Ceilândia-DF, 2016

GONTIJO, Fabiano. Kátia Tapety: ora mulher, ora travesti? Gênero, sexualidade e identidades em trânsito no Brasil. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 42, p. 299-319, 2014.

HECKERT, Ana Lucia Coelho; DE BARROS, Maria Elizabeth Barros. Fracasso escolar: do que se trata? Psicologia e educação, debates possíveis. **Aletheia**, n. 25, p. 109-122, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942007000100009. Acesso em: 01 jul. 2024.

HIRSHMAN, L. **Victory** – the triumphant gay revolution. New York: Harper Collins Publisher, 2012

IBGE - Instituto brasileiro de geografia e estatística. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil**, 2021 - Nota técnica n. 01/2022; Rio de Janeiro: IBGE; 2022. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101981.pdf. Acesso em: 12 jan. 2024.

IJSN - Instituto Jones dos Santos Neves. **Pesquisa sobre homens transexuais, mulheres transexuais e travestis da Região Metropolitana da Grande Vitória** – Relatório final. Vitória: ES; IJSN, 2018. Disponível em: https://ijsn.es.gov.br/publicacoes/cadernos/pesquisa-sobre-homens-transexuais-mulheres-transexuais-e-travestis-da-regiao-metropolitana-da-grande-vitoria. Acesso em: 20 jan. 2024.

JUSBRASIL Em decisão inédita, STJ valida aplicação da Lei Maria da Penha para mulheres trans. **JusBrasil** (portal), 2022. Notícias Disponivel em: https://www.jusbrasil.com.br/noticias/em-decisaoinedita-stj-valida-aplicacao-da-lei-maria-da-penha-para-mulherestrans/1449222854. Acesso em: 10 mai. 2024.

KREMPASKY, Chance *et al*. Contraception across the transmasculine spectrum. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 222, n. 2, p. 134-143, 2019. Disponível em: https://www.ajog.org/article/S0002-9378(19)30955-X/fulltext. Acesso em: 09 dez. 2023.

LELIS, R. C. Transviado também faz revolução! Um olhar maquiaveliano sobre a Revolta de Stonewall. **Revista de Ciências do Estado**, Belo Horizonte: v. 4, n. 2, p. 1-16, dez. 2019.

LIMA, Luiz Carlos. Maternidade da UFBA-EBSERH contará com caderneta inédita no Brasil para acompanhamento da gestação de homens trans no SUS. **EBSERH (Gov.br),** 30 abr. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/mco-ufba/comunicacao/noticias/maternidade-da-ufba-ebserh-contara-com-caderneta-inedita-no-brasil-para-acompanhamento-da-gestacao-de-homens-trans-no-sus. Acesso em: 18 jun. 2024.

LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009.

MACIEL JR., Auterives. Resistência e prática de si em Foucault. **Trivium-Estudos Interdisciplinares**, v. 6, n. 1, p. 01-08, 2014.

MASCARENHAS, Rebeca Nascimento dos Santos et al. Homem trans e gestação paterna: experiências durante o período gravídico-puerperal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, p. e16172023, 2024. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2024.v29n4/e16172023/. Acesso em: 03 jul. 2024.

MAYOR, M. S. S.; HERRERA, S. D. S. C.; ARAUJO, M. Q.; SANTOS, F. M. dos; VILELA ARANTES, R.; ARAUJO DE OLIVEIRA, N. Avaliação dos indicadores da assistência pré-natal em unidade de saúde da família, em um município da Amazônia Legal. **Revista Cereus**, v. 10, n. 1, p. 91 - 100, 2018. Disponível em: http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/2079. Acesso em: 05 nov. 2023. Acesso em: 18 jun. 2024.

MELLO L.; PERILO M.; BRAZ C. A.; PEDROSA C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sex salud soc**, v. 9, p. 7-28, 2011.

MESQUITA, Daniella Chagas; OLIVEIRA, Esmael Alves de. "Saúde é em geral né, é ter um bom alimento pra manter em pé": por entre sentidos e práticas (trans)viadas de/em saúde. **REBEH**, UFMT, v. 3, n. 11, 2020, p. 140- 165. Disponível em: https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/article/view/10 581/7971. Acesso em 06 de junho de 2024.

MISKOLCI, Richard *et al*. Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3815-3824, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/hWZDMgSHpzzyTdrZ4QcSRXj/?lang=pt. Acesso em 17 jan. 2024.

MONTEIRO, Anne Alencar. **Cavalos-marinhos: gestação e masculinidades trans.** In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES, 5., 2017. **Anais...** .Campina Grande: Realize Editora, 2017.Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/enlacando/2017/TRABALHO_EV072_MD1_SA32_ID482_17062017214637.pdf. Acesso em: 18 jun. 2024.

NASCIMENTO, Marcela Aguiar da Silva; MATA, Marta Leandro da. Comportamento informacional de travestis multiplicadoras: a reconstrução da cidadania através da informação. **Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação**, v. 16, p. 1-24, 2020. Disponível em: https://rbbd.febab.org.br/rbbd/article/view/1308/1196. Acesso em: 1 jul. 2024.

NEGREIROS, F. R. N. *et al.* Saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: da formação médica à atuação profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica,** v. 43, n. 1, p. 23-31, 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20180075. Acesso em: 2 jul. 2024.

PEÇANHA, Leonardo Morjan Britto; MONTEIRO, Anne Alencar; DE JESUS, João Gomes. Transfeminismo das transmasculinidades: Diálogos sobre direitos sexuais e reprodutivos de homens trans brasileiros. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, [S. l.], v. 6, n. 19, p. 90–104, 2023. Disponível em: https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/article/view/15787. Acesso em: 18 jun. 2024.

PEREIRA, Danilo Martins Roque. **Representações sociais da gestação entre homens trans**. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/46255. Acesso em: 03 jul. 2024.

PEREIRA, Danilo Martins Roque *et al.* Evidência Científicas Sobre Experiências De Homens Transexuais Grávidos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 31, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/kYDSDrrn6mK4mpyx85xWCBw/abstract/?lang=pt. Acesso em: 20 jan. 2024.

POMPEU, A. 'Pessoas que gestam, goste a senhora ou não', diz Erika Hilton após ser interrompida na Câmara. **Folha de São Paulo,** São Paulo, 18 abr. de 2024. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/blogs/brasilia-hoje/2024/04/pessoas-que-gestam-goste-a-senhora-ou-nao-diz-erika-hilton-apos-ser-interrompida-na-camara.shtml. Acesso em: 08 mai. 2024

PRECIADO, Paul B. **Eu sou o monstro que vos fala**: Relatório para uma academia de psicanalistas. Trad. de Carla Rodrigues. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2022

PREU, Roberto de Oliveira; BRITO, Carolina Franco. A questão trans no cenário brasileiro. **Revista Periódicus**, v. 1, n. 10, p. 95-117, 2018.

QUINTELA, Hugo Felipe. Mulheres possíveis: a construção social da mulher nas experiências da transexualidade. **Teoria e Cultura**, v. 13, n. 1, 2018.

RIBEIRO, Priscila Maitara Avelino *et al.* Serviço Social e Residência Multiprofissional em saúde: formação de profissionais para atuar na saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 3, p. 1114-1122, 2020. Disponível em: https://www.redalyc.org/journal/4979/497968143016/497968143016.pdf. Acesso em: 2 jul. 2024.

RIGGS, DW. Transgender men's self-representations of bearing children post-transition. In: GREEN, F. J. (ed.). **Chasing rainbows: exploring gender fluid parenting practices.** Coe Hill: Demeter Press, 2013. p. 62-71.

ROCHA, Márcia. Diversidade sexual e empregabilidade, preconceito, desafios e soluções para a isonomia: o projeto Transempregos. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 28, n. 2, p. 82-86, 2017. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/27/18. Acesso em: 30 mai. 2024.

ROCON, Pablo Cardozo; DA SILVA, Adriana Ilha; SODRÉ, Francis. Diversidade de gênero e Sistema Único de Saúde: uma problematização sobre o processo transexualizador. **SER Social**, v. 20, n. 43, p. 432-448, 2018.

ROCON, Pablo Cardozo; SANTOS, Maria Helena Silva. Iniciando um trabalho do serviço social no serviço transexualizador do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes. **Rebeh-Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 1, n. 02, p. 106-115, 2018.

ROCON, Pablo Cardozo *et al*. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 21, p. 2517-2526, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/zGJyVqQ6WGjygRzLqfd8vRD/abstract/?lang=pt. Acesso em: 4 jan. 2024.

ROCON, Pablo Cardozo *et al.* Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. **Trabalho, educação e saúde**, v. 18, p. e0023469, 2019.

ROCON, Pablo Cardozo *et al*. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], v. 18, n. 1, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00234. Acesso em: 18 jun. 2024.

ROSA, E. B. P. R. Cisheteronormatividade como instituição total. **Cadernos Pet de Filosofia**, Curitiba, v. 18, n. 2, p. 59-103, ago. 2020. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/petfilo/article/view/68171/41349. Acesso em: 03 jul. 2024.

SILVA, Alessandro. Após vídeo sobre homem trans engravidar viralizar, vereadora é atacada na internet. **Folha Vitória**, Vitória, 26 nov. 2021. Disponível em: https://www.folhavitoria.com.br/politica/colunas/de-olho-no-poder/2021/11/apos-video-sobre-homem-trans-engravidar-viralizar-vereadora-e-atacada-na-internet/. Acesso em: 24 jun. 2024.

SILVA, Gislaine Correia; PUCCIA, Maria Inês Rosselli; BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos. Homens transexuais e gestação: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 4, p. e19612023, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/nhpgdmm7yPtKQzFfJJbPxZH/?lang=pt. Acesso em: 30 mai. 2024.

SILVA, S. G. Da invisibilidade à pavimentação dos direitos humanos LGBTQIA+: um diálogo entre as conquistas históricas e a consolidação de direitos. **Revista Brasileira de Pesquisa Jurídica**, Avaré, v. 1, n. 2, p. 27-44, maio/ago. 2020.

SOUZA, Martha H. T.; PEREIRA, P. P. G. Cuidado com saúde: as travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 146-153, 2015.

SOUZA, Cristiane Prudenciano de. Travestis e Transexuais no Brasil: Memórias de Luta e Resistência. **Quaderns de Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 1, 2023. Disponível em: https://quadernsdepsicologia.cat/article/view/v25-n1-souza/1599-pdf-pt. Acesso em: 30 maio 2024.

TATSCH, Constança. "Homem trans conta história da sua gravidez e nascimento do filho; leia o relato" **O Globo**, Rio de Janeiro, 17 maio 2022. Disponível em: https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2022/05/estou-gravido-nao-sou-um-homem-barrigudo-diz-trans-sobre-sua-gestacao-de-9-meses.ghtml. Acesso em: 18 jun. 2024.

TEIXEIRA, Luiza Helena da Silva Ferreira. **A política de saúde pública no Brasil**: avanços, retrocessos e a criação do Sistema Único de Saúde. 2021. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2021. Disponível em: https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/2251. Acesso em: 2 jul. 2024.

THOMAZI, Guilherme Lamperti; AVILA, Simone; TEIXEIRA, Luciana Barcellos. Ambulatório T da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre: política pública de inclusão e garantia de direito à saúde de pessoas trans. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro), n. 38, p. e22302, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sess/a/XdK5Z6RhzbvHQnPz7tjkhXN/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 27 jun. 2024

VAN AMESFOORT, J. E. *et al.* The barriers and needs of transgender men in pregnancy and childbirth: A qualitative interview study. **Midwifery**, v. 120, p. 103620, 12 2023. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613823000232?via%3Dihub. Acesso em: 22 jan. 2024.

WHO - WORLD Health Organization. Gender incongruence and transgender health in the ICD. **Who Int**, 2024. Disponível em: https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd. Acesso em: 09 mai. 2024

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E VACINAÇÃO

17

DESINFORMAÇÃO E HESITAÇÃO VACINAL: O PAPEL ESTRATÉGICO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA GARANTIA DE DIREITO À VACINAÇÃO

FABIANA TURINO, JANDESSON MENDES COQUEIRO
E MARIA ANGÉLICA ANDRADE CARVALHO

INTRODUÇÃO

A declaração do estado de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19) pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir do início de 2020, transformou a realidade em muitos aspectos (WHO, 2020). Entre eles, um que ganhou muito destaque foi a percepção da importância de vacinas para controle de doenças. A imunização é uma das principais formas de prevenir agravos e ocupa lugar de destaque nas medidas de preservação da saúde, especialmente em se tratando de saúde pública.

A pandemia de covid-19 amplificou a reverberação de debates sobre vacinas, seus processos de pesquisa, desenvolvimento, métodos e taxas de eficácia e/ou efetividade. A gravidade da situação global estabelecida pela pandemia, com colapsos sanitário, econômico e social em muitos países, levou a um esforço sem precedentes para o desenvolvimento de vacinas em tempo recorde (Gallagher, 2020).

Apesar da imunização contra a covid-19 ser o principal motivo para o arrefecimento da emergência em saúde pública (WHO, 2020), cerca de quatro anos depois, vivemos um momento em que a queda na confiança nas vacinas parece ter superado a crença na eficácia dos imunizantes (Souto *et al.*, 2024). Esse fenômeno tem na hesitação vacinal um dos principais fatores e é objeto principal deste capítulo.

Nesse contexto, destaca-se a relação entre hesitação às vacinas, desinformação e o papel dos profissionais de saúde, no que reside a principal justificativa da presente proposta de discussão. O reconhecimento da hesitação vacinal como um problema grave de saúde pública global coloca a atuação dos profissionais de saúde como estratégica. Os profissionais de saúde são peças fundamentais na promoção da saúde e na prevenção de doenças. No que se refere à vacinação, eles são responsáveis por orientar e informar a população sobre os benefícios e os riscos das vacinas, esclarecer dúvidas e dissipar mitos e informações equivocadas sobre o assunto. Assim, é elementar compreender como esses trabalhadores recebem, divulgam e se apropriam de informações corretas ou incorretas sobre vacinas.

A principal hipótese deste capítulo é que a hesitação vacinal possui forte associação com as atividades desenvolvidas por profissionais de saúde. Assim, este ensaio propõe-se analisar a relação entre a hesitação às vacinas, a desinformação e o papel dos profissionais de saúde, enfatizando três elementos considerados fundamentais para esta análise: a desinformação e a hesitação vacinal; o papel estratégico do profissional de saúde, com foco no profissional médico; e o direito à vacina, em especial num contexto de desigualdades sociais. Para iniciar este ensaio, partimos da contextualização do conceito e da experiência sobre desinformação e hesitação vacinal.

DESINFORMAÇÃO E HESITAÇÃO VACINAL: CONCEITOS E EXPERIÊNCIAS

A hesitação vacinal pode ser considerada como relutância ou recusa em se vacinar, mesmo quando as vacinas estão disponíveis e são recomendadas pelos gestores da saúde pública. A própria OMS considera esse fenômeno como uma grave ameaça à saúde pública global (WHO, 2019). Os embates sociais, a partir de debates sobre

a aplicação de vacinas, não são novidades. Em vários países, houve situações de questionamento às vacinas (Dubé; Vivion; MacDonald, 2015). O movimento no Brasil que questionava a vacina no começo do século XX, conhecido como Revolta da Vacina, demonstra que o processo de imunização nem sempre foi pacífico. A disputa de narrativas em torno do tema das vacinas àquela época mostravam elementos como desinformação e teorias conspiratórias (Carvalho, 1987; Dandara, 2005).

A hesitação vacinal contemporânea tem no estudo falso realizado por Andrew Wakefield, em 1998, um marco importante. Ele relacionou a vacina contra sarampo à incidência de autismo (Dubé; Vivion; Macdonald, 2015; Couto; Barbieri; Matos, 2021). Mesmo depois de ter sido desmentido, o artigo fraudulento ainda segue ganhando admiradores na internet e impactando negativamente as campanhas de vacinação.

As investigações apontam que algumas pessoas podem hesitar em tomar vacinas devido à falta de confiança nos imunizantes, no sistema de saúde ou por temor de reações adversas. Outros podem ser influenciados por desinformação, teorias da conspiração ou pela crença de que as vacinas são desnecessárias ou mesmo prejudiciais à saúde. Nos anos 2010, Japão e Dinamarca foram dois países que experimentaram uma hesitação significativa em relação à vacina contra HPV (sigla em inglês para Papilomavírus Humano).

No Japão, o governo suspendeu sua recomendação para a vacina contra o HPV em 2013, depois que relatos de eventos adversos, incluindo dor crônica e fadiga, foram amplamente divulgados na mídia. O governo japonês contribuiu para a hesitação vacinal uma vez que suspendeu a recomendação da vacina HPV. Embora as investigações subsequentes não tenham encontrado evidências de que a vacina fosse responsável por esses sintomas, a confiança do público na vacina permaneceu baixa. Como resultado, a aceitação da vacina contra o HPV no Japão está entre as mais baixas do mundo. Figueiredo *et al.* (2020) e Hanley *et al.* (2015) destacam que a taxa de cobertura vacinal em 2011 na cidade de Sapporo, no norte do

Japão, era de 73,6%-77,2% na primeira dose e de 68,4%-74% para a terceira dose em meninas nascidas entre 1994 e 1998. Depois da suspensão do governo japonês, a cobertura caiu para 0%-6%, com apenas 49 meninas completando o esquema vacinal num universo de 7.705 elegíveis.

Da mesma forma, na Dinamarca, as preocupações com a segurança da vacina contra o HPV levaram a um declínio nas taxas de vacinação. Em 2015, um documentário sobre a vacina foi ao ar na televisão dinamarquesa retratando a vacina como insegura e levantando dúvidas sobre sua eficácia. Embora mais tarde se tenha descoberto que o documentário continha erros e desinformação, seu impacto na percepção pública da vacina foi significativo. Como resultado, as taxas de vacinação na Dinamarca caíram de cerca de 90% para cerca de 30% em apenas alguns anos. Hansen, Schmidtblaicher e Brewer (2020) afirmam que a cobertura da mídia impactou negativamente nas coberturas do imunizante, implicando no aumento da hesitação vacinal.

Em ambos os países, as autoridades de saúde pública trabalharam para abordar as preocupações sobre a segurança e eficácia da vacina contra o HPV e para reconquistar a confiança do público na vacina. No Japão, o governo retomou sua recomendação para a vacina em 2014 e, desde então, lançou uma campanha para aumentar a conscientização e a compreensão da vacina. Na Dinamarca, o governo lançou uma campanha para combater a desinformação sobre a vacina e trabalhou para reconquistar a confiança do público. Embora tenha havido progresso, a hesitação em vacinar continua sendo um desafio nos dois países.

A vacina contra o HPV também foi impactada pela hesitação vacinal no Brasil. O caso no Acre de uma suposta associação da aplicação do imunizante, entre 2014 e 2017, com casos de epilepsia levou a quedas vertiginosas nas coberturas (Salles, 2019). A ocorrência foi investigada por uma equipe multidisciplinar que constatou fundo psicológico no surto de desmaios em meninas (Ribeiro, 2019). Destaca-se, nesse caso, que houve envolvimento de profissionais

da saúde na divulgação de informações questionando a eficácia e a segurança das vacinas contra o HPV.

É importante lembrar que as vacinas passam por testes rigorosos e processos de aprovação antes de serem disponibilizadas ao público, fato que, muitas vezes, é ocultado quando circulam notícias falsas ou deturpadas. Elas também são continuamente monitoradas quanto à segurança e à eficácia, e quaisquer riscos potenciais ou efeitos colaterais são minuciosamente avaliados e tratados pelas empresas e pelas autoridades responsáveis. Desse modo, os possíveis eventos adversos que possam ocorrer devem ser rigorosamente investigados pelos fabricantes dentro de protocolos estabelecidos pelas autoridades sanitárias. Em caso de eventos adversos, isso não significa que toda a cadeia de confiança deva ser abalada.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) coordena o Sistema de Informação e-SUS Notifica – Módulo Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI), o principal sistema utilizado para a notificação de eventos adversos. Além disso, o MS também mantém uma rede de vigilância epidemiológica em todo o país para monitorar a segurança das vacinas e investigar casos de eventos adversos. Os eventos considerados graves de vacina contra covid-19, segundo o Boletim Epidemiológico (BE), são muito raros desde o início do monitoramento das vacinas. O monitoramento epidemiológico revela ainda que as maiores chances de ESAVI estão associadas ao esquema de vacinação, vacina, idade mais jovem, sexo feminino que tiveram covid-19 antes da vacinação (Brasil, 2023). Apesar de todo esse monitoramento, muitas vezes as informações sobre esses eventos raros são distorcidas, descontextualizadas e ganham muita repercussão, impactando nos índices de confiança nas vacinas.

Outro importante aspecto a ser considerado nesse cenário da hesitação vacinal, em especial nas populações historicamente vulnerabilizadas, é o fato de que a hesitação vacinal emerge muitas vezes como reflexo das barreiras de acesso aos serviços de saúde, sejam elas por aspectos mais organizacionais ou pela qualidade do

atendimento ofertado, relacionados ao fenômeno das desigualdades sociais (Matta; Paiva; Rosário, 2024).

> A hesitação vacinal que a infodemia proporciona atravessa todas as classes sociais, mas de maneira diferenciada. Os sujeitos de classes privilegiadas parecem hesitar por terem acesso a informações sobre vacinas alternativas ou maior acesso a grupos antivacina, levando à desconfiança em relação às vacinas tradicionais. Por outro lado, os sujeitos oriundos de populações e territórios vulnerabilizados hesitam mediante o excesso de informações não confiáveis e a maior dificuldade em identificar notícias falsas. Embora as preocupações com os efeitos colaterais, muito disseminados pelas fake news, apareçam entre os hesitantes independente dos marcadores sociais de raça, etnia, gênero e classe, somente alguns grupos detêm privilégios materiais e simbólicos para arcar com a tomada de decisão em não vacinar, como vimos no artigo em debate (Matta; Paiva; Rosário, 2024, p. 3).

Observa-se, diante de tantas evidências, que a hesitação vacinal é uma questão complexa e dinâmica e que requer uma abordagem multifatorial e deve ser trabalhada de maneira ampla. O Relatório da "Pesquisa Nacional sobre cobertura vacinal, seus múltiplos determinantes e as ações de imunização nos territórios municipais brasileiros", realizada pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), demonstra que é fundamental desenvolver estratégias que abarquem os profissionais de saúde no combate à hesitação vacinal (CONASEMS, 2023).

Seja no ocorrido no Japão, na Dinamarca ou no Acre, para ficarmos em três exemplos, há um eixo que conecta as situações: a disseminação de desinformação causada pela veiculação de notícias falsas, conhecida também como *fake news,* como uma das principais causas da hesitação vacinal. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece o problema do excesso de informações como um dos desafios a serem superados nesse processo (Silva *et al.*, 2023).

No contexto da pandemia de covid-19, a OMS cunhou o termo "infodemia" para se referir a uma superabundância de informações, muitas vezes imprecisas ou enganosas, que torna difícil para as pessoas encontrarem fontes confiáveis de informação (Zarocostas, 2020; OPAS, 2020; Lachtim *et al.*, 2021). A infodemia em torno da covid-19 e das vacinas contra essa enfermidade contribuiu para a hesitação vacinal, uma vez que desinformação, rumores e teorias da conspiração sobre vacinas se espalharam rapidamente nas mídias sociais e em outras plataformas online, tornando difícil para as pessoas saberem em quais informações confiar (Silva *et al.*, 2023).

O papel da mídia também é relevante no contexto da infodemia, já que as diferentes narrativas, muitas vezes contaminadas por *fake news*, podem inclusive influenciar os enfoques com os quais os veículos tradicionais de comunicação enquadram os temas de saúde pública. Nos casos recentes da hesitação vacinal dos imunizantes contra HPV – Japão, Dinamarca, Acre –, a mídia teve um papel decisivo para as quedas dos indicadores de cobertura. Além do fluxo informacional da mídia, há ainda os conteúdos que circulam pelas outras formas contemporâneas de comunicação, como as redes sociais. Qualquer investigação sobre hesitação vacinal precisa considerar os efeitos positivos e negativos de uma sociedade hiper-conectada, na qual a informação circula instantaneamente a partir de *smartphones* e atinge diferentes públicos em redes sociais como Facebook, Twitter, TikTok, Telegram e WhatsApp, entre outros.

Um dos motivos que pode levar à hesitação vacinal refere-se à desinformação, entendida como proliferação ou divulgação de informações falsas ou errôneas (Silva; Sá, 2024). Nesse contexto, segundo OMS, os profissionais de saúde devem ser treinados para lidar com a hesitação vacinal e para desenvolver habilidades de comunicação eficazes, de modo que possam ajudar a aumentar a confiança e a aceitação das vacinas (WHO, 2019). Além disso, é importante que esses profissionais estejam atualizados sobre as evidências científicas mais recentes a respeito das vacinas, de modo a poder fornecer informações precisas e confiáveis.

O PAPEL ESTRATÉGICO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na redução da hesitação vacinal e na promoção da imunização. Com uma atuação qualificada, esses profissionais podem ajudar a aumentar a confiança e a aceitação das vacinas, contribuindo para a prevenção de doenças e para a melhoria da saúde pública.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm), os profissionais de saúde também devem ser capacitados para identificar as causas da hesitação vacinal e para adaptar as estratégias de comunicação às diferentes realidades e contextos socioculturais (Kfouri; Levi, 2021). Por exemplo, em algumas comunidades, a hesitação vacinal pode estar relacionada a questões religiosas, enquanto em outras pode estar associada a preocupações com a segurança das vacinas.

Para cumprir essas funções, os profissionais de saúde precisam ter um perfil de liderança, serem acessíveis e confiáveis, além de estabelecerem uma relação de confiança com seus pacientes e familiares. Assim, eles podem contribuir para aumentar a adesão à vacinação e para combater a disseminação de informações falsas sobre as vacinas (Kfouri; Levi, 2021).

Por outro lado, pesquisas demonstram que, quando os profissionais de saúde possuem dúvida acerca da eficácia dos imunizantes e demonstram isso aos pacientes, o nível de confiança nas vacinas reduz drasticamente (Dubé; Vivion; MacDonald, 2015; Couto; Barbieri; Matos, 2021).

Para compreender o papel estratégico do profissional de saúde e a importância da relação de confiança e credibilidade, é imprescindível remeter à Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2003. A PNH foi concebida com o propósito de operacionalizar os princípios fundamentais do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, visando transformar as práticas de gestão e cuidado. Essa política é orientada pela necessidade de promover mudanças estruturais e

culturais no ambiente de trabalho em saúde, por meio do incentivo à comunicação efetiva entre gestores, profissionais e usuários, criando, assim, um espaço de diálogo e construção coletiva de conhecimento (Brasil, 2013).

Ao estimular a participação ativa de todos os envolvidos nos processos de gestão e cuidado, a PNH propõe o enfrentamento das relações de poder que muitas vezes perpetuam práticas autoritárias e desumanizadoras. Essas práticas podem comprometer tanto a autonomia dos profissionais de saúde quanto a dos usuários, prejudicando a corresponsabilidade no cuidado. Ao promover a autonomia e a corresponsabilidade, a política fortalece não apenas a confiança entre profissionais e usuários, mas também a capacidade de ambos em gerir, de forma compartilhada, os cuidados com a saúde e a qualidade dos serviços prestados (Brasil, 2013).

As práticas de cuidado estão condicionadas ao acolhimento, e o ato de acolher revela como estamos conectados à forma como nos tornamos pessoas e vivemos nossas vidas (Brasil, 2010). Traz à cena a responsabilidade da postura do profissional de saúde em relação ao impacto de suas ações no coletivo. Vivenciar o acolhimento, conforme sugerido pela PNH, permite construir uma relação de confiança e compromisso entre os usuários, as equipes e os serviços de saúde. Isso contribui para criar vínculos, promover uma cultura de solidariedade e legitimar o sistema público de saúde. E na prática, como essas relações de confiança e credibilidade estão acontecendo quando o assunto é hesitação vacinal e desinformação e seus riscos iminentes para a saúde pública, como a reemergência de doenças imunopreveníveis, como a poliomielite?

No contexto brasileiro, a hesitação vacinal coloca em risco os avanços históricos alcançados pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) na erradicação e controle de diversas doenças imunopreveníveis, como sarampo, poliomielite e febre amarela. A queda na cobertura vacinal pode resultar no reaparecimento de doenças já controladas, criando surtos que afetam diretamente a saúde pública (Larson *et al.*, 2014). Diante desse cenário, os profissionais de saúde

desempenham um papel estratégico na mitigação dos efeitos nocivos da hesitação vacinal.

Partimos da premissa que o profissional de saúde desempenha, sim, um papel estratégico no enfrentamento da hesitação vacinal. O profissional de saúde é essencial, tem uma importância, tem um papel estratégico, para o bem e para o mal. Isso posto, iremos apontar as razões pelas quais essa premissa encontra-se fundamentada.

Primeiro ponto, eles são frequentemente a fonte mais confiável de informações para a população. Estudos demonstram que orientações claras e baseadas em evidências oferecidas por profissionais de saúde são uma das formas mais eficazes de influenciar positivamente a decisão sobre a vacinação (Opel *et al.*, 2013). A comunicação assertiva desses profissionais é crucial para esclarecer equívocos e corrigir informações falsas, que frequentemente se espalham por meio de redes sociais e outros canais de desinformação (Kfouri; Levi, 2021; Larson *et al.*, 2014).

O segundo ponto é que a capacitação contínua dos profissionais de saúde é vital para assegurar que eles estejam atualizados com as melhores práticas e conhecimentos científicos sobre vacinas. Essa capacitação lhes permite lidar de maneira mais eficaz com as dúvidas e receios dos pacientes, fortalecendo a confiança nas vacinas e no sistema de saúde como um todo (Kfouri; Levi, 2021; Macdonald; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy, 2015). Nesse contexto de formação profissional, faz-se necessário ainda destacar a inclusão da temática das desigualdades sociais, nos âmbitos econômico, racial, regional e de gênero, que devem ser consideradas como estruturais no enfrentamento da hesitação, uma vez que impactam negativamente na saúde coletiva (Silva; Sá, 2024).

Salienta-se a abordagem das desigualdades sociais, principalmente relacionadas ao racismo, que pode se manifestar não apenas por meio de agressões físicas ou verbais diretas, mas também de forma sutil, como na maneira em que a população é recebida nos serviços de saúde, no questionamento de suas queixas ou na forma como as informações são oferecidas (Matta; Paiva; Rosário, 2024). Esses comportamentos comprometem a confiança que deveria ser

estabelecida entre o usuário e o profissional de saúde, aumentando a vulnerabilidade às informações falsas ou errôneas, favorecendo a hesitação vacinal.

O terceiro ponto que devemos considerar é o engajamento comunitário. Profissionais de saúde que atuam diretamente na atenção primária têm uma posição estratégica para desenvolver intervenções específicas em seus territórios, adaptando suas abordagens conforme as particularidades socioeconômicas e culturais da população atendida. Essa abordagem personalizada é crucial para melhorar a aceitação da vacina em comunidades com maiores níveis de hesitação (Souto *et al.*, 2024; Dubé *et al.*, 2013).

Nesse contexto, políticas públicas e campanhas de vacinação devem ser respaldadas pela participação ativa desses profissionais, que são a linha de frente no contato com o público. Ao construir uma relação de confiança com os pacientes, os profissionais de saúde podem não apenas influenciar a decisão individual de vacinação, mas também reforçar a importância da imunização coletiva para a prevenção de doenças e a proteção da saúde pública (Kfouri; Levi, 2021; Opel *et al.*, 2013).

O PAPEL ESTRATÉGICO DO PROFISSIONAL MÉDICO

O profissional de saúde é uma figura importante e de referência no cuidado. A questão da confiança do profissional de saúde, em especial o profissional médico, no contexto brasileiro, se baseia na relação da confiança e da credibilidade que a população deposita nos médicos e que encontram alicerces em fatores históricos, culturais e institucionais, bem como na forma como a prática médica é organizada no país.

No Brasil, a formação dos médicos é extensa e rigorosa, envolvendo seis anos de graduação e, muitas vezes, vários anos adicionais em especializações e residência médica. Essa formação robusta

transmite à população uma sensação de segurança e confiança, uma vez que os médicos são vistos como profissionais altamente qualificados e preparados para lidar com problemas complexos de saúde (Kfouri; Levi, 2021). Além disso, a continuidade da educação médica por meio de cursos de atualização e especialização reforça a ideia de que os médicos estão sempre aprimorando suas habilidades e conhecimentos.

Os médicos no Brasil são considerados uma autoridade na área da saúde, ocupando uma posição central nas estruturas públicas e privadas de assistência. A confiança na classe médica é também fortalecida pelo fato de que, historicamente, os médicos têm papel de liderança na tomada de decisões em questões de saúde pública e na orientação das políticas de atendimento à saúde (Kfouri; Levi, 2021). Esse papel de autoridade é amplamente reconhecido pela população e reforça a credibilidade depositada nesses profissionais.

A relação médico-paciente é um elemento central na confiança depositada nos médicos. No Brasil, essa relação é frequentemente caracterizada pela proximidade e pela troca de informações, permitindo que os médicos estabeleçam vínculos de confiança com seus pacientes. Estudos mostram que os brasileiros tendem a confiar nos médicos quando há uma comunicação clara, empática e acessível, o que contribui para a sensação de segurança e respeito (Kfouri; Levi, 2021; Opel *et al.*, 2013). Essa relação de confiança é particularmente importante em um sistema de saúde público e desigual, no qual o médico é frequentemente a principal fonte de informações sobre a saúde.

Culturalmente, os médicos no Brasil são vistos como detentores de prestígio e conhecimento, o que está profundamente enraizado na sociedade brasileira. Essa visão é moldada pela história do país, na qual a medicina sempre ocupou um lugar de destaque no imaginário popular, simbolizando a cura, o progresso e o bem-estar social. A literatura brasileira ressalta que essa posição privilegiada dos médicos é reforçada pela mídia e pela representação positiva da profissão, aumentando a percepção pública de que os médicos são os profissionais mais confiáveis para cuidar da saúde.

Durante crises de saúde, como a pandemia de covid-19, a confiança nos médicos foi ainda mais intensificada no Brasil. A atuação dos médicos na linha de frente e sua capacidade de responder rapidamente às emergências de saúde pública reafirmaram seu papel central na proteção da saúde da população. A exposição constante na mídia e a atuação direta em campanhas de vacinação e atendimento hospitalar solidificaram a confiança dos brasileiros nesses profissionais (Kfouri; Levi, 2021).

No Brasil, médicos estão envolvidos diretamente no Sistema Único de Saúde (SUS), participando de campanhas de prevenção e vacinação e do atendimento de milhões de pessoas em unidades básicas de saúde, hospitais públicos e clínicas da família. A proximidade com a população, aliada ao fato de serem vistos como responsáveis pela atenção primária e especializada, aumenta a percepção de credibilidade, principalmente em contextos de vulnerabilidade (Paim *et al.*, 2011). Essa participação ativa e abrangente no SUS fortalece a relação de confiança entre médicos e pacientes, que percebem o profissional médico como alguém que garante o acesso à saúde.

A confiança que os brasileiros depositam nos médicos é resultado de um conjunto de fatores, como a sólida formação acadêmica, a posição de liderança no sistema de saúde, a proximidade com os pacientes e a tradição cultural que valoriza o conhecimento e a prática médica. Além disso, a atuação dos médicos em crises e em políticas públicas de saúde reforça ainda mais essa credibilidade, consolidando a classe médica como uma das mais confiáveis para a população.

Uma pesquisa solicitada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2020, realizada pelo Instituto Datafolha, para saber o grau de confiabilidade da população brasileira em diferentes categorias de trabalhadores, apontou que os médicos obtiveram 35% de aprovação nos quesitos confiança e credibilidade (CFM, 2020). Destaca-se que a pesquisa aconteceu durante a pandemia de covid-19, momento em que o mundo vivia uma avalanche de informações desencontradas e distorcidas, uma verdadeira infodemia no campo da saúde, o que gerou desconfiança, descredibilidade e medo por

parte da população. Essa insegurança informacional vivenciada pela sociedade contribuiu com o aumento da confiança e credibilidade nos profissionais médicos em 9% , quando comparada com pesquisa realizada em 2018, que apontou um indice 24%.

Nesse contexto da pandemia de covid-19, um fato peculiar e que ensejou a construção do manual de orientação produzido pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) foi a insegurança e o medo dos pais em seguir as orientações em vacinar seus filhos, vivenciado por pediatras. Nunca antes pediatras se depararam com tantas dúvidas e discursos de rejeição às vacinas, principalmente em relação a vacina contra covid-19 (SBP, 2023).

A colaboração entre a SBP e o Instituto Questão de Ciência (IQC) foi crucial para capacitar os pediatras no enfrentamento da desinformação sobre vacinas. O manual de orientação intitulado "O Antivacinismo no Brasil e no Mundo: Cenário Pós-Confiança – As Principais Falácias: como reconhecer e como agir" forneceu aos profissionais conhecimentos fundamentais sobre os tipos de falácias antivacina e estratégias de argumentação eficazes. Esse preparo foi essencial para enfrentar a infodemia, caracterizada pelo excesso de informações, muitas vezes falsas ou enganosas, que se espalham em ambientes digitais e físicos durante crises de saúde pública. Ao combater essas falácias, os pediatras podem ajudar a mudar narrativas errôneas, impactando positivamente as percepções, atitudes e comportamentos da população em relação às vacinas (Lachtim *et al.,* 2021).

O manual também destacou a crescente preocupação com o movimento antivacina, que ampliou suas atividades durante a pandemia de covid-19, organizando-se de forma semelhante a uma indústria. Em outubro de 2020, ocorreu uma conferência desse movimento, cujo objetivo foi planejar sua estratégia de expansão. Segundo o relatório do Center for Countering Digital Hate (CCDH), os participantes desse evento decidiram adotar medidas para minimizar os riscos da covid-19, descredibilizar especialistas em saúde responsáveis por mitigar a crise e, sobretudo, dificultar a vacinação. Para isso, passaram a amplificar dúvidas e exagerar possíveis efeitos

colaterais, buscando assim comprometer a adesão da população às campanhas de imunização (CCDH, 2021).

O movimento antivacina encontrou, no Brasil, um campo fértil. Alguns profissionais médicos que atuam como influenciadores pseudocientíficos assumiram a liderança do movimento antivacina nas principais redes sociais. Baseando-se em sua formação e suposto conhecimento, esses profissionais elaboram falácias sustentadas por teorias pseudocientíficas – muitas vezes inventadas ou manipuladas – e utilizam diferentes artifícios retóricos para chegar a conclusões equivocadas. Para aqueles que não possuem preparo crítico e/ou conhecimento, estão em dúvida ou têm medo, essas conclusões podem parecer cientificamente fundamentadas. Assim, esses influenciadores têm, de forma sistemática, disseminado desinformação, incitado o ódio e promovido atitudes negacionistas em relação à ciência, à razão e à democracia (SBP, 2023).

A LEI DA CANETA E O PAPEL ESTRATÉGICO DO PROFISSIONAL PRESCRITOR/MÉDICO

A chamada "Lei da Caneta", que reconhece a autonomia do médico para prescrever tratamentos com base em seu julgamento clínico, pode impactar de diversas maneiras na hesitação vacinal, tanto de forma positiva quanto negativa. A autonomia dos médicos pode ser uma força positiva na promoção da vacinação quando esses profissionais utilizam sua influência e credibilidade para educar seus pacientes sobre a importância das vacinas. A confiança dos pacientes em seus médicos é um dos principais fatores que determinam a adesão à vacinação. Médicos que recomendam firmemente as vacinas, com base em evidências científicas, podem ser fundamentais para reverter a hesitação vacinal. Estudos demonstram que a confiança na opinião dos profissionais de saúde é um dos fatores

mais influentes na decisão de vacinar, especialmente em grupos com dúvidas ou incertezas em relação à segurança e eficácia das vacinas (MacDonald, 2015; Opel *et al.*, 2015).

Por outro lado, a "Lei da Caneta" também pode ter um efeito negativo caso médicos utilizem sua autonomia para veicular informações incorretas ou sugerirem alternativas às vacinas baseadas em crenças pessoais ou em práticas não embasadas cientificamente. Quando profissionais de saúde adotam posturas que questionam a segurança ou eficácia das vacinas, podem aumentar a desconfiança no público, potencializando a hesitação vacinal. Esse fenômeno é amplificado em casos de médicos que adotam uma postura antivacina, influenciando diretamente a decisão de seus pacientes (Dubé *et al.*, 2013). A literatura mostra que a desinformação proveniente de profissionais de saúde pode ter um impacto mais prejudicial do que aquela disseminada por leigos, devido ao elevado grau de confiança que a população tende a depositar nesses profissionais (Souto *et al.*, 2024; Sato, 2018).

O termo "Lei da Caneta", mencionado por Eugênio Vilaça Mendes em seu livro *As Redes de Atenção à Saúde* (2011), refere-se à ideia de que o poder de decisão dos profissionais de saúde, em particular os médicos, é amplamente influenciado pela sua autonomia de prescrição. Essa autonomia se manifesta no poder do médico em decidir sobre quais tratamentos, medicamentos e intervenções um paciente deve receber, e essa prescrição é formalizada por meio de sua assinatura – a "caneta" como símbolo do poder prescritivo (Mendes, 2011).

Todavia, Mendes (2011) utiliza esse termo para criticar um dos aspectos da centralidade do médico dentro do modelo tradicional de atenção à saúde, que é predominantemente médico centrado e focado na cura de doenças, ao invés de ser um modelo integrado e centrado no cuidado contínuo e preventivo. Na visão tradicional, a prescrição médica atua como o principal determinante das práticas de saúde, o que limita a colaboração interdisciplinar e a participação ativa de outros profissionais da saúde, como enfermeiros, psicólogos e nutricionistas, nas decisões clínicas.

A "Lei da Caneta" reflete, portanto, uma hierarquia de poder nas práticas de saúde, na qual o médico ocupa a posição mais alta na tomada de decisões. Esse modelo pode criar barreiras para a implementação de práticas colaborativas e coordenadas dentro das redes de atenção à saúde, prejudicando a construção de um cuidado integral e articulado, que é proposto pelo SUS e pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Mendes, 2011).

Por conseguinte, a "Lei da Caneta" também tem implicações diretas quando discutimos temas como hesitação vacinal. Quando o poder de prescrição e recomendação de vacinas está concentrado na figura do médico, sua postura diante das vacinas, seja favorável ou contrária, tem grande peso sobre a decisão dos pacientes em aderir ou não às campanhas de imunização. Isso significa que, se um médico utiliza sua autoridade para reforçar a confiança nas vacinas, ele pode combater a desinformação e aumentar as taxas de vacinação. No entanto, se o médico expressa desconfiança ou nega evidências científicas, sua "caneta" pode atuar negativamente, incentivando a hesitação vacinal entre seus pacientes.

Mendes (2011) critica essa centralidade excessiva do médico nas decisões de saúde e sugere que a estrutura das RAS devem promover um modelo de cuidado mais integrado, no qual a decisão clínica seja mais colaborativa e menos hierárquica, com diferentes profissionais desempenhando papéis essenciais no cuidado integral. Isso seria especialmente relevante em áreas como a imunização, em que uma abordagem interprofissional pode ajudar a mitigar os efeitos negativos da desinformação e das opiniões individuais divergentes de certos médicos.

A "Lei da Caneta" pode, portanto, ter um impacto significativo sobre a hesitação vacinal dependendo de como os médicos utilizam sua autonomia. Quando exercida de forma ética e com base em evidências científicas, essa autonomia pode ser uma ferramenta poderosa na promoção da vacinação. No entanto, quando médicos utilizam sua influência para questionar ou desaconselhar a vacinação sem base científica, o efeito pode ser altamente prejudicial,

exacerbando a hesitação vacinal, como por exemplo os médicos que compõem o movimento antivacina, ou seja, identificados como influenciadores pseudocientíficos.

Os médicos, como profissionais de saúde, têm um papel fundamental na implementação de políticas públicas de vacinação e podem ser responsabilizados juridicamente pela sua atuação. A literatura jurídica e bioética aponta que os médicos têm o dever ético e legal de fornecer informações corretas e completas sobre a vacinação, bem como de assegurar que seus pacientes tenham acesso às vacinas recomendadas (Rego, 2009). A não observância desses deveres pode resultar em responsabilização civil, penal ou administrativa.

A VACINA COMO DIREITO

A vacinação como direito no Brasil está fundamentada em dois importantes marcos legais: a Constituição Federal (CF), de 1988, e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, ambos instrumentos que garantem o acesso universal à saúde e à imunização, especialmente para crianças e adolescentes. Esses direitos visam proteger a saúde individual e coletiva, além de estabelecer responsabilidades jurídicas para os profissionais de saúde, incluindo os médicos.

A Constituição Federal de 1988 reconhece o direito à saúde como um direito fundamental de todo cidadão. O artigo 196 estabelece que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos". Nesse contexto, a vacinação é considerada uma política pública essencial para a prevenção de doenças transmissíveis e, portanto, parte integral do direito à saúde.

Além disso, o artigo 227 destaca que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à saúde (Brasil, 1988). Nesse sentido,

garantir a vacinação é uma forma de proteção à saúde de crianças e adolescentes, considerando que a imunização é uma das estratégias mais eficazes para a prevenção de doenças e promoção da saúde pública.

O ECA, promulgado em 1990, reforça o direito à saúde e estabelece a obrigatoriedade de políticas que protejam as crianças e adolescentes contra doenças. Seu artigo 14, parágrafo 1º, por exemplo, prevê que "é obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias". Esse dispositivo legal destaca a imunização como um direito básico, e a falta de cumprimento dessa obrigação pode acarretar sanções para os responsáveis legais.

O ECA também reforça que o Estado deve garantir a implementação de campanhas de vacinação e que os pais ou responsáveis são obrigados a garantir que seus filhos sejam vacinados de acordo com o calendário nacional de imunização (Brasil, 1990). Dessa forma, o direito à vacinação está diretamente ligado ao dever de proteção e cuidado integral, conforme estabelecido pelo Estatuto.

A responsabilização civil é um dano moral e coletivo, determinada nos casos de omissões ou erros que resultem em danos ao paciente, como a falha em recomendar ou aplicar vacinas adequadas. Segundo o Código Civil Brasileiro, o médico ou qualquer outro profissional de saúde podem ser obrigados a reparar o dano causado se ficar comprovada negligência, imprudência ou imperícia. Assim como a responsabilidade criminal, baseada no Código Penal, em seu artigo 268 – "Infringir determinação do poder público destinada impedir introdução ou propagação de doença contagiosa, sob pena de detenção, de um mês a um ano". Destaca-se o Parágrafo único: "A pena é aumentada de um terço se o agente é funcionário da saúde pública ou exerce a profissão de médico, farmacêutico, dentista ou enfermeiro" (Brasil, 1940). De acordo com o Código de Ética Médica, em seu artigo 44, "Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente, é qualificado como infração, sob pena de perder o registro profissional" (CFM, 2009).

A cobertura vacinal no Brasil vem apresentando uma tendência de declínio desde a última década (Couto; Barbieri; Matos, 2021). Desde 2016, a cobertura vacinal apresenta-se abaixo da meta preconizada pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), com indíce de 95% (Sato, 2018). Esse fenômeno acarretou o reaparecimento de algumas doenças imonopreveníveis, como foi o caso do sarampo (CONASEMS, 2023). As razões para esse declínio podem estar relacionadas a multiplos fatores, desde o enfraquecimento do SUS (Lachtim, *et al.,* 2021) a aspectos sociais e culturais (Sato, 2018), ao movimento antivacina (Couto; Barbieri; Matos, 2021) e à hesitação vacinal (Souto *et al.*, 2024; Couto; Barbieri; Matos, 2021; Sato, 2018).

Diante desse cenário preocupante de saúde pública, em 2018, a Promotoria da Infância e da Juventude do Ministério Público do Estado de São Paulo instaurou um procedimento para investigar a queda nas coberturas vacinais no Brasil. Iniciado em 2018, o inquérito civil resultou em uma decisão emblemática em 2020 pelo Supremo Tribunal Federal (STF), representado pelo Ministro Roberto Barroso, que determinou que a vacinação é um direito fundamental das crianças e adolescentes, prevalecendo sobre a liberdade de crença e pensamento de seus progenitores. Segundo Barroso, no entanto, o poder familiar não autoriza que os pais ou responsáveis, invocando convicção filosófica, coloque em risco a saúde dos filhos. Para o ministro, esse é um dos raros casos em que se justifica o Estado ser paternalista (BRASIL, 2020).

A supremacia desse direito está fundamentada no artigo 227 da Constituição Federal, que estabelece ser dever da família, da sociedade e do Estado garantir, com absoluta prioridade, os direitos das crianças, adolescentes e jovens à vida, saúde, alimentação, educação, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade e convivência familiar e comunitária, além de protegê-los de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, 1988). Esse princípio também é reforçado pelo artigo 4º do ECA (Brasil, 1990). Dessa forma, a responsabilidade de assegurar o direito à vida das crianças não recai apenas sobre a

família, mas também sobre a sociedade e o Estado, que atua como garantidor final desses direitos.

Todavia, no curso promovido pela SBP e o IQC, a promotora responsável pelo inquérito destacou que, embora a vacinação seja obrigatória, isso não significa que as crianças serão retiradas à força de seus pais para serem vacinadas. Cabe ao Estado implementar mecanismos que incentivem os pais a cumprir essa obrigação, conforme previsto no artigo 14 do ECA (Brasil, 1990). Ela esclarece que a obrigatoriedade da vacina não implica em coerção física, mas sim na adoção de medidas que incentivem a adesão, como a exigência da caderneta de vacinação para matrícula escolar ou para acesso a benefícios de programas sociais, como o Bolsa Família (IQC, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos são os desafios na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida e com a garantia do direito à saúde. Nesse sentido, muitas são as dimensões com as quais devemos estar comprometidos, dentre as quais podemos citar: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover e, desse modo, produzir saúde não somente para a população, mas também para os profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

No contexto do SUS, a vacinação é uma das ferramentas mais eficazes de promoção da saúde coletiva, sendo fundamental para prevenir e controlar doenças infecciosas. No entanto, a desinformação sobre vacinas tem se mostrado um dos maiores obstáculos contemporâneos para o sucesso das campanhas de imunização, comprometendo a garantia do direito à saúde. A disseminação de *fake news* e a propagação de teorias conspiratórias sobre a segurança e eficácia das vacinas alimentam a hesitação vacinal. Durante a pandemia de covid-19, a proliferação de informações falsas comprometeu a adesão da população às vacinas, afetando diretamente a

capacidade do SUS de cumprir seu papel de proteger e promover a saúde (Silva *et al.*, 2023; Sato, 2018).

Nesse cenário, os profissionais de saúde exercem uma função estratégica fundamental. Eles não apenas atuam como provedores de cuidados, mas também como educadores e porta-vozes da ciência no combate à desinformação. Dessa forma, o foco no profissional médico é necessário por considerar a relação de confiança entre médico e paciente, visto ser crucial para mitigar mitos e falsas crenças sobre as vacinas. Pesquisas indicam que a recomendação direta de um profissional de saúde é um dos fatores mais determinantes para que uma pessoa aceite se vacinar, especialmente em grupos mais hesitantes (Souto *et al.*, 2024; Sato, 2018; Dubé; Vivion; MacDonald, 2015).

Todos os profissionais de saúde são considerados atores-chaves no processo (re)construção e manutenção da confiança e credibilidade nas vacinas. A responsabilização profissional é uma questão central no quesito desmistificar informações falsas e facilitar o acesso à imunização. A responsabilização ativa desses profissionais favorece a promoção da vacinação, que é uma ferramenta essencial para a saúde pública e a proteção coletiva.

O direito à vacina é reconhecido tanto no Brasil quanto no cenário internacional como parte dos direitos fundamentais à saúde e à vida. O direito à saúde, garantido pela Constituição Federal de 1988, inclui o direito à vacinação. O SUS, que abarca a vacinação universal como uma de suas funções primordiais, é responsável por garantir que toda a população tenha acesso às vacinas disponíveis no PNI (Brasil, 1998). No entanto, a desinformação e a hesitação vacinal representam desafios que comprometem o pleno exercício desse direito, uma vez que as campanhas de vacinação são prejudicadas pela baixa adesão em alguns grupos. Na perspectiva interseccional, é necessário salientar que as escolhas políticas do Estado podem reproduzir institucionalmente o que Mbembe (2018) chama de necropolítica, ao ressaltar o racismo como elemento central do exercício do poder estatal que legitima o

direito de 'deixar morrer' certas populações racializadas" (Matta; Paiva; Rosário, 2024, p.2).

A legislação brasileira reconhece o direito à vacina e estabelece a obrigatoriedade da vacinação em situações específicas, como nas campanhas de imunização infantil e durante emergências de saúde pública, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e estabelecem a vacinação como uma responsabilidade compartilhada entre o Estado, a sociedade e os responsáveis legais, garantindo assim a proteção de crianças e adolescentes. O direito à vacina está, portanto, intrinsecamente ligado à defesa da vida e à promoção da saúde pública.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Decreto Lei n 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm. Acesso em: 09 set. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 set. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Lei n 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 09 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa Nacional de Imunizações**: PNI 25 anos. Brasília:, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_10.pdf. Acesso em: 23 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de Saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 10 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 10 set. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário com Agravo nº 1.267.879. Ministro Roberto Barroso. Brasília, DF, 17 de dezembro de 2020. Disponível em: https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=755520674. Acesso em: 09 set. 2024.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico** .Monitoramento da segurança das vacinas COVID-19 no Brasil até a semana epidemiológica n.º 11 de 2023 [Ministério da Saúde], Brasília, v. 54, n. 10, 19 jun. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-10/view. Acesso em: 10 nov. 2023.

CARVALHO, José Murilo. **Os bestializados**: o Rio de Janeiro e a República que não foi. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CCDH - Center For Countering Digital Hate. **Pandemic Profiteers** - The business of anti-vaxx, 2021. Disponível em: https://counterhate.com/research/pandemicprofiteers/. Acesso em: 11 set de 2024.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Pesquisa nacional sobre cobertura vacinal, seus múltiplos determinantes e as ações de imunização nos territórios municipais brasileiros.** v. 1. Brasília: CONASEMS, 2023. Disponível em: https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/publicacoes/publicacao-imunizasus-230123-3-1674844436.pdf. Acesso em: 23 abr. 2023.

CFM - Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica 2009:** Resolução CFM nº 1.931/2009. 10. Brasília: CFM; 2009.

CFM - Conselho Federal de Medicina. Pesquisa CFM/DATAFOLHA: Médicos são os profissionais em quem os brasileiros mais confiam e depositam credibilidade. **CFM** [Portal Online], 20 jul. 2020. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/noticias/pesquisa-cfm-datafolha-medicos-sao-os-profissionais-em-quem-os-brasileiros-mais-confiam-e-depositam-credibilidade. Acesso em: 09 set. 2024.

COUTO, M. T.; BARBIERI, C. L. A.; MATOS, C. C. S. A. Considerações sobre o impacto da covid-19 na relação indivíduo-sociedade: da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 30, n. 1, e200450, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200450. Acesso em: 21 abr. 2023.

DANDARA, L. A Revolta da Vacina. **Fiocruz** [Portal Online], Rio de Janeiro, 25 abr. 2005. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-2. Acesso em: 22 abr. 2023.

DUBÉ, E. *et al.* Vaccine Hesitancy: An Overview. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, v. 9, n. 8, p. 1763-1773, 2013. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23584253/. Acesso em: 21 abr. 2023.

DUBÉ, E; VIVION, M.; MACDONALD, N. Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. **Expert Rev. Vaccines,** v. 14, n. 1, p. 99-117, 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25373435/. Acesso em: 21 abr. 2023.

FIGUEIREDO, A. *et al.* Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake: a large-scale retrospective temporal modelling study. **The Lancet**, 10 Set. 2020. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31558-0/fulltext#secce stitle10. Acesso em: 21 abr. 2023.

GALLAGHER, J. 10 anos em 10 meses: como cientistas de Oxford criaram em tempo recorde um novo modelo de vacina contra o coronavírus. **BBC News,** 23 nov. 2020. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/internacional-55049893. Acesso em: 22 abr. 2023.

HANSEN, P. R.; SCHMIDTBLAICHER, M.; BREWER, N. T. Resilience of HPV vaccine uptake in Denmark: Decline and recovery. **Vaccine**, v. 38, n. 7, p. 1842-1848, 2020. Disponível em: https://noelbrewer.web.unc.edu/wp-content/uploads/sites/16987/2022/02/2020_Hansen.pdf. Acesso em: 21 abr. 2023.

HANLEY, S. J. B. *et al.* HPV vaccination crisis in Japan. **The Lancet**, 03 Jul. 2015. Disponível em: https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)61152-7.pdf. Acesso em: 21 abr. 2023.

IQC - Instituto Questão de Ciências. Curso sobre hesitação vacinal voltado para médicos da especialidade. **IQC** [portal], São Paulo, 30 mar. 2023. Disponível em: https://iqc.org.br/noticias/iqc-e-sbp-promovem-curso-sobre-hesitacao-vacinal-para-pediatras/. Acesso em: 10 out. 2024.

KFOURI, R. A; LEVI, G. C. **Controvérsias em imunizações 2020**. São Paulo: Segmento Farma, 2021. Disponível em: https://sbim.org.br/images/books/controversias-imunizacoes-2020.pdf. Acesso em: 24 abr. 2023.

LACHTIM, *et al*. Fake News, infodemia e mídias sociais: da hesitação vacinal às baixas coberturas. In: SILVA, T. M. R.; LIMA, M. G. (orgs.). **Estratégias de vacinação contra a COVID-19 no Brasil**: capacitação de profissionais e discentes de enfermagem. Brasilia: ABEn, 2021. Série enfermagem e pandemias, 6. Disponível em: https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2021/12/e8-vacinas-cap12.pdf. Acesso em: 23 abr. 2023.

LARSON, H. J., *et al*. The state of vaccine confidence 2016: Global insights through a 67-country survey. **EBioMedicine**, v. 12, p. 295-301. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27658738/. Acesso em: 10 set. 2023.

MACDONALD, N. E.; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope, and determinants. **Vaccine**, v. 33, n. 34, p. 4161-4164, 2015. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X15005009. Acesso em: 21 abr. 2023.

MATTA, G,; PAIVA, E., ROSÀRIO, C. Hesitação vacinal e interseccionalidade: reflexões para contribuir com as práticas e políticas públicas sobre vacinação. **Interface** (Botucatu), v. 28, 2024. Disponível em: e240226 https://doi.org/10.1590/interface.240226. Acesso em: 30 set. 2024.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. 1. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5819072/mod_resource/content/1/MBEMBE%2C%20Achille%20-%20Necropolitica-n-1-Edicoes-2018.pdf. Acesso em: 09 set. 2024.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 09 set. 2024.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19**. Washington, D.C.: OPAS, 2020. Kit de Ferramentas de Transformação Digital. Ferramentas de Conhecimento. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf. Acesso em: 23 abr. 2023.

OPEL, D. J., *et al*. The architecture of provider-parent vaccine discussions at health supervision visits. **Pediatrics**, v. 132, n. 6, p. 1037-1046. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24190677/. Acesso em: 10 set. 2023.

PAIM, J.*et al*. O Sistema de Saúde Brasileiro: História, Avanços e Desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 23 abr. 2023.

REGO, S. **Bioética para profissionais da saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Disponível em: https://books.scielo.org/id/33937/pdf/rego-9788575413906.pdf. Acesso em: 09 set. 2024.

RIBEIRO, A. Relatório da USP cita desinformação entre causas de rejeição à vacina anti-HPV no Acre. **Aos fatos** [Jornal online], 2 dez. 2019. Disponível em: https://www.aosfatos.org/noticias/relatorio-da-usp-cita-desinformacao-entre-causas-de-rej eicao-vacina-anti-hpv-no-acre/ . Acesso em: 21 abr. 2023.

SALLES, S. Acre vive surto de doença causada por medo de vacinação. **Jornal da USP** [online], 22 nov. 2019. Ciências da Saúde. Disponível em: https://jornal.usp.br/ciencias/ciencias-da-saude/acre-vive-surto-de-doenca-causada-por-m edo-de-vacinacao/ . Acesso em: 21 abr. 2023.

SATO, A.P.S. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? **Rev Saude Publica**, v. 52, p. 96, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/CS5YRcMc3z4Cq4QtSBDLXXG/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 23 abr. 2023.

SILVA, T. M. R.; SÁ, A. C. M. G. N. **Desafios da cobertura vacinal no Brasil**: Fake News e Desigualdades. In: MALTA, Deborah Carvalho; SILVA, Alanna Gomes da; BARROS, Paulo Ferrinho Fernando Passos Cupertino de. (org.). **Comunidade dos Países de Língua Portuguesa e Determinantes Sociais da Saúde**. 1. ed. Brasília: Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde? LEIASS, 2024. cap. 11. p. 1-318.

SILVA, G.M *et al*. Desafios da imunização contra COVID-19 na saúde pública: das *fake news* à hesitação vacinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 739-748, mar. 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/dVVfKrCWD7sPp8TNp8xcngN/abstract/?lang=pt. Acesso em: 06 mai. 2023.

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria. O antivacinismo no Brasil e no Mundo: cenário pós-confiança. As principais falácias: como reconhecer e como agir. **Manual de Orientação**, Departamento Científico de Imunizações (gestão 2022-2024) e Instituto Questão de Ciência, n. 104, 22 set. 2023. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_24227c-MO_Anti-Vacinismo_BR_e_Mundo_As_PrincipaisFalacias.pdf. Acesso em: 09 set. 2024.

SOUTO, E.P *et al*. Hesitação vacinal infantil e COVID-19: uma análise a partir da percepção dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 40, n. 3, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/WJfGfdJStRD6xZMfMgC7VbB/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 set. 2024.

WHO - World Health Organization. Ten threats to global health in 2019. **WHO** (Who.int), 2019. Disponível em: https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019. Acesso em: 17 mai. 2022.

WHO - World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020. **WHO** (Who.int), 11 mar. 2020. Disponível em: https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020. Acesso em: 23 abr. 2023.

ZAROCOSTAS, J. How to fight an infodemic. **The Lancet**, v. 395, n. 10225, p. 676, 2020. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30461-X/fulltext. Acesso em: 23 abr. 2023.

18

"SOMMELIER DE VACINAS" COMO FORMA DE HESITAÇÃO VACINAL: UM DESAFIO CONTEMPORÂNEO PARA A SAÚDE COLETIVA

CAROLINA STRAUSS ESTEVEZ GADELHA,
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE, FABIANA TURINO
E VALERIA VALIM

INTRODUÇÃO

A pandemia de covid-19 reinseriu a vacinação no centro de um amplo debate público sobre saúde. Se, por um lado, houve discussões sobre a importância dos imunizantes para salvar vidas, por outro, vimos ressurgir a desconfiança em relação às vacinas, culminando na recusa parcial ou total de um indivíduo em se imunizar ou em vacinar pessoas sob sua responsabilidade (Leal, 2024).

A magnitude do acometimento global de covid-19 exigiu um esforço coletivo sem precedentes da comunidade científica, da indústria farmacêutica, da sociedade civil e dos governantes. Isso levou à possibilidade de desenvolvimento do imunizante em curto espaço de tempo, medida fundamental para controlar a pandemia e evitar milhões de vítimas fatais (WHO, 2020).

Normalmente, o processo de desenvolvimento de vacinas pode levar de 10 a 15 anos para ser concluído, mas, no caso da covid-19, as vacinas foram desenvolvidas em cerca de um ano (Leong *et al.*, 2022). Esse processo acelerado, embora celebrado como um feito científico positivo e de extrema relevância, gerou desconfiança em parte da população, especialmente por conta da tecnologia inovadora utilizada, com uso de mRNA (ácido ribonucleico mensageiro). Estudos mostram que as pessoas desconfiam das vacinas contra a covid-19 porque acreditam que elas foram fabricadas muito rapidamente (Nguyen *et al.*, 2021) ou porque temem a nova tecnologia de mRNA (Leong *et al.,* 2022).

Avanços tecnológicos, como as vacinas de mRNA, aceleraram o processo de desenvolvimento de imunizantes, pois essas vacinas não exigem o cultivo de vírus em laboratório, o que possibilita uma produção mais rápida e escalável. No entanto, esses avanços nem sempre são acompanhados por uma disseminação eficiente de informações sobre a segurança dessas novas tecnologias, especialmente nas regiões com menos acesso à saúde e educação, ou seja, mais vulneráveis. Com menor acesso a explicações e orientações adequadas, muitas pessoas dessas regiões se tornaram mais suscetíveis a desinformações sobre os possíveis riscos das vacinas de mRNA, o que alimentou a hesitação vacinal (Leong *et al.*, 2022). Nas periferias e entre pessoas com menor acesso a serviços de saúde de qualidade, a falta de informação científica clara reforçou o receio de que a velocidade do desenvolvimento das vacinas pudesse comprometer a sua segurança (WHO, 2021).

Essa situação de excesso de informações e questionamentos sobre as vacinas foi uma das características da "infodemia", evidenciada na pandemia. A "infodemia" é um fenômeno de superabundância de informações, tanto corretas quanto enganosas, amplamente difundidas nas redes sociais e na mídia. Esse cenário, que incluiu desde informações científicas confiáveis até rumores, teorias da conspiração e *fake news*, gerou confusão e dificultou que a população identificasse fontes de informações confiáveis (WHO, 2021). Leong *et al.* (2022) demonstram que esse problema afetou desproporcionalmente pessoas em contextos socioeconômicos mais vulneráveis, nos quais o acesso limitado à educação e a recursos informativos de qualidade contribuiu para uma maior exposição às desinformações e para o aumento da desconfiança nas vacinas.

Outra questão relacionada ao surgimento de novas tecnologias no campo da saúde é que elas não atingem uniformemente toda a população de diferentes regiões do mundo. Países de baixa e média renda tiveram acesso limitado a esses recursos e ficaram dependentes da solidariedade internacional para garantir doses de vacina. Isso destacou ainda mais as desigualdades entre nações ricas, que

compraram e distribuíram vacinas rapidamente, e países mais pobres, que enfrentaram escassez e atrasos significativos (Kamal; Thakur; Pathak, 2021).

Esse cenário contribuiu para que houvesse diferentes tipos de imunizantes contra covid-19 sendo distribuídos de maneira desigual em todo o globo. Uma situação que alavancou outro problema: o fenômeno da escolha seletiva de vacinas. Ele se espalhou ao redor do mundo e se manifestou de maneira específica no Brasil, com atores políticos divulgando informações não científicas sobre a eficácia de alguns imunizantes.

Em países desenvolvidos, a disponibilidade de vacinas de diferentes fabricantes levou parte da população a buscar informações sobre as supostas vantagens ou riscos específicos de cada tipo de vacina, escolhendo tomar apenas aquelas que consideravam "mais seguras" ou "mais eficazes" (Leong *et al.*, 2022). Na prática, essa preferência foi alimentada por informações equivocadas e comparações incompletas, que, muitas vezes, eram disseminadas por redes sociais ou veículos de comunicação sensacionalistas.

No Brasil, esse comportamento foi identificado e batizado de "sommelier de vacinas" pelas plataformas digitais ou pela imprensa (Azevedo; Rosário; Ramos, 2021), sobretudo nas fases iniciais da campanha de vacinação, quando a oferta de vacinas era limitada e a distribuição de diferentes fabricantes variava de acordo com a região e a disponibilidade local. Muitos brasileiros passaram a escolher qual vacina tomar, recusando-se a receber determinados fabricantes ou processo de fabricação por acreditarem em boatos ou em argumentos baseados em fontes de baixa qualidade. Esse comportamento de escolha seletiva de imunizante foi um dos aspectos relacionados à hesitação vacinal contra covid-19.

Importante destacar que a hesitação vacinal pode se manifestar de diversas formas, desde a recusa completa, atraso ou recusa parcial, como ocorre com a escolha seletiva de vacinas. Essa hesitação seletiva criou dificuldades logísticas e atrasos na imunização, além de aumentar a carga de trabalho dos profissionais de saúde, que precisavam

lidar com pedidos específicos e explicar a segurança e eficácia das vacinas disponíveis. Para regiões menos favorecidas, onde o acesso a centros de vacinação e a informações confiáveis é mais restrito, a escolha seletiva de vacinas representou um desafio adicional para a imunização em massa (Kamal; Thakur; Pathak, 2021).

No Brasil, muitas vezes o "sommelier de vacinas" reflete uma hesitação específica em relação a determinadas vacinas ou tecnologias de imunização, enquanto outras são aceitas, preferidas e escolhidas. Apesar da relevância na área da Saúde Coletiva, esse tema tem sido pouco estudado na literatura científica (Galhardi *et al.*, 2022).

Destaca-se que o Brasil é um país marcado por significativas desigualdades socioeconômicas, o que torna essa categoria temática crucial para compreender os efeitos da hesitação ou recusa vacinal sobre a população e suas consequências para o sistema de saúde (Nobre; Guerra; Carnut, 2022). Nesse cenário de desigualdades, salientam-se diferentes percepções sobre a vacinação, a partir da análise interseccional, ou seja, de dinâmicas de classe, raça, gênero e espacialidade para compreender esse fenômeno (Leal, 2024).

Este capítulo visa analisar a escolha seletiva de vacinas, ou "sommelier de vacinas", como forma de hesitação vacinal, constituindo-se num importante desafio contemporâneo para a área da Saúde Coletiva.

A HESITAÇÃO VACINAL E A PANDEMIA DA COVID-19

A origem da palavra hesitação vem do latim "haesitatio.onis" e significa ato ou efeito de hesitar; ato ou efeito de ficar indeciso sobre o que se deve fazer, dizer, pensar; estado de quem hesita: indecisão, perplexidade, dúvida, embaraço (Ferreira, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2012, criou um grupo de pesquisadores e especialistas, o Strategic Advisory Group of Experts Working on Vaccination Hesitancy (SAGE-WG),

definindo hesitação vacinal como atraso em aceitar ou a recusa das vacinas recomendadas, apesar de sua disponibilidade nos serviços de saúde. Ela acontece num contínuo entre ampla aceitação de todas as vacinas disponíveis e o atraso ou recusa de algumas ou de todas as vacinas. Esse fenômeno comportamental é bastante complexo em relação aos seus determinantes, que envolvem aspectos culturais, sociais e econômicos e varia ao longo do tempo, local e dos tipos de vacina (MacDonald; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy, 2015). O modelo proposto pelo SAGE-WG é composto por 3C's: complacência (não perceber as doenças como de alto risco e a necessidade da vacinação), conveniência (barreiras práticas) e confiança (falta de confiança na segurança e eficácia das vacinas). Posteriormente foi reformulado para a escala 5C's, que também inclui "cálculo de risco", que se refere à busca extensiva de informações pelos indivíduos, e "responsabilidade coletiva", que é a disposição de proteger os outros pela própria vacinação por meio da imunidade coletiva (Betsch *et al.*, 2018).

Em 2019, a OMS definiu as dez maiores ameaças à saúde global, dentre elas a hesitação vacinal (Domingues *et. al.*, 2020). Tal fenômeno não é recente – surgiu logo após a introdução da vacina contra a varíola no fim do século XVIII (Wolfe; Sharp, 2002) e continuou através do tempo. Os argumentos e as crenças dos movimentos antivacinas são crescentes e fortalecidos na capacidade de disseminar informações de saúde incorretas, compartilhadas especialmente na internet (Sato, 2018), impactando na queda das coberturas vacinais.

Nesse cenário de queda das coberturas vacinais, em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto causado pelo novo coronavírus constituía uma emergência de saúde Pública de Importância Internacional (EPII). Em 11 de março do mesmo ano, a covid-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia (OPAS, 2020). À medida que a mortalidade pela covid-19 avançava ferozmente em vários países, o desenvolvimento de vacinas contra o SARS-CoV-2 também corria a passos acelerados. Em julho de 2020, iniciou-se a vacinação na China e, em dezembro do mesmo ano, nos Estados

Unidos. Em janeiro de 2021, no Brasil, teve início a vacinação da população adulta, sendo em seguida contemplados adolescentes maiores de 12 anos e, posteriormente, crianças. Em janeiro de 2022, o Ministério da Saúde anunciou a inclusão crianças da faixa etária de 5 a 11 anos no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (PNO). A velocidade recorde com que a vacina foi criada e testada foi e ainda está sendo, nos dias atuais, motivo de preocupação e de inúmeros questionamentos quanto à segurança destas vacinas (Brasil, 2022).

As vacinas são as intervenções mais bem-sucedidas e efetivas financeiramente na promoção da saúde no mundo. Entretanto, para que ofereçam proteção eficiente, as vacinas precisam atingir altos índices de adesão (Ferrari, 2022). O Estado brasileiro, desde o final do século XIX, promove e sustenta uma "cultura de imunização" que está associada a um processo de introdução de vacinas, de campanhas de vacinação e de vacinação em massa para a população. Essa "cultura" se constituiu ao longo do século passado e se expressa pela adesão da população aos programas governamentais de imunização e pela demanda cada vez maior de que novas vacinas sejam oferecidas pelo poder público (Hochman, 2011).

Nas últimas duas décadas, progressos significativos estiveram relacionados ao rápido e crescente avanço da capacidade científica e tecnológica para estratégias inovadoras em vacinas para doenças infecciosas (Global Vaccine Action Plan, 2013). Dados mundiais apontam que, todos os anos, as vacinas poupam 6 milhões de vidas, além de proteger milhões de outras contra doenças e incapacidades (Bloom; Fã; Sevilla, 2018; Homma *et. al.*, 2020).

O grande sucesso das campanhas de vacinação contra a varíola na década de 1960 mostrou que a vacinação desempenhou papel crucial na erradicação da doença (Homma *et. al.*, 2020). Nesse contexto de busca por vacinação em massa, o Brasil criou o Programa Nacional de Imunizações (PNI) no final de 1973. Esse programa é reconhecido internacionalmente como um dos de maior relevância em intervenção em saúde pública, apresentando alta confiabilidade da população

geral. É considerado ainda, o programa de vacinação mais completo em países em desenvolvimento e até mesmo mais completo que o de alguns países desenvolvidos. Esse modelo exitoso tem como meta, em linhas gerais, a cobertura vacinal de 95% da população alvo, sendo notório seu crescente impacto no perfil de morbimortalidade da população brasileira (Domingues *et al.*, 2020).

Apesar desse modelo de sucesso, desde 2016 (Sato, 2018), o PNI vem enfrentando quedas em sua cobertura vacinal e, em 2017, atingiu os níveis mais baixos já registrados na história da imunização, fato identificado em muitos países, não só no Brasil (Larson *et al.*, 2016).

Nesse contexto, faz-se necessário salientar que a vacinação é considerada um pacto social de saúde coletiva no sentido de prevenção de doenças evitáveis, enquanto a hesitação vacinal, ainda que seja multifatorial, acontece no âmbito individual/familiar privado (Minchoni; Schucman, 2024).

Dentre os inúmeros fatores que podem ser atribuídos à redução dos índices de coberturas vacinais (ICV), destacam-se o desconhecimento da importância da vacinação, a queda na percepção de risco pela população (falsa sensação de segurança), os problemas na qualidade dos dados e a complexidade do calendário vacinal, exigindo inúmeras idas às unidades de saúde. Além disso, os horários restritos e dias específicos para determinada vacina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a falta de informação, o medo de reações adversas e da própria injeção, a falta de vacinas, os erros de vacinação e na estratégia de comunicação, os movimentos antivacina e as notícias falsas (Domingues *et. al.*, 2020) ampliam a lista das causas para a queda cobertura vacinal.

Destaca-se ainda que a hesitação vacinal nas populações vulnerabilizadas pode surgir como reflexo das barreiras de acesso aos serviços de saúde, relacionadas a aspectos organizacionais ou à qualidade do atendimento ofertado. Com relação à população LGBTQIAPN+, afirma-se que as experiências negativas anteriores com profissionais de saúde são incluídas como principais motivos que levam à hesitação vacinal (Matos; Tavares; Couto, 2024).

Considerado um dos principais fatores que contribuem para a hesitação vacinal, a desinformação, aliada à hiperconectividade da população, alimentou o medo e a desconfiança em relação aos imunizantes. Nesse contexto, o aumento do acesso e uso das redes sociais e aplicativos de mensagens como principais fontes de informação facilitaram a disseminação de *fake news*. Jovens e indivíduos com menor nível de escolaridade tendem a confiar mais nas informações divulgadas por essas fontes (Nabe-Nielsen *et al.*, 2021).

A pandemia de covid-19 intensificou esse problema, exacerbando a infodemia e a disseminação de notícias falsas e informações técnicas sem comprovação científica, o que elevou à desconfiança da população em relação às vacinas. Como resultado, a hesitação vacinal tem se tornado um tema central em pesquisas de saúde pública.

A HESITAÇÃO VACINAL COM ESCOLHA SELETIVA DE VACINAS: O "SOMMELIER DE VACINAS"

O fenômeno da escolha de vacinas contra covid-19 ocorreu em várias partes do mundo, mas o termo "sommelier" foi usado pela imprensa no Brasil em meados de 2021 (Azevedo; Rosário; Ramos, 2021). Naquele momento, nem metade da população brasileira havia ainda recebido a primeira dose de um imunizante. Um dos problemas identificados à época foi a recusa de algumas pessoas em receber imunizantes fabricados por determinados laboratórios. Em alguns casos, essas pessoas preferiam deixar de receber a proteção ou procuravam outra unidade de saúde.

Esse comportamento de escolha seletiva, fruto da preferência por determinadas vacinas ou laboratórios, veio à tona provavelmente impulsionados pela infodemia. Uma pesquisa da Confederação Nacional dos Municípios (CNM) realizada durante a pandemia da covid-19, de 12 a 15 de julho de 2021, incluindo 2.826 prefeituras

(representando 50,8% dos municípios brasileiros), apresentou que aproximadamente três em cada quatro municípios do Brasil (74,6%) registraram casos de "sommelier de vacinas" envolvendo vacinas contra a covid-19. Nesse levantamento, 0,4% dos municípios permitiram que o indivíduo escolhesse a vacina que receberia, 7% permitia que o indivíduo retornasse à UBS no momento que o imunizante desejado estivesse disponível. Entretanto, em 47% dos municípios, foi aplicada a vacina que estava disponível e, em 19,3% (456) dos municípios, houve adoção de "punição" na qual quem tentasse escolher a vacina contra covid-19 perderia prioridade e iria para o final da fila. Algumas prefeituras chegaram a editar decretos para punir os "sommeliers de vacinas". As vacinas mais rejeitadas, segundo a pesquisa da CNM, foram o imunizante inativado do Butantan (Coronavac), com 50,5% dos casos, e a vacina da Astrazeneca, com 39,3% (CNM, 2021).

A ESCOLHA DE VACINAS E SUAS MULTIFACETAS

Os indivíduos que adotam a postura de hesitante com escolha seletiva podem ter uma variedade de motivos. Por exemplo, eles podem basear suas decisões em preocupações específicas sobre a segurança ou eficácia de uma vacina em particular ou podem elencar preferências pessoais relacionadas a fatores como o tipo de tecnologia utilizada na fabricação da vacina. Outros fatores são o número de doses necessárias ou até mesmo questões culturais ou religiosas.

A eficácia de uma vacina é trazida como um fator-chave nos estudos de preferências de imunizantes, sugerindo que a comunicação sobre a eficácia e proteção contra doença *versus* hospitalização *versus* morte podem afetar as atitudes sobre as vacinas e, por sua vez, as escolhas (Kreps; Kriner, 2022; Craig, 2021). Um estudo analisou como a comunicação da eficácia de uma vacina, em diferentes métricas, afeta a escolha da vacina. Os entrevistados, ao receberem

informações abrangentes sobre eficácia de duas vacinas em questão, incluindo proteção contra infecções sintomáticas, doenças graves, hospitalização e morte, em comparação ao grupo controle, que não as recebeu, foram influenciados significativamente a escolher a vacina de maior eficácia. Mesmo uma diferença pequena na eficácia pode ter grandes efeitos nas preferências das vacinas (Kreps; Kriner, 2022). Mensagens transparentes, incluindo o que é desconhecido sobre eficácia das vacinas, podem criar confiança e aumentar a aceitação da vacina. Mensagens vagas ou carentes de dados e especificidade podem ser ineficazes (Weinstein *et al.*, 2024).

Outro fator que influencia a preferência de vacinas é a conveniência da vacinação. Uma pesquisa e experimento de escolha avaliando as preferências sobre vacinas contra a covid-19 demonstrou que as populações dos EUA preferem se vacinar em campanhas que fornecem doses únicas, em que os tempos de espera nos locais de vacinação são curtos e quando a vacinação é oferecida em unidades de saúde, farmácias ou em residências e não em locais de vacinação em massa. Essas informações sugerem que as pessoas frequentemente tomam decisões de saúde com base nas opções que são mais fáceis e exigem o mínimo de esforço. As principais preferências por redução do tempo de espera, doses únicas de vacina e vacinação única destacam a importância de simplificar os processos de vacinação (Eshun-Wilson *et al.*, 2021).

Nesse contexto, é necessário compreender como o acesso à vacinação influencia nesse processo de escolha. O conceito de acesso é complexo, com variações entre autores. Alguns autores empregam o substantivo acessibilidade como caráter ou qualidade do que é acessível, enquanto outros preferem o substantivo acesso significando ato de ingressar, entrada. A acessibilidade é preferida pelos autores que a descrevem como uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população, seja essa uma característica geral, seja restrita à acessibilidade geográfica. Já os autores que optam pelo termo acesso, em geral, centram-no na entrada inicial dos serviços de saúde. De qualquer forma, prevalece

a ideia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta (Travassos; Martins, 2004).

O equilíbrio entre os benefícios percebidos e as barreiras percebidas em relação à ação a ser adotada é considerado uma análise inconsciente de custo-benefício. Nesse processo, as pessoas avaliam os ganhos potenciais da ação em comparação com a percepção de que essa ação pode ser custosa, perigosa, desagradável ou inconveniente. A ameaça percebida e a crença de que os benefícios superam as barreiras são elementos cruciais na decisão de adotar medidas preventivas específicas ou seguir prescrições terapêuticas (Rosentock, 1990).

Abordar também a desigualdade em saúde é fundamental na análise do acesso a vacinas, caracterizando-se por um feixe de desigualdades que se entrecruzam: socioeconômica, gênero, territorial, étnicas, raciais e geracionais (Ventura *et al.*, 2022; CEPAL, 2016). Nesse sentido, a interseccionalidade vem sendo cada vez mais empregada como ferramenta analítica no campo da saúde, evidenciando a percepção da não vacinação como um privilégio. Tal abordagem permite compreender de que forma a posição social define um modo de vivenciar processos em saúde (Matos; Tavares; Couto, 2024).

Nesse contexto de desigualdades sociais, a abordagem interseccional permite um olhar direcionado para as "relações entre processos mutuamente constituídos que criam as desigualdades, permite examinar como as estruturas sociais e as dinâmicas institucionais operam para produzir vantagens e privilégios sistêmicos e seus impactos nos processos de hesitação vacinal" (Matos; Tavares; Couto, 2024, p. 2).

Nesse cenário, a determinação socioeconômica ainda é vista como predominante nas análises científicas, em detrimento de categorias como raça e gênero. Entretanto, tais categorias, que também organizam a vida social, podem reforçar iniquidades e condicionar padrões de adoecimento e acesso aos serviços de saúde (Minchoni; Schucman, 2024).

Outra faceta importante, no caso da vacina contra a covid-19, é sobre a nova tecnologia, a plataforma de mRNA, que faz parte do imunizante BNT162b2 da Pfizer e da Moderna (mRNA-1237). Elas trouxeram preocupação à população com relação à segurança, a danos futuros e a outras incertezas sem evidência científica, provavelmente trazidas pelas notícias falsas e infodemia. Estudos mostram que as pessoas desconfiam das vacinas contra a covid-19 porque acreditam que elas foram fabricadas muito rapidamente (Nguyen *et al.*, 2021) ou porque temem a nova tecnologia de mRNA (Dror *et al.*, 2021, Andreas *et al.*, 2022). Os próprios profissionais de saúde, prescritores das vacinas, demonstraram mais desconfiança em relação à nova tecnologia de mRNA e preferência por outras vacinas, com tecnologias conhecidas, em um estudo que incluiu médicos, graduados em ciências biológicas e pessoas da população em geral (Dror *et al.*, 2021).

Um estudo realizado na Hungria, país que conduziu a vacinação na terceira onda da pandemia da covid-19 com a maior diversidade de vacinas disponíveis, demostrou que a hesitação vacinal pode variar na dependência do tipo de vacina disponível e que as preferências individuais foram fortemente influenciadas pelas informações recebidas e por teorias da conspiração. Aqueles indivíduos que acreditaram nessas teorias da conspiração foram os mais propensos a rejeitar as vacinas com plataforma de mRNA, e os que confiavam em algumas figuras políticas locais foram mais propensos a aceitar as vacinas contendo vetor viral (Kutasi *et al.*, 2022).

Da mesma forma, Merkley e Loewen (2022), analisando mais de 6.200 indivíduos em uma série de pesquisas transversais no Canadá, encontraram maior recusa em receber as vacinas do fabricante AstraZeneca e Johnson & Johnson em comparação com os imunizantes da Pfizer e Moderna. A hesitação seletiva, ou "sommelier de vacina", foi influenciada pela controvérsia sobre sua ligação com efeitos colaterais extremamente raros, mas graves, e pela eficácia percebida (Merkley; Loewen, 2022).

A aceitação e a escolha da vacina também é fortemente influenciada pelo que se lê online. Isso foi muito evidente na pandemia da

covid-19, na qual o usuário, muitas vezes inexperiente, foi exposto nas mídias e nas redes sociais ao enorme volume de notícias, aparentemente conflitantes, aumentando ainda mais a sensação de desorientação e confusão (WHO et al., 2020).

Essa superexposição a informações sobre um determinado assunto é o que define a infodemia. Esse é um fenômeno relacionado à grande disseminação de informação, tornando difícil a identificação de suas fontes. A qualidade das informações de saúde online é motivo de preocupação em geral, e a disseminação de informações errôneas sobre os riscos e benefícios da vacina certamente tem alimentado a hesitação vacinal. Notícias falsas se espalham mais rapidamente que as notícias verdadeiras. Aquelas ganham força de forma avassaladora, tornando difícil criar mecanismos para o seu combate (Gisondi *et al*, 2022).

Apesar de as preocupações com os efeitos colaterais serem muito disseminados pelas *fake news* entre os hesitantes, independente da raça, etnia, gênero e classe, somente alguns grupos detêm privilégios materiais e simbólicos para assumir a decisão de não se vacinar diante dos equipamentos do Estado (Matta; Paiva; Rosário, 2024). Nesse ponto, Ventura (2024) afirma que, entre as famílias hesitantes, o PNI constrange mais a população de baixa renda, que mais necessitam de vagas em creches ou escolas públicas, do que as famílias privilegiadas.

Importante destacar que a hesitação vacinal proporcionada pela infodemia atravessa as classes sociais de modo diferenciado. As pessoas de classes privilegiadas, de forma geral, hesitam por terem acesso a informações sobre vacinas alternativas ou maior acesso a grupos antivacina, enquanto as pessoas oriundas de populações e territórios vulnerabilizados hesitam mediante o excesso de informações não confiáveis e a maior dificuldade em identificar notícias falsas (Matta; Paiva; Rosário, 2024).

Nesse contexto, segundo Leal (2024), a não-vacinação deve ser vista como dispositivo de distinção, expressando uma posição social compartilhada, mas diferenciada entre os sujeitos pertencentes a essa classe daquelas que eles julgam inferiores. Da mesma forma, a

hesitação vacinal com escolha seletiva de vacinas atravessa as classes sociais de modo diferenciado. Ser "sommelier de vacinas" envolve ter acesso diferenciado a informações sobre vacinas alternativas, ou seja, significa ser pessoas de classes privilegiadas em relação as pessoas oriundas de territórios vulnerabilizados, que não apresentam esse tipo de acesso. A hesitação vacinal, com escolha seletiva de vacinas, pode apresentar desafios únicos para os profissionais de saúde e autoridades de saúde pública. A hesitação seletiva pode levar a lacunas na cobertura vacinal e ao aumento do risco de surtos de doenças preveníveis por vacinação.

A capacidade de escolha pode ser vista ainda como um reflexo da autonomia e liberdade individual. Segundo (Eshun-Wilson *et al.*, 2021), essa autonomia pode facilitar a vacinação se for usada como aliado na ampliação de coberturas vacinais. Diks, Hiligsmann e Van Der Putten (2021) realizaram uma revisão sistemática sobre as preferências de vacinas que influenciam a tomada de decisão de diferentes grupos-alvo. O estudo analisou experimentos baseados em escolhas para entender quais fatores, como eficácia, segurança, custos e conveniência, afetam as decisões de vacinação. Os autores destacam a diversidade nas preferências entre diferentes populações e sugerem que compreender essas variações pode ajudar a melhorar as estratégias de comunicação e aceitação de vacinas. O estudo enfatizou a importância de adaptar abordagens de saúde pública para atender às necessidades específicas de diferentes grupos (Diks; Hiligsmann; Van Der Putten, 2021).

Oferecer opções de vacinas pode reduzir a hesitação ao demonstrar que as pessoas não estão sendo obrigadas a tomar uma decisão. Conceder ao indivíduo a liberdade de escolher, independentemente das razões para uma determinada opção, pode ser uma tática eficaz para promover a confiança e incentivar a adesão à vacinação (Hughes *et al.*, 2021).

Sprengholz *et al.* (2021) conduziram um experimento, com 1.012 participantes, com o objetivo de investigar como a liberdade de escolha de uma vacina contra a covid-19 afetava a disposição das

pessoas em se vacinarem. Os pesquisadores avaliaram a relação entre a possibilidade de escolha da vacina e a aceitação da vacinação. Os resultados mostraram que permitir que os indivíduos escolhessem a vacina aumentou significativamente sua disposição para se vacinar. Os autores concluem que oferecer opções pode ser uma estratégia eficaz para melhorar a aceitação das vacinas, destacando a importância da autonomia na tomada de decisões de saúde pública.

Já a falta de informações e de opções pode intensificar a hesitação vacinal, inclusive em populações com maior vulnerabilidade social. Um trabalho publicado em 2022 avaliou a relação entre alfabetização em saúde e a prevalência da vacinação contra covid-19 durante uma pandemia em rápida evolução com forte influência da infodemia. Verificou-se que as áreas com maiores níveis de alfabetização em saúde apresentaram maior prevalência de vacinação do que as áreas com menor alfabetização. Fornecer informações às pessoas auxilia na medida em que proporciona a tomada de decisão, reduzindo assim a grande lacuna da alfabetização em saúde (Feinberg *et al.,* 2022).

Uma revisão sistemática que teve como objetivo relacionar a hesitação vacinal e fatores presentes no território nacional encontrou uma associação direta da hesitação vacinal em território brasileiro com fatores socioeconômicos, uma vez que indivíduos em vulnerabilidade social, com menores níveis de escolaridade, não-brancos e residentes em áreas onde o acesso às ações de saúde pública é menor apresentam níveis mais baixos de aceitação vacinal. Fatores demográficos foram fortemente associados com a hesitação vacinal, com maiores níveis observados em idosos e em pessoas jovens. Ainda, foi observado que possuir comorbidades esteve associado com maiores taxas de hesitação e que fatores políticos e religiosos possuíram relação com a recusa e a indecisão quanto à utilização da vacina. A desinformação permeou entre todos os estudos como principal fator de hesitação vacinal (Leite; Martins, M.; Martins, C., 2023).

Uma comunicação eficaz desempenha papel fundamental na abordagem da hesitação vacinal, aumentando a compreensão e a confiança. Foi demonstrado que estratégias de comunicação que se

concentram na segurança e eficácia das vacinas, combinadas com narrativas e imagens emotivas, melhoram a aceitação da vacina (Avelino-Silva *et al.,* 2023).

Uma revisão sistemática identificou que estratégias como comunicar o peso das evidências científicas, consenso científico e usar o humor podem ser mais eficazes, enquanto táticas de intimidação, do que usar imagens de doenças (Whitehead *et al.*, 2022). Envolver fontes confiáveis, como médicos, para transmitir consenso sobre a segurança das vacinas pode melhorar as percepções do público e aumentar a aceitação da vacina (Bartoš *et al.,* 2022). De maneira geral, a comunicação deve ser adaptada para abordar preocupações específicas, utilizar fontes confiáveis e adaptar-se a contextos em mudança para reduzir eficazmente a hesitação em relação à vacinação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A expressão "sommelier de vacinas", que descreve a seleção preferencial de determinadas vacinas, exemplifica como a desinformação e as preocupações com a segurança e a eficácia podem levar as pessoas a hesitarem em aceitar imunizantes, mesmo quando estão disponíveis. Essa escolha seletiva revela um dilema: enquanto a liberdade de escolher pode ser vista como um sinal de empoderamento do cidadão, ela também pode prejudicar a cobertura vacinal e aumentar o risco de surtos de doenças. Além disso, há necessidade de refletir sobre as iniquidades de raça, classe e gênero que estruturam a sociedade brasileira, no sentido de combater a hesitação vacinal.

Para abordar essa forma de hesitação vacinal, é importante que os profissionais de saúde ampliem seus conhecimentos em comunicação em saúde e estejam preparados para dialogar com o público-alvo de forma aberta e empática, oferecendo informações claras e baseadas em evidências sobre todas as opções de vacinas

disponíveis. Também é essencial argumentar sobre eficácia e segurança das vacinas. Esses profissionais podem ajudar as pessoas a entenderem os benefícios da imunização, esclarecer equívocos e responder a quaisquer preocupações específicas que possam ter sobre determinadas vacinas, ajudando a mitigar a hesitação vacinal, melhorando as taxas de vacinação.

Entender a dinâmica da escolha seletiva de vacinas e explorar uma estratégia mais flexível, permitindo que os usuários escolham suas vacinas, pode ser valioso para as políticas de saúde pública. A superação da hesitação vacinal requer uma abordagem personalizada, que não apenas informe, mas também respeite as preocupações e preferências individuais e empodere as comunidades. Oferecer opções de vacinas, enquanto se trabalha para melhorar a confiança das pessoas e o acesso à vacinação, pode ser um caminho eficaz para aumentar a adesão vacinal e melhorar os indicadores. Também é preciso reconhecer as desigualdades sociais e adaptar as estratégias de saúde pública, promovendo a saúde com mais equidade, em que todos possam se beneficiar dos avanços na vacinação, contribuindo assim para a proteção coletiva e para a saúde pública.

REFERÊNCIAS

ANDREAS, M *et al*. Interventions to increase COVID-19 vaccine uptake: a scoping review. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 8, n. 8, Aug 3 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35920693/. Acesso em: 19 set. 2024.

AVELINO-SILVA, V. I. *et al*. Say it right: measuring the impact of different communication strategies on the decision to get vaccinated. **BMC Public Health.**, v. 23, n. 1, p. 1162, Jun 16 2023. Disponível em: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-023-16047-2. Acesso em 29 set. 2024.

AZEVEDO, Evelin; ROSÁRIO, Mariana; RAMOS, Raphaela. 'Sommelier de vacina': prática de selecionar fabricante pode atrasar campanha de vacinação contra a Covid-19. **O Globo** [online], 30 jun. 2021. Disponível em: https://oglobo.globo.com/saude/sommelier-de-vacina-pratica-de-selecionar-fabricante-pode-atrasar-campanha-de-vacinacao-contra-covid-19-25082771. Acesso em 19/09/2024.

BARTOŠ, V. *et al.* Communicating doctors' consensus persistently increases COVID-19 vaccinations. **Nature**, v. 606, n. 7914, p. 542-549, Jun 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35650433/. Acesso em: 29 set. 2024.

BETSCH, C. *et al.* Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. **PLoS One**, v.13, n. 12, Dec 7 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30532274/. Acesso em: 29 jul. 2024.

BLOOM, D. E.; FÃ, V. Y.; SEVILHA, J. P. The broad socioeconomic benefits of vaccination. **Science Translational Medicine**, v. 10, n. 441, eaaj 2345, May 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29769285/. Acesso em: 25 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19** [recurso eletrônico]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 121 p. ISBN 978-65-5993-316-7. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_operacionalizacao_vacinacao_covid19.pdf. Acesso em: 19 set. 2024.

CEPAL - Comisión Económica para a América Latina y el Caribe. **La matriz de la desigualdad social en América Latina** (LC/G.2690(MDS.1/2). Santiago: Nações Unidas; CEPAL, 2016. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/entities/

publication/6b09f324-9f39-4b23-a090-b92b5d96e4a6. Acesso em 19 set. 2024

CNM - Confederação Nacional dos Municípios. Áreas de Estudos Técnicos e Saúde. **Pesquisa CNM COVID-19**, Brasília, ed. 17, de 12 a 15 jul. 2021. Coleção coronavírus. Disponível em: https://cnm.org.br/biblioteca/exibe/4420. Acesso em: 19 set. 2024.

CRAIG, B. M. United States COVID-19 Vaccination Preferences (CVP): 2020 Hindsight. **Patient**, v. 14, n. 3, p. 309-318, May 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33783724/. Acesso em: 19 set. 2024.

DIKS, M. E; HILIGSMANN, M.; VAN DER PUTTEN, I. M. Vaccine preferences driving vaccine-decision making of different target groups: a systematic review of choice-based experiments. **BMC Infect Dis.**, v. 21, n. 1, p 879, Aug 28 2021. Disponível em: https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-021-06398-9#citeas. Acesso em: 29 set. 2024.

DOMINGUES, C. M. A. S *et al*. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, sup 2, e00222919, 2020.

DROR, A.A *et al*. Vaccine hesitancy due to vaccine country of origin, vaccine technology, and certification. **Eur J Epidemiol**.v. 36, n. 7, p; 709-714, Jul 2021. DOI: 10.1007/s10654-021-00758-0. Epub 2021 May 26. PMID: 34037927; PMCID: PMC8149582. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8149582/. Acesso em: 19 set. 2024.

ESHUN-WILSON, I *et al*. Preferences for COVID-19 vaccine distribution strategies in the US: A discrete choice survey. **PLoS One**,v. 16, n. 8, e0256394, Aug 20 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34415928/. Acesso em: 19 set. 2024.

FEINBERG, I. *et al*. The Relationship between Health Literacy and COVID-19 Vaccination Prevalence during a Rapidly Evolving Pandemic and Infodemic. **Vaccines**, v. 10, n. 12, p. 1989, 2022. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9785031/. Acesso em: 29 set. 2024.

FERRARI, I. W. **O Lado Obscuro das Vacinas**: a heterogeneidade discursiva do fenômeno da hesitação vacinal. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Ciência Política, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

GALHARDI, C. P. *et al*. Fake news e hesitação vacinal no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 1849-1858, maio 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.24092021EN. Acesso em: 19 set. 2024.

GLOBAL VACCINE ACTION PLAN. Decade of Vaccines Collaboration. **Vaccine**, v. supl. 31, p. B5-B 31, 2013.

HOCHMAN, G. Vacinação, varíola e uma cultura de imunização no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v. 16, n. 2, p. 375-386, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/YWJ7XPqXpmNXNFtBtMbr8Sm/. Acesso em: 25 set. 2024.

HOMMA, A. *et al*. (orgs.). **Vacinas e vacinação no Brasil**: horizontes para os próximos 20 anos. Rio de Janeiro: Edições Livres, 2020.

HUGHES, M. T. *et al*. Opinion: The importance of offering vaccine choice in the fight against COVID-19. **Proc Natl Acad Sci U S A**,;v. 118, n. 43, e2117185118, Oct 26 2021. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8639336/. Acesso em: 29 set. 2024.

KAMAL, A.; THAKUR, V.; PATHAK, M. Pandemic Inequity and the Global COVID-19 Vaccine Distribution. **Journal of Global Health Science**, 2021.

KREPS, S; KRINER, D.L. Communication about vaccine efficacy and COVID-19 vaccine choice: Evidence from a survey experiment in the United States. **PLoS One**,v. 17, n. 3, e0265011, Mar 30 2022. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8967042/. Acesso em: 25 set. 2024.

KUTASI, K *et al*. Understanding hesitancy with revealed preferences across COVID-19 vaccine types. **Sci Rep**.,v. 12, n. 1, p. 13293, Aug 2 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35918372/. Acesso em: 19 set. 2024.

LARSON, H. J. *et al*. The state of vaccine confidence 2016: global insights through a 67-country survey. **EBio Med**, v. 12, p. 295-301, 2016. doi:10.1016/j.ebiom.2016.08.042. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27658738/. Acesso em: 19 set. 2024.

LEAL T. Saúde e distinção: uma análise interseccional da recusa à vacinação. **Interface** (Botucatu), v. 28, e240214, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.240214. Acesso em: 30 set. 2024.

LEITE, E. S. F.; MARTINS, M. G..; MARTINS, C. M. do C. R. Hesitação Vacinal e seus Fatores Associados no Contexto da Pandemia de COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Prospecção**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 484-502, 2023. DOI: 10.9771/cp.v16i2.50880. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/nit/article/view/50880. Acesso em: 29 set. 2024.

LEONG, C. *et al*. Assessing the impact of novelty and conformity on hesitancy towards COVID-19 vaccines using mRNA technology. **Commun Med (Lond)**, v. 2, n. 61, May 31 2022. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9156695/. Acesso em: 25 set. 2024.

MACDONALD, N. E; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. **Vaccine**, v. 33, n. 34, 4161-4164, 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25896383/. Acesso em: 29 jul. 2024.

MATOS, C. C. S. A.; TAVARES, J. S. C.; COUTO, M. T. "Eu vivo num mundo muito burguês, não moro na periferia": não vacinação infantil e a intersecção entre raça, classe e gênero. **Interface** (Botucatu), v. 28, e230492, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.230492. Acesso em: 10 out. 2024.

MATTA, G.; PAIVA, E.; ROSÁRIO, C. Hesitação vacinal e interseccionalidade: reflexões para contribuir com as práticas e políticas públicas sobre vacinação. **Interface** (Botucatu).v. 28, e240226, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.240226. Acesso em: 10 out. 2024.

MERKLEY, E.; LOEWEN, P. J. The correlates and dynamics of COVID-19 vaccine-specific hesitancy. **Vaccine**,;v. 40, n. 13, p. 2020-2027, Mar 18 2022. Foi: 10.1016/j.vaccine.2022.02.033. Epub 2022 Feb 17.,2022. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8850099/. Acesso em: 20 set. 2024.

MINCHONI, T; SCHUCMAN, L. V. "Eu não preciso de vacinas": raça, classe e território como posições decisórias para saúde coletiva. **Interface** (Botucatu), v. 28, e240212, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.240212. Acesso em: 25 set. 2024.

GISONDI, M. A *et al*. A Deadly Infodemic: Social Media and the Power of COVID-19 Misinformation. **J Med Internet Res.**, v. 24, p. 2, e35552, Feb. 1 2022. doi: 10.2196/35552. PMID: 35007204; PMCID: PMC8812140. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35007204/. Acesso em: 19 set. 2024.

NABE-NIELSEN, K. *et al*. COVID-19 risk management at the workplace, fear of infection and fear of transmission of infection among frontline employees. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 78, p. 248-254, 2021. Disponível em: https://oem.bmj.com/content/78/4/248. Acesso em: 25 set. 2024.

NGUYEN, K.H *et al.* COVID-19 vaccination intent, perceptions, and reasons for not vaccinating among groups prioritized for early vaccination — United States, September and December 2020. **American Journal of Transplantation**, v. 21, n. 4, p. 1650-1656, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1111/ajt.16560. Acesso em: 19 set. 2024.

NOBRE, R.; GUERRA, L. D. S.; CARNUT, L. Hesitação e recusa vacinal em países com sistemas universais de saúde: uma revisão integrativa sobre seus efeitos. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 46, n. especial, p. 303-321, 1 mar 2022. Disponível em: https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/5892. Acesso em: 7 out. 2024.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Histórico da pandemia de COVID-19. **OPAS** (Paho.org), 2020. Disponível em: https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19. Acesso em: 29 jul 2024

ROSENTOCK, I. M. The health belief model: explaining health behavior through expectancies. In: GLANZ, K; LEVIS, F. M.; RIMER, B. K. (eds.). **Health behavior and health education**: theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass, 1990. p. 39-62.

SATO, A. P. S. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? **Revista de Saúde Pública**, São Paulov. 52, p. 96, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052001199. Acesso em: 19 set. 2024.

SPRENGHOLZ, P; EITZE, S; KORN, L; SIEGERS, R; BETSCH, C. The power of choice: Experimental evidence that freedom to choose a vaccine against COVID-19 improves willingness to be vaccinated. **Eur J Intern Med**, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33810941/. Acesso em: 29 set. 2024.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública** [Internet]; v. 20, sup. 2, S190-8, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/#. Aceso em: 10 set. 2024.

VENTURA, D. F. L *et al*. **Desigualdade no acesso a vacinas contra a Covid-19 no Brasil** (Estudo técnico). São Paulo: Oxfam Brasil; 2022.

VENTURA, D. F. A não vacinação infantil no contexto de insurreições extremistas e de redimensionamento da propaganda contra a saúde pública. **Interface** (Botucatu). v. 28, e240187, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.240187. Acesso em: 10 out. 2024.

WEINSTEIN, N *et al*. COVID-19 Vaccine Hesitancy Among US Adults: Safety and Effectiveness Perceptions and Messaging to Increase Vaccine Confidence and Intent to Vaccinate. **Public Health Reports®**, v. 139, n. 1, p.102-111, 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37924246/. Acesso em: 19 set. 2024.

WHITEHEAD, H. S. *et al*. A systematic review of communication interventions for countering vaccine misinformation. **Vaccine**, v. 41, n. 5, p. 1018-1034, Jan 27 2023. DOI: 10.1016/j.vaccine.2022.12.059. Epub 2023 Jan 9. PMID: 36628653; PMCID: PMC9829031,2023. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36628653/. Acesso em: 29 set. 2024.

WOLFE, R. M; SHARP, L. K. Anti-vaccinationists past and present. **BMJ**, v. 325, n. 7361, p. 430-432, 2002. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1123944/. Acesso em: 29 set. 2024.

WHO - World Health Organization. Accelerating COVID-19 Vaccine Development and Access. **WHO** (Who.in), Geneva, 2020. Disponível em: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/accelerating-a-safe-and-effective-covid-19-vaccine. Acesso em: 19 set. 2024.

WHO - World Health Organization. **Infodemic management**: an overview of infodemic management during COVID-19. January 2020–May 2021. Geneva: WHO, 2021. Technical document. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240035966. Acesso em: 29 jul. 2024.

WHO; UN; UNICEF; UNDP; UNESCO; UNAIDS; ITU; UN Global Pulse; IFRC. Managing the COVID-19 Infodemic: Promoting Healthy Behaviours and Mitigating the Harm from Misinformation and Disinformation. **WHO** (Who.in), 23 September 2020. Disponível em: https://www.who.int/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation. Acesso em: 17 set. 2024.

19

PLANO ESTRATÉGICO PARA RECUPERAÇÃO DAS COBERTURAS VACINAIS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA – ES

TATIANE COMÉRIO, MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE, CHARLLA DE JESUZ MEDEIROS,
FABIANA TURINO,
E ETHEL LEONOR NOIA MACIEL

INTRODUÇÃO

Uma das principais medidas de prevenção de doenças é a imunização. A consolidação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) no Brasil se deu pela eliminação da rubéola e da sua síndrome congênita, eliminação do tétano neonatal, erradicação da poliomielite e redução da transmissão da difteria, tétano e coqueluche (Domingues *et al.*, 2020). Assim, o PNI conquistou avanços no controle, redução e eliminação de doenças, mudando o cenário epidemiológico das doenças imunopreveníveis no país.

Recentemente o mundo enfrentou mais uma epidemia, a do coronavírus Sars-cov-2 (Covid-19). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) em fevereiro de 2020 em decorrência do coronavírus. Até abril de 2024, houve mais de 38 milhões de casos da doença no país, com aproximadamente 2 milhões de hospitalizações e 712 mil óbitos (Brasil, 2024a). No Espírito Santo, até agosto de 2024, houve 1,38 milhões de casos confirmados e 15.200 óbitos. Dentre os casos confirmados no estado, 160 mil foram confirmados pelo município de Vitória, com um total de 1.480 óbitos (Espírito Santo, 2024a).

Após dois anos de pandemia, em abril de 2022, o MS decretou o fim da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) da covid-19 no Brasil, com um dos principais motivos sendo o avanço da campanha de vacinação no país (Brasil, 2024b).

A campanha de vacinação contra a covid-19 iniciou em janeiro de 2021 no Brasil, onde, ao todo, 521,2 milhões de doses monovalentes e 36,8 milhões de doses bivalentes foram aplicadas até agosto de 2024 (Brasil, 2024b).

No Espírito Santo, até agosto de 2024, 3,1 milhões de pessoas foram vacinadas com o esquema primário completo da vacina monovalente, dos quais 1,9 milhões receberam o reforço primário e 890 mil receberam o reforço secundário, e 670 mil receberam a vacina bivalente. No município de Vitória, 546 mil pessoas foram imunizadas com o esquema primário da vacina monovalente, sendo que 404 mil receberam o reforço primário e 245 mil receberam o reforço secundário, e, além disso, 93 mil pessoas foram vacinadas com a vacina bivalente contra a covid-19 (Espírito Santo, 2024b).

Durante a pandemia de covid-19, a estratégia utilizada de vacinação em massa da população brasileira, por meio de uma campanha, apresentou o método com melhor custo-benefício de controle da doença, uma vez que, reduzindo os índices de agravamento e necessidade de hospitalização, houve a diminuição com gastos relacionados a internações, levando à diminuição de morbidade e mortalidade pela doença (Araújo *et al.*, 2022).

Atualmente o PNI oferta mais de 20 vacinas de rotina de forma gratuita, atingindo todos os ciclos de vida. Para crianças até 2 anos de vida, são ofertadas 15 imunizantes, prevenindo mais de 19 doenças (Brasil, 2020). No âmbito da vacinação infantil, é importante ressaltar a relevância da vacinação não apenas como instrumento de modificação de realidades epidemiológicas, mas também como agente propagador da saúde mental dos indivíduos nessa faixa etária (Lachtim *et al.*, 2023).

No entanto, nos últimos anos, o Brasil tem registrado quedas importantes na cobertura vacinal da população, não atingindo as metas preconizadas pelo PNI. Na década de 1990, as coberturas vacinais em menores de 1ano estavam acima de 95%, o que indicava a elevada adesão da população brasileira à vacinação e o bom desempenho do PNI(Brasil, 2019). Vale destacar o papel da progressiva

implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do final da década de 1980, para o alcance das altas coberturas vacinais, por meio da expansão e descentralização dos serviços de saúde, mas, principalmente, pelo princípio do acesso universal e gratuito à vacinação (Sato, 2018).

Diversos fatores podem interferir na queda da cobertura vacinal. A disseminação de informações falsas sobre os imunizantes, a desinformação e o desconhecimento da gravidade das doenças imunopreveníveis podem desencadear baixa adesão à vacinação reduzindo as coberturas vacinais (Domingues *et al.*, 2020; Brasil, 2019; Alves, 2022)

No Brasil, a queda das coberturas vacinais teve início em 2012, acentuando-se a partir de 2016 e sendo agravada pela pandemia de covid-19 em 2020 (Homma et *al.*, 2023; Abreu et *al.*, 2022). Tal cenário acompanhou as taxas de coberturas vacinais do estado do Espírito Santo, bem como pelo município de Vitória.

No município de Vitória, observou-se que, desde o ano de 2017, as coberturas vacinais vêm apresentando uma queda nas vacinas básicas do calendário infantil, e a pandemia de covid-19 contribuiu negativamente para essa estatística. Homma *et al.*(2023) relatam que essa cobertura reduziu principalmente para a vacinação das crianças de até 1 ano de idade, em virtude do medo da população em se expor, bem como a seus filhos, ao vírus, levando na diminuição da procura das famílias pelos serviços de saúde e consequentemente, pela vacinação.

Mediante o cenário das baixas coberturas vacinais na capital, o Programa Municipal de Imunizações (PMI) de Vitória, que é responsável pela organização e execução das ações de vacinação da população, vem enfrentando inúmeros desafios na prática de saúde para a consolidação das metas designadas pelo PNI. Assim, em conjunto com outros parceiros, Atenção Primária à Saúde, outras Secretarias Municipais (Educação, Cultura, Assistência Social e dentre outras) e líderes comunitários, o PMI de Vitória teve que se reinventar e utilizar da criatividade para propor ações cuja finalidade seria o alcance das metas de cobertura vacinal (Comerio *et al.*, 2021).

É sabido que a redução das coberturas vacinais causa o avanço de doenças já equacionadas e o ressurgimento de doenças eliminadas, sendo, nesse ínterim, as crianças as mais afetadas (Milani; Busato, 2021). Essa redução configura-se, portanto, em um problema de saúde coletiva, uma vez que está associada à morbimortalidade por doenças infectocontagiosas.

Nesse sentido, este capítulo tem como objetivo apresentar a experiência do PMI de Vitória no desenvolvimento de estratégias para o município objetivando a recuperação das coberturas vacinais através da execução de um Plano Municipal de Recuperação das Coberturas Vacinais atingindo as metas preconizadas pelo Ministerio da Saúde.

MÉTODO

Este capítulo trata-se de um relato de experiência baseado em um planejamento de ações contempladas no Plano Municipal de Recuperação das Coberturas Vacinais do município de Vitória durante o período do ano de 2023.O planejamento teve como foco uma perspectiva de ampliação de acesso à população, comunicação com a população, envolvimento da sociedade civil e religiosa, aquisição de novas tecnologias e qualificação da rede de serviços de saúde e das equipes de medicina e segurança do trabalho, focados em leitura básica de caderneta de vacinação, com a finalidade de ampliação do público com conhecimento em formação básica em vacinação.

O município de Vitória, capital do estado do Espírito Santo, de acordo com o IBGE (2022), possui uma população estimada de 322.869 habitantes. A Secretaria Municipal de Saúde de Vitória , visando melhor referenciar as ações em saúde na cidade, estratificou seu território em seis regiões de saúde, a saber: região Continental, região de São Pedro, região de Maruípe, região do Centro, região de Santo Antônio e região do Forte São João, cuja territorialização

está explicitada no Plano Municipal de Saúde da capital. O município possui a Atenção Primária à Saúde (APS) estruturada com 18 equipes e 83 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que corresponde a 80,89% de área territorial coberta pela ESF e quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O município de Vitória possui um PMI que se compõe de Central de Imunobiológicos e 29 salas de vacinas. Cada sala possui um enfermeiro capacitado que é responsável por organizar, em nível local, as ações de vacinação do território de acordo com suas características populacionais e seus equipamentos públicos e privados, além de atualizar os vacinadores referentes às notas técnicas vigentes, realizar a supervisão em boas práticas em vacinação e garantir que os processos de trabalho dentro da sala de vacina mantenham os padrões de qualidade e segurança preconizados pelo PMI e PNI. Cada sala de vacina possui ainda computador com acesso à internet de qualidade, impressora, notebook e tablet 4G para que todo o registro seja realizado no momento do atendimento (Comerio, 2023).

O Plano Municipal de Recuperação das Metas de Coberturas Vacinais do município de Vitória é um documento norteador, contemplando ações propostas conforme as necessidades e a realidade local dos territórios de saúde do município. Foi organizado por áreas técnicas da gestão e colaboradores de profissionais da assistência à saúde e apresentado ao Conselho Municipal da Saúde. Esse documento visa estabelecer as intervenções de assistência e gestão que vêm sendo realizadas entre estado e município em resposta à queda das coberturas vacinais verificada nos últimos anos. Considerando a possibilidade da reintrodução de doenças antes controladas e considerando que a responsabilidade de enfrentamento é dever de todos, entes públicos e sociedade civil, constam, nesse documento, as responsabilidades e estratégias, no âmbito municipal, a serem desenvolvidas para promover a recuperação das coberturas vacinais no território do município de Vitória.

O Plano se organiza em seis eixos de intervenção: Assistência, Vigilância, Gestão e Governança, Mobilização Social e Comunicação,

Educação Permanente e Infraestrutura. Essa proposta de divisão visa mais efetividade na implementação das ações programadas e organização das atividades de monitoramento e avaliação.Para cada eixo foi definido um coordenador que daria implementação nas ações propostas e os responsáveis por tais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em virtude do cenário das baixas coberturas vacinais , o PMI, junto às equipes de saúde locais (enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e conforme as ações previstas no eixo da assistência do plano de enfrentamento da recuperação das metas de vacinação, iniciou a execução de ações extramuros em escolas, praças da cidade, igrejas e hospitais, em parcerias com outras secretarias municipais (Assistência Social, Cultura, Educação, entre outras) e lideranças comunitárias, ofertando tanto as vacinas de campanha (covid-19 e Influenza), como também às vacinas de rotina para crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Vale destacar que o município, desde o ano de 2014, possui ação consolidada e pactuada, entre a Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Programa de Saúde nas Escolas (PSE), e a Secretaria Municipal de Educação (SEME), de promoção de vacinação nas escolas para crianças e adolescentes com as vacinas contra o HPV, meningocócica ACWY, covid-19 e Influenza, além de educação em saúde com a temática sobre vacinação. Utilizar-se de parceiros inseridos dentro dos territórios de saúde como estratégia no alcance da população alvo para vacinação é importante, conforme relata o estudo de Holanda *et al*. (2021), que diz que, apesar da imunização ser uma estratégia fundamental de vigilância em saúde no enfrentamento de doenças imunopreveníveis, é na Atenção Primária à Saúde (APS) que as ações de vacinação são efetivamente implementadas. A APS serve

como o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde e é responsável por coordenar o cuidado contínuo, incluindo a administração de vacinas.

O município também promoveu a ampliação da oferta de vacinação nas unidades de saúde, estimulando a abertura de unidades estratégicas em horário estendido durante a semana, bem como aos finais de semana e feriados. Além disso, as unidades de saúde iniciaram a ampliação do horário da sala de vacina em horário compatível com o de abertura e fechamento da unidade de saúde, dando, assim, mais acesso à população, principalmente àquela economicamente ativa, ao serviço de vacinação. Tal fato corrobora com Ferreira *et al.* (2017a) que relatam que oferecer horários alternativos, como atendimento noturno ou aos finais de semana, ajuda a ampliar o acesso, garantindo que mais pessoas possam se vacinar sem comprometer suas responsabilidades profissionais. Facilitar o acesso à vacinação é essencial para aumentar a cobertura vacinal e proteger a saúde pública.

Dentre as ações propostas no eixo da vigilância epidemiológica e educação permanente para a ampliação do horário de funcionamento da sala de vacina, a equipe do PMI investiu em capacitação de novos servidores para atuação na atividade, bem como atualizações daqueles servidores já capacitados para contribuírem na manutenção do serviço à população. Além disso, o PMI realizou um projeto em parceria com a Universidade Federal do Espírito Santo, Escola Técnica do SUS e Rotary para promover uma capacitação ampliada em sala de vacina aos demais profissionais de saúde da Rede e das equipes de medicina e segurança do trabalho em empresas, focados em leitura básica de caderneta de vacinação, com a finalidade de ampliação do público com conhecimento em formação básica em vacinação. O investimento em capacitação e atualização dos profissionais de saúde é de suma importância no processo de recuperação das coberturas vacinais, uma vez que, conforme Ferreira *et al.* (2017b), a escassez de funcionários em salas de vacina pode, de fato, impactar negativamente no tempo de espera, ou seja, com uma equipe reduzida, os profissionais de saúde podem estar

sobrecarregados com múltiplas tarefas, o que pode levar a atrasos no atendimento e aumentar o tempo de espera.

Ainda no desenvolvimento de ações no eixo da vigilância epidemiológica, vale destacar também que, com a crescente incorporação de novas vacinas no calendário de vacinação do PNI, bem como ampliação de oferta de vacinas ao público em diferentes ciclos de vida, ampliação dos grupos prioritários de vacinação nas campanhas nacionais de vacinação, melhoria e sofisticação dos sistemas de informação para registro de vacinados bem como dispensação de imunobiológicos e insumos, surgimento de novas salas de vacinas, tanto no setor público quanto no privado, o PMI se adequou a essas demandas com a aquisição de novos equipamentos para armazenamento de vacinas em nível central (Central de Imunobiológicos - CIB) e local (salas de vacina).

Assim, associado ao eixo da infraestrutura, foram adquiridas, pelo município, novas câmaras científicas para armazenamento de vacinas, além de caixas térmicas e termômetros para armazenamento de vacinas, visando aprimorar a capacidade instalada da rede de frio de algumas salas de vacina. Vieira *et al*. (2020) destacam que uma estrutura física e disponibilidade de equipamentos de qualidade para a imunização está associada a uma maior disponibilidade de vacinas. Também ampliou-se o quadro de servidores dentro do Programa, a fim de garantir a manutenção dos serviços prestados, com qualidade e segurança, ao cidadão.

As ações propostas no eixo de gestão e governança envolveram apresentações das coberturas vacinais para validação do plano norteador com a Secretaria de Saúde e as subsecretarias, garantindo apoio da gestão para a execução e sucesso do Programa, além de mobilização com entidades civis e religiosas, com reuniões com a Arquidiocese de Vitória, líderes das igrejas evangélicas, professores e pedagogos e escolas, além do apoio de escolas de samba e outras entidades. Essas ações foram importantes principalmente para combate a desinformação, uma vez que as abordagens foram para parte da população que é formadora de opinião. Segundo Macedo

et al. (2023), as reduções nos percentuais de cobertura vacinal no Brasil, de uma maneira geral, é uma realidade causada pela hesitação vacinal, que gera atrasos nos esquemas de imunização ou recusas no recebimento das vacinas recomendadas, apesar da sua disponibilidade nos serviços de saúde.

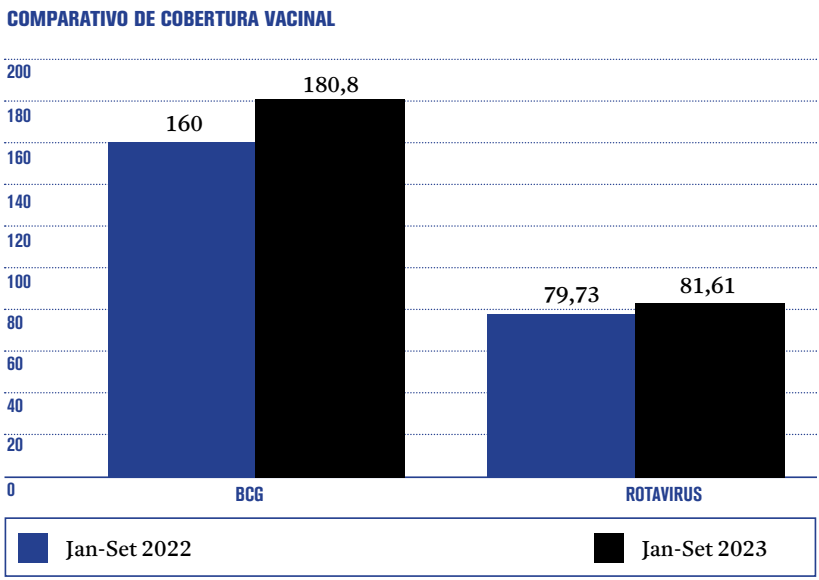
Aliado a isso, dentre as ações propostas no eixo mobilização social e comunicação, houve a aquisição de fantasias do Zé Gotinha e Maria Gotinha, botons, pins, camisetas temáticas e *windbanner* com o intuito de propagar e reintroduzir a figura do Zé Gotinha dentro da comunidade, dando seu devido destaque e importância. Tal fato corrobora com o estudo de Santos W., Santos D. e Fernandes (2023), no qual relatam que, com base no contexto de marketing social aplicado em campanhas de vacinação na Austrália, México e Peru, considera-se a oportunidade de utilizar ferramentas de qualidade para identificar problemas, causas e possíveis soluções com o objetivo de melhorar a cobertura vacinal.

Destacando que a intensificação das ações realizadas nos territórios do município de Vitória para as melhorias das coberturas vacinais se iniciou em final de 2022, foram obtidos, como resultados, um aumento de coberturas vacinais de pelo menos seis tipos de imunizantes, como BCG, rotavírus, pentavalente, febre amarela, poliomielite e Hepatite A. Antes de tudo, esse aumento também é um produto de um contexto histórico das ações da equipe de trabalho envolvida com o PMI. Esses resultados foram implementados no ano de 2023, com o Plano Municipal de Enfrentamento do Aumento das Coberturas Vacinais, na construção e revisão de estratégias para melhorar as coberturas vacinais do município, assegurando o direito à saúde dos usuários.

Diante disso, realizou-se uma breve análise gráfica referente às coberturas vacinais de rotina em crianças menores de 2 anos de idade no recorte do período referente aos meses de janeiro a setembro de 2022, quando as referidas estratégias ainda não estavam implantadas; e de janeiro a setembro de 2023, quando as estratégias foram efetuadas. Observou-se, por meio do Gráfico 1 e do Gráfico

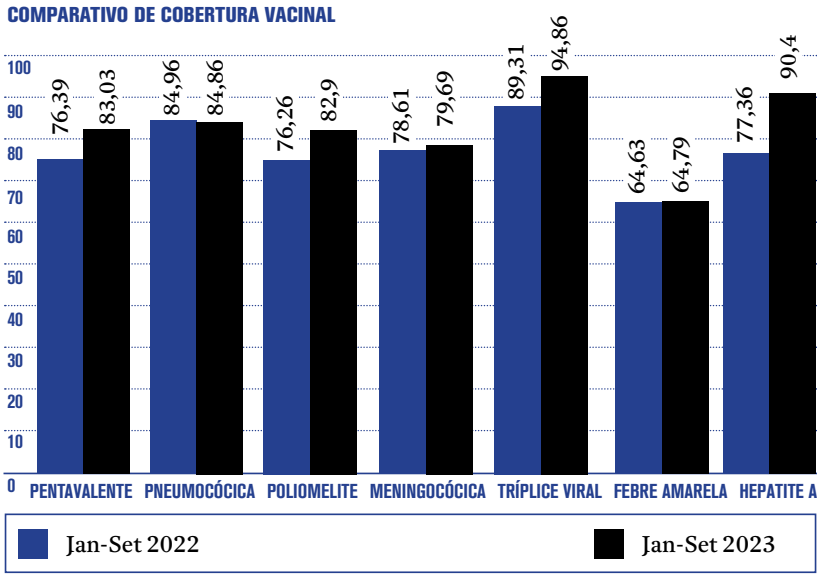
2 um aumento significativo nas coberturas vacinais de rotina do calendário de vacinação infantil. Todavia, mesmo com o aumento da cobertura em relação ao mesmo período de 2022, ainda não foi possível alcançar as metas preconizadas pelo MS.

Gráfico 1. Comparativo das coberturas vacinais de janeiro a setembro de 2022 e 2023 das crianças < 2 anos do município de Vitória, cujas vacinas possuem meta de cobertura vacinal preconizada pelo Ministério da Saúde de 90%.



Fonte: SIPNI/DATASUS, 2 out. 2023; Vacina e Confia, 3 out. 2023; eTABNET, 2 out. 2023.

Gráfico 2. Comparativo das coberturas vacinais de janeiro a setembro de 2022 e 2023 das crianças < 2 anos do município de Vitória, cujas vacinas possuem meta de cobertura vacinal preconizada pelo Ministério da Saúde de 95%.



Fonte: SIPNI/DATASUS, 2 out. 2023; Vacina e Confia, 3 de out. 2023; e TABNET, 2 out. 2023.

Importante destacar os desafios vivenciados que podem estar contribuindo para o não alcance de coberturas vacinais de alguns imunizantes, como o desabastecimento de vacinas, o que tem levado o município a instituir dias de abertura de frasco de vacina nas unidades de saúde para otimização das doses. Como alternativa para minimizar o evento, o município adotou o agendamento online como estratégia de otimização, juntamente com o acolhimento por demanda espontânea. Tal situação corrobora com os estudos de Domingues *et al.* (2020) e Duarte *et al.* (2019), que relatam sobre a escassez de algumas vacinas, o que faz com que o usuário tenha que retornar ao serviço de saúde em outro momento para receber o imunobiológico a fim de otimizar a vacinação.

As inconsistências de registros no sistema de informação têm contribuído para que doses de vacinas registradas não migrem para o banco de dados nacional por inúmeras situações, dentre as quais se destacam: inconsistências no cadastro de profissionais no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), validação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do usuário, registro de imunobiológicos com estratégia ou dose inválida, data de nascimento posterior à data de aplicação da vacina, entre outros. Segundo Luhm e Waldman (2009), os registros individualizados de vacinação possuem vários desafios que podem comprometer a eficácia no monitoramento das coberturas vacinais, os quais pode-se destacar: integralidade e qualidade dos dados, duplicidade de registros e o subregistro.

Importante destacar que, a partir de junho de 2022, o estado do Espírito Santo passou a utilizar um sistema próprio para registro nominal de vacinados, intitulado Vacina e Confia. Por meio dele, a capital passou a ter a possibilidade de visualizar, por meio de relatórios sensíveis, tanto as inconsistências referentes ao cadastro de funcionários no CNES municipal como erros de registros realizados nas salas de vacina. Tal ferramenta vem possibilitando à equipe do PMI ajustar essas inconsistências e o envio de dados mais qualificados à base de dados federal.

Além disso, também se observou uma crescente onda dos movimentos antivacinas e da propagação nas mídias sociais de informações não verdadeiras (*fake news*) que estão levando a população a desacreditar e/ou duvidar da eficácia das vacinas, mesmo com a disponibilidade de informações técnicas e científicas também em circulação. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019, definiu a hesitação vacinal como uma das 10 maiores ameaças globais à saúde (Homma *et al.*, 2023 ; Domingues *et al.*, 2020). Tal afirmação também corrobora com os dados contidos no artigo de Nobre, Guerra e Carnut (2022), que indicam que a desinformação nas redes sociais é uma ameaça significativa à saúde pública. As *fake news* que questionam a eficácia e a segurança das vacinas podem reforçar percepções equivocadas entre a população, fazendo com que alguns

indivíduos acreditem que as vacinas são desnecessárias, visto que muitas das doenças imunopreveníveis parecem estar erradicadas.

Essa falsa percepção é perigosa, pois ignora o fato de que as doenças foram controladas, em grande parte, graças à ampla cobertura vacinal. Mas, se as taxas de vacinação diminuírem, essas doenças podem facilmente reaparecer, colocando em risco a saúde pública. Atualmente, no Brasil, a prevalência de cobertura vacinal e a ausência de ações farmacológicas não rígidas favorecem a permanência estacionária em cenários de conflagração ou coexistência de vírus. Nesses cenários, a circulação viral é reduzida, mas há ocorrência frequente de transmissão local do vírus, podendo ocorrer surtos principalmente na população não vacinada e imunossuprimida (Siqueira *et al.*, 2022).

Ainda segundo Nobre, Guerra e Carnut (2022), as *fake news* frequentemente colocam o indivíduo no centro da decisão sobre vacinar ou não, promovendo uma visão individualista que desconsidera a responsabilidade coletiva pela saúde pública. A decisão de não se vacinar não afeta apenas o indivíduo, mas também a comunidade, especialmente aqueles que não podem ser vacinados por razões médicas e dependem da imunidade de grupo para se protegerem. Essas notícias falsas também tendem a desvalorizar o conhecimento científico, colocando em dúvida os avanços alcançados pela comunidade acadêmica na preservação da vida. Isso enfraquece a confiança nas instituições de saúde e nos profissionais, que trabalham incansavelmente para combater doenças por meio da imunização.

Assim, para enfrentar essa ameaça, é crucial promover a educação em saúde, aumentar a transparência e a acessibilidade das informações científicas e adotar estratégias eficazes de comunicação que alcancem a população de forma clara e direta, combatendo a desinformação com fatos baseados em evidências.

CONCLUSÃO

Diante das baixas coberturas vacinais observadas no município de Vitória, acompanhando o cenário estadual e nacional, podemos observar que, para esse fato, não é possível determinar se há uma só causa ou vários fatores que sejam responsáveis pelas quedas das coberturas vacinais.

O PMI de Vitória, junto às equipes locais de saúde e parceiros, vem construindo e revisando estratégias para melhorar as coberturas vacinais do município, tais como: ampliação de ações extramuros, manutenção do funcionamento de unidades estratégicas em horário e dias alternativos, monitoramento dos indicadores das coberturas vacinais pela equipe central e local e agendamento *online*. Além disso, há um trabalho de conscientização nas escolas das equipes locais dos territórios junto ao PSE para o combate a desinformação sobre a temática da vacinação e incentivo à vacinação.

Para aumentar a cobertura vacinal e atenuar a hesitação vacinal, foram necessárias várias estratégias propostas pelo Plano Municipal, desde a contratação de recursos humanos e capacitações, aquisições de insumos para acondicionamento de imunobiológicos e de adereços alusivos ao Zé Gotinha, melhoria na comunicação com a comunidade e, principalmente, parcerias intersetoriais, como escolas e entidades religiosas. Mesmo diante dos esforços das equipes de saúde, não foi possível alcançar a meta de cobertura vacinal preconizada pelo Ministério da Saúde. Aponta-se a necessidade de engajamento da sociedade, mídias tradicionais e sociais, mas, principalmente,de uma política forte e fortalecida por todos os entes federativos no fortalecimento das ações do PNI.

REFERÊNCIAS

ABREU, I. R.; ALEXANDRE, M. M. M.; COSTA, M. C. V. da; BOTELHO, J. M. G.; ALVES, L. C. B.; LIMA, A. A. Impacto da pandemia de COVID-19 na cobertura vacinal em crianças no Brasil:Uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, e213111436227, 2022 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36227

ALVES, L. Declining immunization coverage in Brazil.**The Lancet**, v. 22, n. 5,p. 596, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00238-9.

ARAÚJO, G. M.; SILVA, D. C. G. da; CARNEIRO, T. A.; NEVES, W. C.; BARBOSA, J. de S. P. A importância da vacinação como promoção e prevenção de doenças: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 19, p. e10547, 28 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019. p. 369-404. Disponível em: https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil-2019-analise-situacao-saude-enfoque-doencas-imunopreveniveis-imunizacao.pdf. Acesso em: 8 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Programa Nacional de Imunização.** Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao. Acesso em: 8 set. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Covid-19 no Brasil.** Ministério da Saúde; 2024a. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 8 set. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vacinômetro Covid-19.** Brasil, 2024b. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_Vacina_C19/SEIDIGI_DEMAS_Vacina_C19.html. Acesso em: 08 set. 2024

COMERIO, T.; SIQUEIRA, P. C.; DO PRADO, T. N.; SALES, C. M. M.; MACIEL, E. L. N. Operacionalização da campanha de vacinação contra a Covid -19, no município de Vitória -ES, uma experiência de sucesso. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 11, n. 3, 5 jul. 2021.

COMERIO, Tatiane. Vacinação em Dia! Estratégias para Recuperação das Coberturas Vacinais no Município de Vitória-ES. **Plataforma Colaborativa IdeiaSUS**, 30 ago. 2023. Disponível em: https://ideiasus.fiocruz.br/praticas/vacinacao-em-dia-estrategias-para-recuperacao-das-coberturas-vacinais-no-municipio-de-vitoria-es/. Acesso em: 08 set.2024

DOMINGUES, C. M. A. S.; MARANHÃO, A. G. K.; TEIXEIRA, A. M.; FANTINATO, F. F. S. ;DOMINGUES. R. A. S. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, supl. 2, p. e00222919, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00222919

DUARTE, D. C.; OLIVEIRA, V. C.; GUIMARÃES, E. A.; VIEGAS, S. M. F. Acesso à vacinação na Atenção Primária na voz do usuário: sentidos e sentimentos frente ao atendimento. **Esc Anna Nery**, v. 23, n. 1, p. e20180250, 2019.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde do Estado do Espirito Santo. **Painel Covid-19-ES, 2024a**. Disponível em : https://coronavirus.es.gov.br/painel-covid-19-es Acesso em: 08 de setembro de 2024

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo, 2024b. Disponível em: https://www.vacinaeconfia.es.gov.br/transparencias/sala_situacao/?nome=Covid%20(Monovalente)&ano=2024&url=/transparencias/campanha_covid_monovalente/. Acesso em: 08 de setembro de 2024

FERREIRA, A. V.;FREITAS, P. H. B. de;VIEGAS, S. M. da F.;OLIVEIRA, V. C. de. Acesso à sala de vacinas da estratégia de saúde da familia: aspectos organizacionais. Rev enferm UFPE, Recife, v. 11, n. 10, p 3869-77, out.2017a.

FERREIRA, A. V.; OLIVEIRA, C. F.; GUIMARAES, E. A. A.; CAVALCANTE R. B.; MORAES, J. T.; OLIVEIRA, V. C. Acesso à sala de vacinas nos serviços de atenção primária à saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 19, a31, 2017b. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.42468. Acesso:04 set. 2024.

HOLANDA, L. P. *et al*. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 37, e00275830, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/z5WSwQfqN6348KfWcnS34pL/. Acesso em: 12 nov. 2024.

HOMMA, A.; MAIA M. L. S.; AZEVEDO I. C. A. de; FIGUEIREDO, I. L.; GOMES L. B.; PEREIRA, C. V. da C.; PAULO, E. de F.; CARDOSO, D. B. Pela reconquista das altas coberturas vacinais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. e00240022, 2023.

IBGE. **Censo Demográfico**. 2022 Disponivel em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html. Acesso em:05 set.2024.

LACHTIM, S. A.; PAIVA, A. P.; FREITAS, G. L.; FERRAZ, M. L.;OLIVEIRA, J. S.; SOUZA, J. F.; BAETA, L. L.; MATOZINHOS, F. P. Estratégias dos municípios mineiros para aumentar a cobertura vacinal de crianças contra a COVID-19.**Rev Soc Bras Enferm Ped.**,v. 23, eSOBEP20230004, 2023.

LUHM, K. R.; WALDMAN, E. A. Sistemas informatizados de registro de imunização: Uma revisão com enfoque na saúde infantil.**Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 65-78, jan-mar 2009.

MILANI, L. R. N.; BUSATO, I. M. S. Causas e consequências da redução da cobertura vacinal no Brasil. **Revista de Saúde Pública do Paraná** [Internet], v. 4, n. 2, p. 157-71, 18ago.2021. Disponível em: http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/480. Acesso em: 16 jan.2024

NOBRE, R.; GUERRA, L. D. da S.; CARNUT, L. Hesitação e recusa vacinal em países com sistemas universais de saúde: uma revisão integrativa sobre seus efeitos.**Saúde Debate**,Rio de Janeiro, v. 46, n. espec.1, p. 303-321, mar. 2022

MACEDO, L. R.; LYRA, D. G. P.; COMERIO, T.; MACIEL, E. L. N. O desafio da gestão e o Plano Nacional de Imunizações para a covid-19 no Brasil. **Revista de Estudios Brasileños**, [s. l.], v. 9, n. 19, p. 57–67, 2023. DOI: 10.14201/reb20229195767. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/reb/article/view/215390. Acesso em: 8 set. 2024.

SANTOS, W. M.; SANTOS, D. M.; FERNANDES, M. S. Imunização do HPV no Brasil e propostas para aumento da adesão à campanha de vacinação. **Rev Saude Publica**, n.57, p .79, 2023.

SATO, A.P.S. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? **Rev. Saúde Pública**, v. 52, p. 96, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052001199. Acesso em: 10 set.2024

VIEIRA, E. W.; PIMENTA, A. M.; MONTENEGRO, L. C., SILVA, T. M. R. Estrutura e localização dos serviços de vacinação influenciam a disponibilidade da Tríplice Viral no Brasil. **REME – Rev Min Enferm.**,v. 24, e-1325. DOI: 10.5935/1415- 2762.20200062. Disponível em: https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/49934/40734. Acesso em: 06 set. 2024

SIQUEIRA, P. C.; COLA, J. P.; COMERIO, T.; SALES, C .M. M.; MACIEL, E. L. N. Herd immunity threshold for SARS-CoV-2 and vaccination effectiveness in Brazil. **J Bras Pneumol.**,v. 48, n. 2, e20210401, 30 maio 2022. DOI: 10.36416/1806-3756/e20210401. PMID: 35649044; PMCID: PMC8836627.

20

O PODER DAS REDES SOCIAIS NA HESITAÇÃO VACINAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

FABÍOLA FERNANDES BERSOT MAGALHÃES,
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE, FABIANA TURINO
E JANDESSON MENDES COQUEIRO

INTRODUÇÃO

A vacinação é considerada um dos maiores avanços da humanidade em termos de saúde pública. No Brasil, ao final do século XIX, a origem de uma cultura de imunização se estabeleceu com o processo de campanhas de vacinação e da vacinação em massa da população contra a febre amarela, BCG e poliomielite, bem como com o sucesso da erradicação da varíola entre 1967 e 1980 (Hochman, 2011).

O Programa Nacional de Imunização (PNI), criado em 1975, é uma expressão institucional dessa cultura, com vasto reconhecimento internacional pela sua abrangência e conquistas, resultando para o país uma oferta pública de amplo pacote de imunizantes e boa cobertura da população nas campanhas de vacinação (Hochman, 2011). Em consonância com o que preconiza os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), a completa implementação do programa permite a vacinação de grupos prioritários, segue calendário estabelecido, acontece de modo gratuito e possui acesso universal (Cordeiro, 2022).

Considerado componente central de esforços da saúde pública, o binômio vacina e vacinação vem sendo tratado como a atividade de maior impacto epidemiológico na saúde, contribuindo fortemente para aumentar a expectativa de vida das populações, garantindo qualidade de vida e longevidade saudável, com um alto custo-benefício amplamente comprovado em estudos científicos (Homma *et al.*, 2020).

Em contraste com as expressivas conquistas e avanços nas estratégias de imunizações no país, surgiram, nos últimos anos, quedas expressivas em relação à cobertura vacinal, principalmente a partir de 2018, evidenciando agravamento com o advento da pandemia (Galhardi *et al.*, 2022). Da mesma forma, pesquisas apontam que adolescentes e adultos, grupo populacional considerado de difícil adesão vacinal, apresenta baixíssima cobertura vacinal desde 2012 (CONASS, 2017).

O declínio da cobertura vacinal não é um fenômeno exclusivo do Brasil. São inúmeros e complexos os motivos apontados na literatura para a queda progressiva da cobertura vacinal. Entretanto, considerado um fenômeno recente, as redes sociais estão sendo responsabilizadas por potencializarem a recusa à vacina (*vaccine refusal*) e a hesitação à vacinação (*vaccine hesitancy*), por estimular e disseminar o temor a eventos adversos, o que impactaria diretamente na procura da população pelos imunizantes (Homma *et al.*, 2020).

Como um instigante tópico de estudo para pesquisadores, a questão da desinformação é um fenômeno jurídico e comunicacional. Mesmo sendo o oposto de informar, desinformação é também informar erroneamente ou com um conteúdo distorcido, causar dúvida, provocar confusão. Vista também como um conceito guarda-chuva, abrange outros conceitos como falsidade, mentira, inverdade, não-verdade, pós-verdade, conteúdo fabricado, engano, distorção, dentre outros, que se estendem a cada dia (Jorge, 2023).

Num cenário em que grande parte das pessoas se informa por meio de aplicativos de trocas de mensagens, especialmente através de *smartphones*, a circulação das informações sobre as vacinas tem sido um tema significativo desde 2016, e, com a pandemia da covid-19, esse fato ganhou extrema importância para a saúde pública. Pesquisas apontam que informações de forma e conteúdo falsos são criadas ou disseminadas com a finalidade expressa de causar dano (Observa ICEPi, 2023).

Informações inverídicas e não-científicas circularam no período da pandemia de covid-19 entre os anos 2020-2023 e foram capazes de semear o pânico e provocar uma onda de desobediência civil

que levou a muitas mortes no mundo. Dessa época, evidenciamos discursos como o de que a vacina traria efeitos danosos à saúde de quem a tomasse, muito mais perigosos do que a própria covid-19 (Jorge, 2023). Em grande proporção, na pandemia, houve uma proliferação dessas informações equivocadas, uma verdadeira epidemia de desinformação, deliberada ou incidental, denominada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de **infodemia** (Galhardi *et al*, 2022; OPAS, 2020).

Embates políticos e econômicos atingiram quase todas as nações à época da pandemia, em meio à crise sanitária. Tensão social, crise econômica, aumento do desemprego, intenso isolamento social, imersão em redes sociais e conectividade restrita aos meios digitais foram alguns dos efeitos contraídos. Para o antídoto, a desinformação e a constante disseminação de *fake news* funcionaram como um entrave, gerando consequências negativas na cobertura vacinal. Dentre os desafios para a imunização em âmbito nacional, o surgimento de grupos contrários à vacina ganhou força e contribuiu para diminuir a adesão vacinal, provocando o reaparecimento de doenças até então extintas (Cordeiro, 2022).

É inquestionável que os avanços na saúde pública obtidos com a vacinação estão ameaçados com a crescente diminuição da cobertura vacinal. Tanto o crescente fenômeno da recusa vacinal quanto o da hesitação podem acarretar o retorno de doenças que já haviam sido controladas ou que já estavam erradicadas (Junior, 2019).

No final da década de 1990, um artigo publicado pelo médico inglês Andrew Wakefield, que incitava a vacina do sarampo como causadora de autismo, gerou grande repercussão entre pesquisadores, médicos e até no público leigo. O estudo em questão foi refutado e retirado do meio científico, mas suas consequências repercutem até os dias de hoje. Em 2019, a certificação de país livre do sarampo deixou de fazer parte do Brasil por conta do aumento dos casos de forma endêmica (WHO, 2019), além de países dos continentes europeu e africano também registrarem um maior número de casos na última década (Castro, 2020).

Diante desse cenário global e da ampla disseminação de desinformação, este estudo teve como propósito realizar uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de analisar a produção científica, nacional e internacional, referente ao impacto que a desordem informacional, via redes sociais, exerce sobre a vacinação e discutir suas implicações na hesitação vacinal, bem como suas consequências no campo da saúde pública. Para tanto, a intenção é responder à questão norteadora: qual a influência da desinformação disseminada via redes sociais na não adesão vacinal?

CAMINHO METODOLÓGICO

A elaboração da revisão integrativa seguiu seis etapas: (1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa, (2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, amostragem ou busca na literatura, (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, (4) avaliação dos estudos incluídos na revisão, (5) interpretação dos resultados e (6) síntese do conhecimento (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Para a determinação da amostra, foi realizada busca por artigos científicos publicados em periódicos indexados nas bases eletrônicas de dados Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, *Scientific Electronic Library Online* - SciELO, National Library of Medicine via PubMed - MEDLINE/ PubMed no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de janeiro de 2024. Os descritores selecionados via DeCS/MeSH - Descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings*, foram: *Disinformation*/ Desinformação e *Social Networking*/ Redes Sociais combinados por meio do conector booleano "AND" com os descritores *Vaccination Hesitancy*/ Hesitação Vacinal e Recusa Vacinal/ *Vaccination Refusal*.

Para a seleção dos artigos, os seguintes critérios de inclusão foram adotados: disponíveis na íntegra, escritos em português,

inglês ou espanhol, no período de janeiro de 2014 a janeiro de 2024, que tiveram como temática central a relação da vacinação com a desinformação via redes sociais.

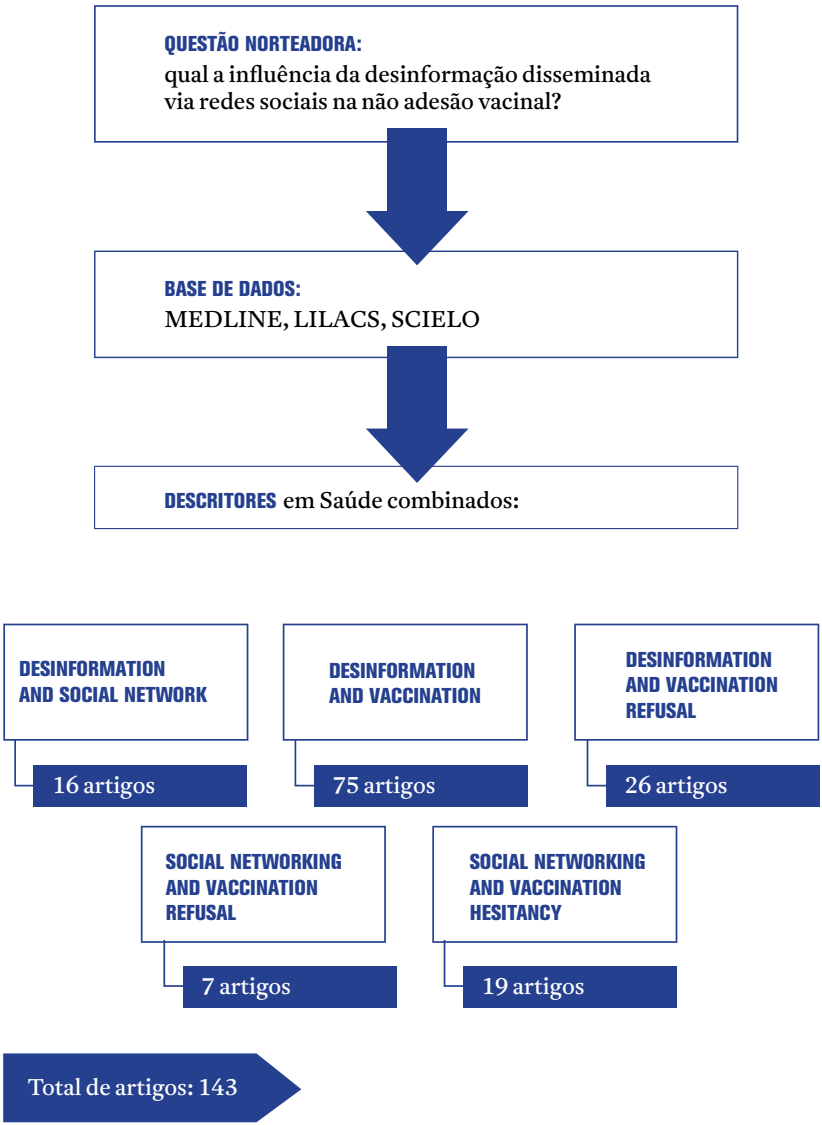
Em sequência, e considerada a terceira etapa de uma revisão integrativa, a categorização dos estudos aconteceu com a extração, organização e sumarização das informações para a completa construção do banco de dados (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

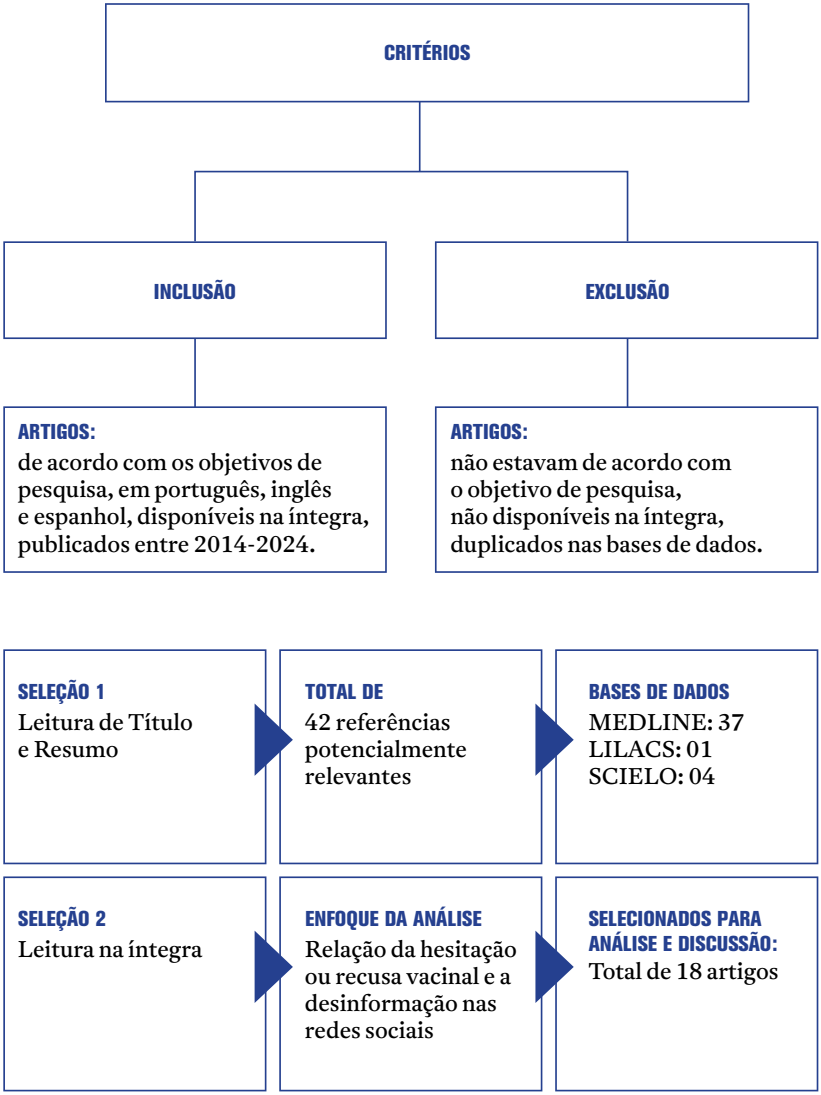
Para a análise dos artigos finais, foi feita uma leitura acurada dos artigos e uma discussão apoiada nos principais pontos discutidos por eles.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados um total de 143 artigos, dos quais 130 foram identificados na MEDLINE/PUBMED, 5 no LILACS e 8 na SCIELO. Das 42 publicações eleitas pelo estudo para leitura na íntegra, 24 não responderam à pergunta que norteou a pesquisa e foram excluídos. Dos 18 textos incluídos e analisados, 15 foram escritos na língua inglesa, 2 em português e 1 em espanhol. Em relação ao desenho metodológico, a maioria dos estudos apresentou abordagem qualitativa (55,5%). Para uma melhor identificação dos resultados, a Figura 1 contém o fluxograma da seleção dos artigos realizada por esse estudo e o Quadro 1 apresenta as Bases de Dados das quais os artigos foram selecionados, os autores dos estudos, países e ano de publicação, além dos principais resultados e conclusões de cada pesquisa.

Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos.





Fonte: Elaborada pelos autores

Quadro 1. Síntese dos artigos da revisão integrativa, segundo os principais resultados e conclusões dos estudos.

ARTIGO	BASE DE DADOS	AUTOR	ANO
Social media and vaccine hesitancy	MEDLINE	Wilson SL, Wiysonge C	2020
A global pandemic in the time of viral memes: COVID-19 vaccine misinformation and disinformation on TikTok.	MEDLINE	Basch, C. H. *et al.*	2021
Infodemics and health misinformation: a systematic review of reviews.	MEDLINE	Nascimento, I. J. B. *et al.*	2022
Fake news e hesitação vacinal no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil.	MEDLINE	Galhardi, C. P. *et al.*	2022

	PAÍS	RESULTADOS E CONCLUSÕES
	Reino Unido	O uso das redes sociais para organizar ações e disseminar a crença de que as vacinas não são seguras é altamente previsível e essas crenças aumentam à medida que ocorre mais organização online. Existe uma relação substancial entre as campanhas de desinformação internacionais e o declínio da cobertura vacinal, com aumento de 15% no número de postagens negativas sobre vacinas, via plataforma X, na média dos países.
	EUA	O estudo descreveu o conteúdo sobre a vacinação contra a covid-19 postado na mídia social TikTok. Cem vídeos de tendências foram identificados a partir da hashtag #covidvaccine e foram codificados para análise de conteúdo. Os vídeos obtiveram mais de 35 milhões de visualizações. A categoria de codificação com o maior número de vídeos foi "Desencorajou uma vacina" (n = 38), seguida por "Incentivou uma vacina" (n = 36). Concluiu-se que mensagens antivacinação podem prejudicar os esforços para garantir a ampla aceitação das vacinas contra a covid-19, principalmente para jovens.
	Brasil	As evidências disponíveis sugerem que infodemias durante emergências de saúde têm um efeito adverso na sociedade. As redes sociais X, Facebook, YouTube e Instagram disseminam informações rápidas e de longo alcance. As consequências mais negativas da desinformação sobre saúde são o aumento de interpretações enganosas ou incorretas das evidências disponíveis, impacto na saúde mental, má alocação de recursos de saúde e aumento da hesitação em relação à vacinação.
	Brasil	Houve um aumento do volume de notícias falsas relacionada à vacina na pandemia de covid-19 no Brasil, se comparado com outros temas da Saúde Pública. As principais plataformas utilizadas para gerar descrédito a respeito de imunizantes foram Facebook, Whatsapp, Instagram, sites e X. A infodemia que atingiu a sociedade por meio das redes sociais é um mecanismo de deteriorização da confiança nas vacinas.

ARTIGO	BASE DE DADOS	AUTOR	ANO
A scoping review of Covid-19 online mis/disinformation in Black communities.	MEDLINE	Kemei, J. *et al.*	2022
Spanish Facebook Posts as an Indicator of Covid-19 Vaccine Hesitancy in Texas	MEDLINE	Aleksandric A., *et al.*	2022
Addressing the Challenges of Vaccine Hesitancy Broadly and Related to Covid-19 Vaccines	MEDLINE	Brown, M. D.; Benson, C. A.	2022
Characterizing polarization in online vaccine discourse—A large-scale study	MEDLINE	Mønsted B, Lehmann S.	2022
Associations Between Social Media Engagement and Vaccine Hesitancy.	MEDLINE	AlUqdah, L.; Franklin, F.; Chiu,C.; Boyd, B.	2022

	PAÍS	RESULTADOS E CONCLUSÔES
	Canadá	Os negros estão acessando e frequentemente compartilhando desinformação online principalmente por meio de plataformas de mídia social como WhatsApp, Facebook, Twitter, YouTube e Instagram. A desinformação diz respeito à origem do covid-19, transmissão, prevenção e tratamento de covid-19, afirmações de imunidade racial ao vírus, desconfiança no governo e nas organizações de saúde e pesquisa e programação de intervenção. Conclui - se que a desinformação e a informação falsa sobre a covid-19 nas comunidades negras são difundidas principalmente através das mídias sociais e têm um impacto significativo na aceitação de medidas de saúde pública.
	EUA	Resultados mostraram que as taxas de vacinação contra a covid-19 na população hispânica no Texas, EUA, estão relacionadas com o sentimento negativo e o medo. Foi identificado uma maior prevalência de postagens negativas e temerosas no Facebook e taxas de vacinação mais baixas nesses condados. Os resultados não mostraram uma associação significativa entre sentimento positivo, alegria ou raiva e aumento da vacinação.
	EUA	Artigo resume os principais pontos de um webinar patrocinado pela IAS – EUA, intitulado COVID-19 Vaccine Hesitancy, Crucial Conversations, and Effective Messaging for Patient and Health Care Teams, por Marie T. Brown, MD, especialista sobre imunização de adultos. Aborda sobre a grande circulação de desinformações sobre a vacina contra a covis-19 pelas redes sociais e propões estratégias práticas que os médicos e outros profissionais de saúde podem empregar para se comunicar de forma eficaz com indivíduos hesitantes em relação à vacinação, como a escuta compassiva e a narração de histórias.
	EUA	Análise de dados do X evidenciaram que o debate sobre vacinação é altamente polarizado e que os usuários com posições semelhantes sobre a vacinação interagem preferencialmente entre si. A hipótese de que existem interesses comerciais por trás da vacinação seria um dos principais fatores na hesitação em vacinar.
	EUA	Sexo, idade, raça, nível de escolaridade, status de relacionamento, afiliação política e afiliação religiosa, tiveram associação significativa com a hesitação vacinal. Foi possível afirmar que a fonte da informação sobre vacinas influencia em hesitar. A hipótese de que um maior tempo de uso das mídias sociais está associado à hesitação vacinal não foi contemplada pelo estudo.

ARTIGO	BASE DE DADOS	AUTOR	ANO
One Vax Two Lives: a social media campaign and research program to address COVID-19 vaccine hesitancy in pregnancy.	MEDLINE	Marcell, L.B.A. *et al.*	2022
Cyberchondria, Fear of COVID-19, and Risk Perception Mediate the Association between Problematic Social Media Use and Intention to Get a COVID-19 Vaccine	MEDLINE	Ahorsu D.K. *et al.*	2022
Direct and Indirect Associations of Media Use With COVID-19 Vaccine Hesitancy in South Korea: Cross-sectional Web-Based Survey	MEDLINE	Lee M, You M	2022
Online mis/disinformation and vaccine hesitancy in the era of COVID-19: Why we need an eHealth literacy Revolution.	MEDLINE	Dib, F; Mayaud, P.; Chauvin, P.; Launay, O.	2022

	PAÍS	RESULTADOS E CONCLUSÕES
	EUA	A falta de informação sobre a segurança da vacina contra a covid-19 no início da pandemia alimentou mitos sobre vacinas que, juntamente com a desinformação circulada via redes sociais contribuíram para gerar medo e hesitação vacinal entre gestantes. Conclui-se que dados via anúncios em mídias sociais, artigos da web e conteúdo de vídeo produzidos em campanhas nas redes sociais com objetivo de promover a comunicação científica podem contribuir para novas formas de comunicação destinadas a alcançar indivíduos hesitantes em relação à vacinação.
	Irã	A análise não encontrou associação direta entre o uso problemático de mídia social e a intenção de obter uma vacina contra a covid-19. Resultados indicam que o uso problemático das mídias sociais *por si só* não influencia a intenção de tomar a vacina contra a convid-19.
	Korea	Entre os participantes (N=1016), 53,3% hesitaram em tomar a vacina contra a covid-19, enquanto 46,7% concordaram em aceitar a vacina. Dos fatores sociodemográficos, o sexo feminino, idade na faixa dos 50 anos e idade acima de 60 anos foram preditores individuais significativos da hesitação da vacina covid-19. O uso de mídia offline e online para obter informações sobre os benefícios percebidos da vacinação foi associado a uma redução na hesitação vacinal. A percepção de suscetibilidade à doença e as barreiras percebidas em relação à vacinação mediaram a associação entre o uso de mídias sociais e a hesitação vacinal.
	Reino Unido	São escassos os estudos que avaliam o impacto do aumento da literácia em saúde no comportamento da população em geral. A literácia em saúde e a literácia midiática devem ser vistas como competências fundamentais ao indivíduo, permitindo que cidadão esteja capacitado para reconhecer melhor a desinformação/informação online para poder tomar decisões sobre a vacinação ou quaisquer outras questões de saúde.

ARTIGO	BASE DE DADOS	AUTOR	ANO
The Prevalence and Impact of Fake News on COVID-19 Vaccination in Taiwan: Retrospective Study of Digital Media.	MEDLINE	Chen, Y.P. *et al.*	2022
Halal or Haram? The COVID-19 Vaccine Discussion Among Twitter users in Malaysia.	MEDLINE	Mohd Jenol, N.A.; Pazil, N.H.A.	2023
Unlocking infodemics and mysteries in COVID-19 vaccine hesitancy: Nexus of conspiracy 18beliefs, digital informatio-nal support, psychological Well-being, and religious fatalismo.	MEDLINE	Raza, S. H. *et al.*	2023
A review of HPV and HBV vaccine hesitancy, intention, and uptake in the era of social media and COVID-19.	MEDLINE	Vraga, E.K. *et al.*	2023
Conversación pública sobre vacunas en la pandemia de covid-19 en Argentina, 2021-2022.	SCIELO	Demonte, F. *et al.*	2024

Fonte: Elaborada pelos autores

	PAÍS	RESULTADOS E CONCLUSÔES
	Taiwan	Houve um aumento significativo na quantidade de notícias falsas em 11 das 26 fontes de mídia sociais verificadas durante a fase de vacinação pública em Taiwan. Houve uma relação significativa entre a quantidade de *fake news* a que a população estava exposta e o número de doses de vacinação contra covid-19 administradas. Conclui-se que reduzir a quantidade de notícias falsas e aumentar a imunidade pública à desinformação será fundamental para manter a saúde pública na era da internet.
	Malásia	Este estudo centra-se na análise da relutância à vacinação entre os utilizadores do Twitter na Malásia de fevereiro de 2020 a fevereiro de 2021. Como resultado, descobriu que o tema mais prevalente da discussão são narrativas religiosas construídas para justificar alegações falsas e cientificamente enganosas sobre a vacinação representadas nas redes sociais
	Paquis-tão	Os resultados trazem a infodemia, o extremismo religioso e as crenças conspiratórias como determinantes da hesitação vacinal. Concluiu-se que a aceitação da vacina contra a covid-19 é influenciada pela qualidade e tipo de informações encontradas online. Desinformações e notícias falsas reduzem a aceitação da vacina e divulgar informações corretas podem aumentar a aceitação e corrigir crenças equivocadas.
	Reino Unido	Há uma escassez de estudos que relacionem a influência da desinformação via mídias sociais e hesitação vacinal contra a convid-19 e a hesitação vacinal da vacinação contra o HPV/HBV. Estudos do tipo transversais não permitem essa associação. Há necessidade de pesquisas longitudinais, para tanto.
	Argen-tina	Os resultados da análise das mídias sociais (Facebook, Twitter e YouTube), jornais digitais e sites do governo, mostraram que as publicações estiveram centradas na vacinação contra a covid-19 em dois momentos distintos: produção de vacinas e campanha de vacinação e, sob enquadramentos morais apoiados na vacinação como prática de cuidado e na ciência como voz autorizada. Dúvidas sobre a segurança e eficácia das vacinas estruturaram argumentos de relutância vacinal, associadas à desconfiança nas instituições e às reinterpretações do conhecimento e dos cuidados científicos.

Como uma forma de interação social pautada, inclusive por afinidades, "as redes sociais funcionam atualmente como uma extensão do ser humano no espaço digital", nas quais as informações e desinformações coexistem e circulam, assim como na vida real. Entretanto, faz-se necessário a identificação e devida apuração de informações falsas divulgadas por grupos específicos e de forma intencional para causar danos, separando-as daquelas informações não-científicas ou "boatos" em tons de notícias verídicas (Galhardi *et al.*, 2022, p. 1850).

Em geral, a hesitação em relação à vacinação surge como resposta a ocorrências no mundo real que geram oportunidades para narrativas contrárias à adesão à vacina (Hughes *et al.*, 2021). A título de exemplo, a pandemia da covid-19 e, com ela, o desconhecimento a respeito da origem do vírus, transmissão, prevenção, tratamento, desconfiança no governo, nas organizações de saúde e na ciência (Kemei *et al.*, 2022) permitiram evidenciar que informações equivocadas sobre covid-19 circuladas via redes sociais, já no início da pandemia, alimentaram mitos contra a vacina, impactando na aceitação da população e no aumento de indivíduos hesitantes, visto até os dias de hoje (Marcell *et al.*, 2022).

São escassos os estudos que questionam de que forma a população lida com o excesso de informações e notícias sobre saúde (Dib *et al.*, 2022), bem como qual seria a capacidade do indivíduo de compreender, avaliar e usar do entendimento adquirido para tomar decisões e dar sentido às informações sobre saúde (Peres; Meneses Rodrigues; Lacerda e Silva, 2021).

Essa capacidade de procurar, encontrar, compreender e avaliar informações de saúde e aplicar o conhecimento adquirido, para prevenir, abordar ou resolver um problema de saúde, é conhecida como literácia em saúde, termo que vem se constituindo ao longo das últimas décadas (Peres; Meneses Rodrigues; Lacerda e Silva, 2021). Quando ampliado, esse termo engloba um conjunto de competências que inclui a literácia midiática, com informações provenientes de fontes eletrônicas. Considerada fundamental para

avaliar a capacidade de navegar na *web* em busca de informações sobre saúde, a literacia midiática diz respeito à habilidade de processar as informações encontradas de forma online (Dib *et al.*, 2022).

Alinhado a isso, compreende-se que as dúvidas sobre a segurança e eficácia das vacinas estruturaram argumentos de relutância vacinal (Marcell *et al.*, 2022; Demonte *et al.*, 2024) e estão associadas à desconfiança nas instituições e às reinterpretações do conhecimento e dos cuidados científicos (Demonte *et al.*, 2024). A procura de conteúdos sobre vacinação pelo público hesitante, normalmente, é feita de forma alinhada com crenças pré-concebidas e em uma única fonte de informação, o que permite afirmar que, a depender de quem produz o conteúdo, atribui-se uma boa aceitação àqueles conteúdos feitos por pessoas consideradas de confiança por uma comunidade ou indivíduo (Al-Uqdah *et al.*, 2022).

Uma das características das mídias sociais é a capacidade de promover comunidades com ideias semelhantes. Entretanto, as informações compartilhadas muitas vezes não possuem base em raciocínios científicos ou fundamentados em evidências (Nguyen; Catalan-Matamoros, 2022; Catalan-Matamoros; Elias, 2022). Para Vraga *et al.* (2023), as redes sociais democratizam vozes, fazendo com que conteúdos gerados por pessoas comuns apareçam ao lado de conteúdos científicos, muitas vezes com o mesmo destaque, possibilitando a divergência de opiniões ao mesmo tempo que permite interações entre indivíduos que se identificam e compartilham de mesma ideia, fenômeno denominado 'câmara de eco'. Há, portanto, uma tendência de uma dada comunidade aderir mais ou menos à vacinação, e isso tem relação com mecanismos sociais e imaginários que foram desenvolvidos e que influenciam tomadas de decisão (Galhardi *et al.*, 2022).

Assim sendo, cresce a presença de grupos hesitantes referentes à vacinação nas redes sociais (Wilson; Wiysonge, 2020), bem como há um aumento do compartilhamento de informações equivocadas sobre vacinas, contribuindo negativamente para a saúde da população e fortemente para uma infodemia (Nascimento *et al.*, 2022).

Considerados grupos antivacinas ou "antivax", utilizam da facilidade e do largo alcance das redes sociais para perpetuarem a crença de que vacinas não são seguras e questionarem sua eficácia. Acredita-se que quanto maior a organização desses grupos nas mídias sociais maior a crença nessas teorias conspiratórias (Wilson; Wiysonge, 2020).

Todavia alguns estudos trazem que as mídias sociais possuem uma importante atuação de cunho educativo para a comunidade, contribuindo com conteúdo sobre autocuidado e educação em saúde, aumentando de forma considerável o conhecimento e a adesão às recomendações de saúde numa população (Nascimento *et al.*, 2022). No entanto não fica muito claro na literatura se as redes sociais podem servir de forma eficaz para influenciar a aceitação de vacinas e, quanto a isso, considera-se difícil de ser comprovado. Em contrapartida, e de forma mais poderosa, a desinformação pode se espalhar como um vírus nas redes sociais e se tornar campo para a promoção da hesitação vacinal em grande escala (Marcell *et al.*, 2022).

Com a democratização das notícias e informações online por meio das redes sociais, criou-se condições propícias para que notícias falsas se espalhem rápida e amplamente. Kemei *et al.* (2023) afirmam que a disponibilidade de plataformas de mídia social, como X/Twitter, Facebook, Instagram, YouTube, TikTok, entre outras, junto com outros recursos online, facilitou o crescimento e a globalização das ameaças e da desinformação. Aliadas às tecnologias de comunicação modernas, como *smartphones* e computadores, essas fontes permitem a produção, disseminação e consumo a baixo custo de inverdades.

Na plataforma X, antigo - Twitter, considerada uma das mais investigadas quando o tema é mídia social, o debate sobre vacinação é altamente polarizado e aqueles usuários que possuem posições semelhantes interagem preferencialmente entre si, segundo Mønsted e Lehmann (2022). Com relação à dinâmica das informações nessa plataforma, as postagens antivacinas apresentam o dobro de probabilidade de serem repostadas em comparação àquelas pró-vacinas. Sobre isso, as estatísticas surpreendem. Um relatório indica que as plataformas de

redes sociais geram 1 bilhão de dólares em receitas anuais provenientes de conteúdos contra as vacinas (Brown; Benson, 2022).

Em análise de postagens relacionadas ao papilomavírus humano (HPV), Kornides *et al*. (2023) identificaram que, num período de três meses e meio, quase um quarto daquelas investigadas continham informações erradas sobre a vacina contra o HPV, sendo os "efeitos adversos da vacinação para a saúde" a categoria mais prevalente. Segundo Tomaszewski *et al*. (2021), a hesitação em relação à vacina do HPV se deve, em parte, a informações falsas sobre as vacinas nas mídias sociais e, que, mesmo diante da clara eficácia das vacinas contra o HPV e de ser algo já estabelecido por mais de uma década, as taxas de adesão à vacinação contra o papilomavírus humano permanecem baixas na atualidade.

Ainda sobre a rede social X/Twitter, a mais encontrada nos artigos incluídos nessa revisão, um estudo que utilizou como recurso a codificação dos conteúdos/postagens identificou que as mensagens antivacinas são de usuários bastante ativos e amplamente conectados e engajados na web. A pesquisa também identificou que a maioria das mensagens noticiavam sobre uma suposta natureza 'prejudicial' da vacinação, baseando-se principalmente em experiências pessoais, valores e crenças, em vez de fatos concretos e científicos (Nguyen; Catalan-Matamoros, 2022).

Com relação à relutância em se vacinar entre os usuários da plataforma X/Twitter na Malásia de fevereiro de 2020 a fevereiro de 2021, Mohd Jenol e Ahmad Pazil (2023) demonstraram que o tema mais prevalente nas discussões foram as narrativas religiosas construídas para justificar alegações falsas e cientificamente enganosas sobre a vacinação que circulavam nas redes sociais. Já Demonte *et al*. (2024), ao analisarem outras mídias socias além do X/Twitter, como Facebook, YouTube, jornais digitais e sites do governo, a respeito da vacina de covid-19, evidenciaram que a relutância em vacinar foi justificada como medida de proteção individual contra os riscos e efeitos adversos da vacinação e do exercício da liberdade de decisão sobre o próprio corpo, saúde e cuidados pessoais ou de

terceiros. Corroborando com esse fato, pesquisadores constataram uma importante diminuição das taxas vacinais contra covid-19 na população hispânica do Texas, nos EUA, devido a uma maior prevalência de postagens negativas e temerosas na plataforma do Facebook (Aleksandric *et al.*, 2022).

No Brasil, a hesitação vacinal encontrou um terreno fértil durante a pandemia da covid-19. Considerada a maior pandemia dos últimos 100 anos, esse período foi marcado pela proliferação de notícias falsas sobre as vacinas e pela intensa articulação nas redes sociais, tornando-se um tema dominante na saúde pública. O negacionismo e a politização da vacina, impulsionados pelos posicionamentos do governo brasileiro na época, também contribuíram para confundir a população e aumentar a hesitação vacinal no país. Em contraste, líderes de diversos outros países foram os primeiros a dar o exemplo em suas campanhas de vacinação (Galhardi *et al.*, 2022).

Já se tem conhecimento de que várias vacinas contra a covid-19 são altamente eficazes na prevenção de doenças graves, hospitalizações e mortes. No entanto, as pesquisas indicam que sua eficácia foi significativamente prejudicada por inúmeras teorias da conspiração infundadas, desinformações e medos (reais ou imaginários) que circulam nas redes sociais e na sociedade em geral, persuadindo milhões de pessoas ao redor do mundo a não se vacinarem (Brown; Benson, 2022).

A literatura aqui analisada traz registros claros de achados referentes às preocupações com a segurança da vacina, teorias da conspiração, medo dos efeitos colaterais, desconfiança dos profissionais da saúde, dos governos e de empresas ligadas à vacinação, tipo de vacina utilizado e o tempo de produção das mesmas, dentre outros fatos e informações incabíveis, porém disseminadas e comprometedoras da recusa e/ou hesitação vacinal. Em todo caso, a correção de uma inverdade que ocorre de forma simplória e utilizando fatos da própria desinformação se enquadra como ineficaz, podendo, ainda, reforçar a crença equivocada transmitida pela notícia (Cappella *et al.*, 2015).

Uma possível forma de enfrentamento a uma avalanche de inverdades online, que aparece como sugestão nos artigos, são postagens

corretivas que apresentem um contra-argumento fundamentado na ciência. Entende-se, assim, existir a possibilidade de um efeito desmascarador, resultando em uma menor persistência da crença na desinformação (Chan *et al.,* 2017). Essas descobertas sugerem também que, para abordar com sucesso a desconstrução de um conteúdo negativo sobre vacinas, é essencial uma revisão minuciosa da desinformação existente, das táticas utilizadas e do alcance de sua audiência (Kornides *et al.*, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A disseminação de notícias falsas via redes sociais possui velocidade e eficiência, sendo considerada uma séria ameaça à Saúde Pública. Postagens com conteúdo que desinforma reduzem a aceitação vacinal, bem como a divulgação de informações corretas e verídicas podem aumentar a aceitação e funcionar como barreiras para crenças equivocadas (Raza *et al.*, 2023).

Este estudo buscou revisar e sintetizar artigos na temática da hesitação e recusa vacinal, desde que existissem relação com a disseminação de notícias falsas, por meio das redes sociais. Sobre os temas mais encontrados e aqui discutidos estão mídias sociais, confiança/segurança na vacina/vacinação, usuários e grupos de usuários hesitantes, suas crenças e a problemática na covid-19.

Com base nisso, os resultados compartilhados podem ser utilizados como um indicador importante para desenvolver estratégias de intervenção que almejem blindar a população de notícias falsas, pós-verdades e publicações exageradas de fontes não confiáveis que geram dúvidas e incertezas na saúde, contribuindo significativamente para a formulação de ideais em prol de políticas de saúde com grande relevância no contexto atual de baixa adesão vacinal no Brasil e no mundo.

REFERÊNCIAS

AHORSU, D. K. *et al*. Cyberchondria, fear of COVID-19, and risk perception mediate the association between problematic social media use and intention to get a COVID-19 vaccine. **Vaccines** (Basel), v. 10, n. 1, p. 122, 2022.

AL-UQDAH, L.; FRANKLIN, F. A.; CHIU, C. C.; BOYD, B. N. Associations between social media engagement and vaccine hesitancy. **J Community Health**, v. 47, n. 4, p. 577-587, 2022. DOI: 10.1007/s10900-022-01081-9.

ALEKSANDRIC, A. *et al*. Spanish Facebook posts as an indicator of COVID-19 vaccine hesitancy in Texas. **Vaccines** (Basel), v. 10, n. 10, p. 1713, 14 out. 2022.

BROWN, M. T.; BENSON, C. A. Abordando os desafios da hesitação vacinal de forma ampla e relacionada às vacinas COVID-19. **Top Antivir Med**, v. 29, n. 5, p. 430-439, dez./jan. 2022. PMID: 35191659; PMCID: PMC8862750.

BASCH, C. H.; MELEO-ERWIN, Z.; FERA, J.; JAIME, C.; BASCH, C. E. A global pandemic in the time of viral memes: COVID-19 vaccine misinformation and disinformation on TikTok. **Hum Vaccin Immunother**, v. 17, n. 8, p. 2373-2377, 2021. DOI: 10.1080/21645515.2021.1894896.

CATALAN-MATAMOROS, D.; ELÍAS, C. Vaccine hesitancy in the age of coronavirus and fake news: analysis of journalistic sources in the Spanish quality press. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 21, p. 8136, 2020.

CAPPELLA, J. N., MALONEY, E., OPHIR, Y. BRENNAN, E. Interventions to correct misinformation about tobacco products. **Tobacco Regulatory Science**, v. 1, p. 186–197, 2015.

CASTRO, André. Especialistas falam sobre o impacto das notícias falsas nas coberturas vacinais do país. **Ministério da Saúde (Gov.br)**, 29 out. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/assuntos/noticias/especialistas-falam-sobre-o-impacto-das-noticias-falsas-nas-coberturas-vacinais-do-pais . Acesso em: 21 abril 2024.

CHAN, M. S.; JONES, C. R.; HALL JAMIESON, K.; ALBARRACÍN, D. Debunking: a meta-analysis of the psychological efficacy of messages countering misinformation. **Psychol Sci**, v. 28, n. 11, p. 1531-1546, nov. 2017.

CHEN, Y. P. *et al*. The prevalence and impact of fake news on COVID-19 vaccination in Taiwan: retrospective study of digital media. **J Med Internet Res**, v. 24, n. 4, e36830, 2022. Publicado em 26 abr. 2022.

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. A queda da imunização no Brasil. **Consensus**, ano VII, n. 25, p. 20-29, out./nov./dez. 2017.

CORDEIRO, T. L. R. Pandemia da desinformação: as fake news e a sua influência na vacinação contra a COVID-19 sob a ótica de Michel Foucault. **Espaço Saúde**, v. 23, 2022.

DEMONTE, Flavia *et al*. Conversación pública sobre vacunas en la pandemia de covid-19 en Argentina, 2021-2022. **Salud Colectiva** [online], v. 20, e4580, 2024.

DIB, F.; MAYAUD, P.; CHAUVIN, P.; LAUNAY, O. Online mis/disinformation and vaccine hesitancy in the era of COVID-19: why we need an eHealth literacy revolution. **Hum Vaccin Immunother**, v. 18, n. 1, p. 1-3, 2022.

GALHARDI, C. P. *et al*. Fake news e hesitação vacinal no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 1849-1858, maio 2022.

HUGHES, B. *et al*. Development of a codebook of online anti-vaccination rhetoric to manage COVID-19 vaccine misinformation. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 7556, 2021.

HOCHMAN, G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 375-386, 2011.

HOMMA, A.; POSSAS, C.; NORONHA, J. C.; GADELHA, P. (orgs.). **Vacinas e vacinação no Brasil**: horizontes para os próximos 20 anos [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Edições Livres, 2020. 244 p.

JORGE, T. M. (org.). **Desinformação: o mal do século**: distorções, inverdades, fake news: a democracia ameaçada. Brasília: Supremo Tribunal Federal; Faculdade de Comunicação da Universidade de Brasília, 2023. 367 p.

JUNIOR, V. L. P. Anti-vacinação, um movimento com várias faces e consequências. **CIADS**, v. 8, n. 2, p. 116-122, 2019. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42243. Acesso em: 25 jul. 2024.

KEMEI, J. *et al*. A scoping review of COVID-19 online mis/disinformation in Black communities. **J Glob Health**, v. 12, p. 05026, 2022.

KEMEI, J. *et al*. What contributes to COVID-19 online disinformation among Black Canadians: a qualitative study. **CMAJ Open**, v. 11, n. 3, p. E389-E396, 2023.

KORNIDES, M. L.; BADLIS, S.; HEAD, K. J.; PUTT, M.; CAPPELLA, J.; GONZALEZ-HERNADEZ, G. Exploring content of misinformation about

HPV vaccine on Twitter. **J Behav Med**, v. 46, n. 1-2, p. 239-252, abr. 2023.

LEE, M.; YOU, M. Direct and indirect associations of media use with COVID-19 vaccine hesitancy in South Korea: cross-sectional web-based survey. **J Med Internet Res**, v. 24, n. 1, e32329, 2022. Publicado em 6 jan. 2022. DOI: 10.2196/32329.

MARCELL, L. *et al*. One Vax Two Lives: a social media campaign and research program to address COVID-19 vaccine hesitancy in pregnancy. **Am J Obstet Gynecol**, v. 227, n. 5, p. 685-695.e2, 2022. DOI: 10.1016/j.ajog.2022.06.022

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão 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.

MOHD JENOL, N. A.; AHMAD PAZIL, N. H. Halal or haram? The COVID-19 vaccine discussion among Twitter users in Malaysia. **J Relig Health**, v. 62, n. 4, p. 2933-2946, 2023. DOI: 10.1007/s10943-023-01798-4.

MØNSTED, B.; LEHMANN, S. Characterizing polarization in online vaccine discourse-A large-scale study. **PLoS One**, v. 17, n. 2, e0263746, 9 fev. 2022. DOI: 10.1371/journal.pone.0263746.

NASCIMENTO, I. J. B. *et al.* Infodemics and health misinformation: a systematic review of reviews. **Bull World Health Organ**, v. 100, n. 9, p. 544-561, 2022. DOI: 10.2471/BLT.21.287654

NGUYEN, A.; CATALAN-MATAMOROS, D. Anti-vaccine discourse on social media: an exploratory audit of negative tweets about vaccines and their posters. **Vaccines**, v. 10, p. 2067, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.3390/vaccines10122067. Acesso em: 20 maio 2024.

OBSERVA ICEPi. **Monitoramento de temas da saúde nas redes sociais:** 26 - Temática Vacina e Covid-19. Vitória (ES): Instituto Capixaba de Ensino e Pesquisa de Inovação em Saúde, 2023. Disponível em: https://icepi.es.gov.br/projeto-observa-icepi. Acesso em: 20 de maio de 2024.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19:** kit de ferramentas de transformação digital. Washington: OPAS-OMS, 2020.

PERES, Frederico; MENESES RODRIGUES, Karla; LACERDA E SILVA, Thais. **Literacia em Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

RAZA, Hassan; YOUSAF, M.; ZAMAN, U.; WAHEED KHAN, S.; CORE, R.; MALIK, A. Unlocking infodemics and mysteries in COVID-19 vaccine hesitancy: Nexus of conspiracy beliefs, digital informational support, psychological well-being, and religious fatalism. **Vaccine**, v. 41, n. 10, p. 1703-1715, 2023.

TOMASZEWSKI, T.; MORALES, A.; LOURENTZOU, I.; CASKEY, R.; LIU, B.; SCHWARTZ, A.; CHIN, J. Identifying False Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Information and Corresponding Risk Perceptions From Twitter: Advanced Predictive Models. **Journal of Medical Internet Research**, v. 23, n. 9, e30451, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.2196/30451. Acesso em: 20 maio 2024.

VRAGA, E. K. *et al*. A review of HPV and HBV vaccine hesitancy, intention, and uptake in the era of social media and COVID-19. **Elife**, v. 12, e85743, 2023. Publicado em 18 ago. 2023.

WILSON, S. L.; WIYSONGE, C. Social media and vaccine hesitancy. **BMJ Glob Health**, v. 5, n. 10, e004206, 2020. DOI: 10.1136/bmjgh-2020-004206.

WHO - World Health Organization. **Measles and rubella surveillance data.** Genebra: WHO, 2019. Disponível em: https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/measles_monthlydata/en/. Acesso em: 10 de junho de 2024.

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

AMANDA CRISTINA DE SOUZA ANDRADE
Estatística. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), lotada no Instituto de Saúde Coletiva e Membro Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-3366-4423

AMANDA SILVA MAGALHÃES
Radiologista. Mestre em Saúde Pública. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Orcid: http://orcid.org/0000-0001-5112-2866

ANA PAULA GIOSTRI DE ANDRADE
Cientista Social pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Mestre em Patrimônio Cultural e Sociedade pela Universidade da Região de Joinville. Professora de Ciências Humanas e Sociais da Secretaria de Estado da Educação de Santa Catarina.

ANA PAULA SANTANA COELHO ALMEIDA
Enfermeira. Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Membro do Núcleo de Estudos em Atenção Primária à Saúde. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-5808-5818

ARIANE SILVA CARVALHO

Farmacêutica. Doutoranda 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: http://orcid.org/0009-0001-2072-9953.

ATENA BEAUVOIR ROVEDA

Graduada em Filosofia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Mestranda em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

BRIDA LUISA TORRES DUQUE

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2153-9334

BRUNA ANDRADE IRINEU

Assistente Social. Pós-doutora e Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre em Sociologia pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Pesquisadora Produtividade em Pesquisa – PQ-2 do CNPq. Professora Associada do Departamento de Serviço Social, do Programa de Pós-Graduação em Política Social e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre as Relações de Gênero (NUEPOM). Orcid: https://orcid.org/0000-0003-1158-5000

BRUNE COELHO BRANDÃO

Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade Federal (UFJF). Docente dos cursos de Psicologia da Faculdade Sudamérica (Cataguases-MG) e da Universo (Juiz de Fora-MG). Pesquisadora do Núcleo de Pesquisas e Práticas Sociais em Psicologia Social, Políticas Públicas e Saúde (PPS/CNPq/UFJF) e Membro da Equipe Técnica do CeR-LGBTQI+/UFJF. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-9533-7690

CARLOS EDUARDO GOMES SIQUEIRA
Médico pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutor em Políticas no Ambiente de Trabalho pela Universidade de Massachusetts Lowell, Mestre em Políticas e Administração em Saúde pela Escola de Saúde Pública Bloomberg da Universidade Johns Hopkins. Professor Titular da Faculdade de Meio Ambiente e Coordenador do Projeto Transnational Brasileiro no Instituto Mauricio Gastón de Desenvolvimento Comunitário e Políticas Públicas da Universidade de Massachusetts, Boston. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8993-3031

CAROLINA STRAUSS ESTEVEZ GADELHA
Médica. Mestre em Doenças Infecciosas pelo Núcleo de Doenças Infecciosas da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Doutoranda em Saúde Coletiva pela UFES. Orcid: https://orcid.org/00000002-4794-2893

CHARLLA DE JESUZ MEDEIROS
Enfermeira. Especialista em Cuidado Interprofissional na Área de Imunizações (ICEPi/SESA). Área Técnica do Programa Municipal de Imunizações de Vitória/ES. Orcid: https://orcid.org/0009-0006-5225-2092

DÉBORA MORAES COELHO
Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora do Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0948-0971

DHERIK FRAGA SANTOS
Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Docente Adjunto da Universidade Federal de Catalão (UFCAT). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-9351-7185

EDUARDO BOARATO GONÇALVES

Graduado em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Mestre em Saúde Coletiva pela UFES. Especialista em Pobreza e Desigualdade Social pela UFES. Assistente Social na Prefeitura Municipal de Vila Velha/ES e no Serviço Social do Comércio/ES. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1609-0632/print

ELIS BORDE

Graduação em Saúde Pública da Maastricht University e Mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Doutora em Saúde Pública pela Universidad Nacional de Colombia. Professora Adjunta do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Orcid: https://orcid.org/0000-0001-5560-6956

ELIZABETH ARTMANN

Assistente Social. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8690-5964

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

ETHEL LEONOR NOIA MACIEL

Enfermeira. Doutora em Epidemiologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Pós-doutora em Epidemiologia na Johns Hopkins University – Baltimore, Maryland, Estados Unidos. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e Professora

Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Laboratório de Epidemiologia (LabEpi). Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4826-3355

FABIANA TURINO

Farmacêutica. Doutora 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/0000-0002-5291-1346

FABIANE LIMA SIMÕES

Farmacêutica. Mestre e Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (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/0000-0003-2351-5528

FABÍOLA FERNANDES BERSOT MAGALHÃES

Fisioterapeuta. Mestre e Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Especialista em Traumato-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

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 do Departamento de Serviços Social e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES. Membro do Núcleo de Pesquisa GEMTES. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4037-9388

GABRIELA MANTOVANELLI DE OLIVEIRA GIUBERTI
Médica e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Especialista em Clínica Médica e Dermatologia, atua também como Médica Perita e Auditora. Orcid: https://orcid.org/0009-0005-1432-2558

GISLAYNE CRISTINA FIGUEIREDO
Psicóloga. Doutora e Mestre em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) e Vice-líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicologia Social Comunitária. Professora do Programa de Pós-Graduação em Política Social da UFMT. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6656-2266

HELOISA IVONE DA SILVA DE CARVALHO
Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGE/UFES). Mestra pelo PPGEF/UFES. Atua como Pedagoga da Rede de Vitória/ES. Pesquisadora do Laboratório de Pesquisas de Violências contra as Mulheres/UFES. Integrante do Grupo de Pesquisa Formação em Saúde e Trabalho/UFES e do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Subjetividade e Políticas (Nepesp). Coordenadora do Fórum Nacional de Mulheres Negras (Diretório CNPq). Membra do Colegiado do NEAB/UFES. Pesquisadora do Grupo Hannah Arendt e a Filosofia Política Contemporânea da Universidade Estadual de Londrina (UEL) (Diretório CNPq). Orcid: https://orcid.org/0000-0001-7855-4853

JANDESSON MENDES COQUEIRO
Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Líder do Grupo de Pesquisa Rizoma: Saúde Coletiva & Instituições. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5321-5174

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 do 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 pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutor em Saúde Pública pela Queen Mary University of London e Mestre em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Senior Lecturer em Sistemas de Saúde e Diretor do Mestrado em Saúde Pública Global e Políticas Públicas da Universidade Queen Mary, Londres. Um dos coordenadores do Health and Healthcare Working Group da International Initiative for Promoting Political Economy, é pesquisador na área de Sistemas de Saúde e Políticas Públicas. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3907-1992

LARISSA MARIANA BERNARDO SILVA TOLEDO
Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT - Cuiabá).

LEANDRA MARIA BORLINI DRAGO

Assistente Social graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Mestre em Política Social e Doutoranda em Saúde Coletiva pela UFES. Assistente Social no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes/UFES. Orcid: https://orcid.org/0009-0003-7770-3185

LORENA ESTEVAM MARTINS FERNANDES

Graduada em Serviço Social e Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Analista do Executivo do Estado do ES. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa GEMTES/UFES. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-6113-4817

LUCIANE BRESCIANI SALAROLI

Nutricionista. Doutora em Ciências Fisiológicas pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1881-0306

MARCELO ELISEU SIPIONI

Nutricionista. 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/0000-0003-1536-6374.

MARCO JOSÉ DE OLIVEIRA DUARTE

Assistente Social (UFF), Graduado em Psicologia (UFF), Sanitarista (UNICAMP), Mestre (UFRJ) e Doutor em Serviço Social (UERJ). Pós-Doutor em Políticas Sociais (UCSal) e em Psicologia Social (UERJ e ISCTE-IUL-Lisboa/Portugal). Professor Adjunto da Faculdade de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFJF e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UERJ. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Sexualidade, Gênero, Diversidade e Saúde: Políticas e Direitos (GEDIS/CNPq/UFJF) e do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Extensão

em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (NEPS/CNPq/UERJ). Coordenador do Centro de Referência de Promoção da Cidadania LGBTQI+ (CeR-LGBTQI+/UFJF). Pesquisador do CNPq. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-6395-1941

MARCOS AURÉLIO DA SILVA

Jornalista. Doutor em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professor Adjunto da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), lotado no Instituto de Saúde Coletiva e Professor Permanente dos programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) e de Antropologia Social (PPGAS). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-4978-1990

MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

Médica. Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Professora do Departamento de Medicina Social e 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 DA SILVA SARAIVA

Assistente Social (Uninta) e Graduada em Letras (UFC). Especialista em Serviço Social, Política Social e Seguridade Social (FMB), em Gestão e Coordenação Escolar e em Gestão Estratégica de Instituições de Ensino Superior (FASEC). Mestre em Serviço Social e Direitos Sociais pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) e Doutoranda em Serviço Social pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), bolsista PBPG/UFJF. Pesquisadora do GEDIS/CNPq/UFJF e Membra da Equipe Técnica do CeR-LGBTQI+/UFJF. Orcid: https://orcid.org/0009-0007-3477-3529

MÔNICA RAFAELA DE ALMEIDA

Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-6199-0138

PABLO CARDOZO ROCON

Graduado em Serviço Social, Mestre em Saúde Coletiva e Doutor em Educação pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Doutorando em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). 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

RAYSSA KARLA DOURADO PORTO

Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT). Atua em consultório de psicologia clínica (2014-atual). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5626-7201

RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5931-398X

SABRINA PEREIRA PAIVA

Assistente Social (UFJF), Mestre (UERJ), Doutora e Pós-Doutora em Saúde Coletiva (UFRJ). Professora Adjunto da Faculdade de Serviço Social e dos Programas de Pós-Graduação em Serviço Social e em Saúde Coletiva da UFJF. Vice-líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Sexualidade, Gênero, Diversidade e Saúde: Políticas e Direitos (GEDIS/CNPq/UFJF) e Coordenadora Adjunta do Centro de

Referência de Promoção da Cidadania LGBTQI+ (CeR-LGBTQI+/UFJF). Orcid: https://orcid.org/0000-0001-7958-4843

SAMARA NAGLA CHAVES TRINDADE

Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8553-8894

STEPHANIA MENDES DERMACHI

Enfermeira. Doutora 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/0000-0002-2403-8842

TATIANE COMÉRIO

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Laboratório de Epidemiologia (LABEPI). Servidora Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ES. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-99608080

THIAGO DIAS SARTI

Médico. Doutor em Saúde Pública pela da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Professor do Departamento de Medicina Social e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES. Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1545-6276.

VALÉRIA VALIM

Médica. Doutora em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Membro do Grupo de Pesquisa de Biomarcadores em Vacinas do Instituto René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (IRR-Fiocruz). Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde

Coletiva da Univeridade Federal do Espírito Santo (UFES). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-0625-1308

VICTORIA LEOCÁDIA ROSSETTO DREHER
Psicóloga pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT - Cuiabá).

WALESKA TEIXEIRA CAIAFFA
Médica. Doutora em Parasitologia. Professora Titular aposentada da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), lotada no Departamento de Medicina Preventiva e Social e colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-5043-4980

DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE: DEBATES CONTEMPORÂNEOS PARA A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

PUBLICAÇÃO

Organização
Maria Angélica Carvalho Andrade
Francis Sodré
Pablo Cardozo Rocon

Editora
Rede UNIDA

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA
Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial da Rede UNIDA
Editores-Chefes
Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto

Editores Associados da Rede UNIDA
Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virgínia de Menezes Portes

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-Hernáez (Universitat Rovira i Virgili, Espanha), Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália), Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália), Berta Paz Lorido (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), Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense), 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), 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), Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco), Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil), Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 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), Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil), Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil) e Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial da Rede UNIDA
Alana Santos de Souza, Jaqueline Miotto Guarnieri,
Camila Fontana Roman e Carolina Araújo Londero.

Coedição
AREA27

Coordenação e Produção Editorial
Rodrigo Andrade Alvarenga

Autores
Amanda Cristina de Souza Andrade

Amanda Silva Magalhães
Ana Paula Giostri de Andrade
Ana Paula Santana Coelho Almeida
Ariane Silva Carvalho
Atena Beauvoir Roveda
Brida Luisa Torres Duque
Bruna Andrade Irineu
Brune Coelho Brandão
Carlos Eduardo Gomes Siqueira
Carolina Strauss Estevez Gadelha
Charlla de Jesuz Medeiros
Débora Moraes Coelho
Dherik Fraga Santos
Eduardo Boarato Gonçalves
Elis Borde
Elizabeth Artmann
Erika Maria Sampaio da Rocha
Ethel Leonor Noia Maciel
Fabiana Turino
Fabiane Lima Simões
Fabíola Fernandes Bersot Magalhães
Francis Sodré
Gabriela Mantovanelli de Oliveira Giuberti
Gislayne Cristina Figueiredo
Heloisa Ivone da Silva de Carvalho
Jandesson Mendes Coqueiro
Jésio Zamboni
Joel Hirtz do Nascimento Navarro
Jonathan Filippon
Larissa Mariana Bernardo Silva Toledo
Leandra Maria Borlini Drago
Lorena Estevam Martins Fernandes
Luciane Bresciani Salaroli
Marcelo Eliseu Sipioni
Marco José de Oliveira Duarte
Marcos Aurélio da Silva
Maria Angélica Carvalho Andrade
Mayara da Silva Saraiva
Mônica Rafaela de Almeida

Pablo Cardozo Rocon
Rayssa Karla Dourado Porto
Rita de Cássia Duarte Lima
Sabrina Pereira Paiva
Samara Nagla Chaves Trindade
Stephania Mendes Dermachi
Tatiane Comério
Thiago Dias Sarti
Valéria Valim
Victoria Leocádia Rossetto Dreher
Waleska Teixeira Caiaffa

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 (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (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/

Realização

PPGSC PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

UFES Universidade Federal do Espírito Santo

CAPES

Produção

editora redeunida

AREA27

Este livro foi produzido pelas editoras Rede UNIDA e AREA27, em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em Vitória – ES, por meio do Programa Institucional de Internacionalização da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES-Print), no ano de 2024. O texto foi composto nas fontes Antwerp e os títulos em Akzidenz Grotesk .

9 786554 621656